PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO,

ORAZ TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W CHICAGO.

REDAKTOR GŁÓWNY I ODPOWIEDZIALNY:

PROF. DR STANISŁAW CIECHANOWSKI.

ROK XLVI. — 1907.



KRAKÓW,
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO.
W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Józefa Filipowskiego.
1907.


BIBLIOTHECA
VNIV. IAGELL.
CRACOVIENSIS

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie XLVI „Przeglądu Lekarskiego“.

(Liczby oznaczają stronice).

I. Artykuły oryginalne.

A. Spostrzeżenia i opisy przypadków, zebrane w klinikach, zakładach uniwersyteckich i szpitalach.

B. Inne artykuły oryginalne.

II. Oceny i sprawozdania.

III. Wyciągi.

IV. Odcinek.

V. Sprawozdania ze zjazdów naukowych.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lek. krak.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich.

Sekcya wadowicka Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Towarzystwo lekarskie wileńskie.

Koło lekarskie polskie w Petersburgu.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Statystyka, Epidemologia.

VIII. Wiadomości bieżące.

W każdym numerze.

IX. Nekrologia.

Dr Karol Szadek z Kijowa, Dr Michał Pilcicki b. prof. Szkoły Głównej w Warszawie, Dr Arnold Drygas z Poznania 86. Dr Th. H. Wakley redaktor pisma „Lancet“ 258. Prof. Jürgensen w Tubingen, internista. Dr Karol Jonscher wychowaniec Szkoły Głównej 270. Doc. Klug, otyatra, Prof. Poirier, Kremiańskij b. Prof. klini w Charkowie 258. Dr Feliks Gastman, Dr Władysław Guziewicz w Suwałkach, Dr Jan Kleinadel w Warszawie. Doc. Bleichsteiner dentysta w Gracu, Prof. Domrich fiziolog w Jenie, Dr Féré neurolog w Paryżu. Prof. A. Mosetig-Moorhof chirurg w Wiedniu (utonał), Prof. Hugo Magnus okulista we Wrocławiu 248 Ś. P. Dr Ignacy Strzemiński napisał W. Z. 247. Dr Jerzy Gabryczewski bakteryolog w Moskwie, Dr Dawid Peretz w Heku, Dr Józef Drzewiecki. Prof. Domrich fizyolog, Dr Jan Eustachy Targowski w Warszawie, Dr Łucyan Sikorski fizyk powiatowy i radca medycynalny, Dr Robert Poncet de Landou w Królestwie Polskiem. Dr Franciszek Kosterkiewicz w Nowym Sączu 228. Prof. Suszczyński farmakolog w Petersburgu, Doc. Glockner ginekolog w Lipsku, Dr Bdward Grégr docent fizyki lekarskiej 199. Prof. O. Rosenbach internista w Berlinie 188. Dr Alex. Weinber Doktór filozofii, chemik-higienista, Dr Kłopotowski w Berdyczewie 176. Franciszek Ksawery Gzłęzowski ophalmolog 175. Doc. Weismayr laryngolog w Wiedniu, Macfadyen bakteryolog w Londynie 156. Prof. Herrgott ginekolog w Nancy, Prof. Mathias Duvat anatom i histolog w Paryżu, Dr Schreiber zmarł na mór w forcie Aleksandrowskim w Kronsztadzie, Prof. Krabler pedyatra w Gryfii, Prof. Israel patolog w Berlinie, Dr Czesław Iwaszkiewicz, Dr Bolesław Dzierżanowski redaktor „Przeglądu Dentystycznego“ w Warszawie, Dr Wawrzyniec Grodzki w Poznaniu 144. Dr Celestyn Ciechanowski w Irkucku uczestnik 1813 i 1864 r. 130. Doc. Sticher ginekolog we Wrocławiu, Dr Ferdynand Tuszyński b. lekarz miejski w Krakowie 106. Dr med. Alfred Slavik prof. mineralogii i geologii na politechnice w Pradze, Dr Piotr Szeremetowski w Pradze, Dr. Bronisław Baranowski, Dr Paweł Wiczewski w Rydze 86. Kossman ginekolog, Guirand prof. higieny, Kessel otryatra, Stępiński Bogumił 528. Różański Józef, Glück Leopold 527. Dr Strawiński 593. Chojnowski. Zawadziński. Mendel prof. psychiatryi. Schüller prof. chirurgii 346. Langie Adam. Czapski S. 358. Brenner Franciszek prezydent morawskiej Izby lekarskiej. Grut prof. okulistyki 398. Grancher prof. prychiatryi, Koster prof. natomii. Albrecht prof. dentystyki, Wisznrewski Jan 409. Carrol bakteryolog, Grandhomme, Kopeć Stanisław, Czekierski Izydor, Rakowski Teodor, Pisarzewski Gracyan 560. Riedmüller Bolesław b. asystent kliniki chirurgicznej krakowskiej. Engel Emanuel, Nieberdig Prof. 610. Cannieu prof. anatomii, Sokołow prof patologii. Gué prof. chorób skórnych i wenerycznych, Hitzig psychiatra 460. Wolski. Tetzlaff 468. Józef Madejski. Jakób Gutvein, Piotr Bortnowski, Adam Rudziewicz 572. Gimbut 623. Prof. Dr Jakobi we Wrocławiu, Dr. Piotr Bortnowski w Warszawie w 43 r. ż. 442. Dr A. Charrin prof. patologii ogólnej i porównawczej w „College de France“ w Paryżu w 50 r. ż., Prof. M. Litten z Berlina w zdrojowisku Liebenstein, Dr Józef Fayrer w Falcnosch higienista 312. Dr Ludwik Czernichowski, Dr Lucjan Marecki, Dr Władysław Papieski, lek. miejski w Radomiu. Dr Henryk Stano, wych. b. akad. med.-chir. lek. kolei nadwiślańskich, Dr Tomasz Wróbel 682. Dr Filip Schmidt, Dr Czesław Świerczyński 664. Prof. Hirt, neurolog. Prof. Schmidt, laryngolog 676.

X. Bibliografia.

w każdym numerze, zawiera tytuły prac oryginalnych, pomieszczonych we wszystkich czasopismach lekarskich polskich.

Alfabetyczny spis rzeczy zawartych w pracach oryginalnych i sprawozdawczych.

(Liczba tłusta oznacza artykuł oryginalny).

SPIS AUTORÓW.

Nr 1 Kraków, 5. stycznia 1907. Rok XLVI.

Redakcya: ulica Wielopole 4. Telefon 93.
Administracya: ul. Podwale 9. Telefon 362.
Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt ponosi w całości autor. Koszta klisz ponoszą autorowie w połowie.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya, w Paryżu V. de Raczkowski, 14 cité de Trevise. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

ORAZ TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W CHICAGO

wychodzi co Sobota.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., w Paryżu V. de Raczkowski, 14 cité de Trevise; nadto urzędy pocztowe w Austryi, Niemczech i Rosyi.

Przedpłata wynosi: w Austryi rocznie 20 koron, półrocznie 10 kor., kwartalnie 5 koron. — W Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem rocznie 7 rubli, półrocznie 3·50 rb. — W Niemczech rocznie 16 marek, półrocznie 8 marek. — We Francyi rocznie 30 franków, półrocznie 15 fr. — W Ameryce północnej rocznie 4½ dolarów.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal. numer podwójnej objętości 1 kor.

Czas odnowić przedpłatę na rok 1907



Rok XLVI. Kraków, dnia 5. stycznia 1907. Nr 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Postępowanie lekarza przy położeniach twarzowych i czołowych.

Wykład

dra Stanisława Dobrowolskiego,
doc. pryw. położnictwa i ginekologii w Uniw. Jagiell.

Położenia twarzowe i czołowe płodów należą, jak wiadomo, do położeń prawidłowych, gdyż główki płodów donoszonych, tak ułożone podczas porodu, mogą przejść przez kanał miedniczy i urodzić się siłami przyrody.

Wstawianie się główki do porodu w położeniu twarzowem lub czołowem wytwarza się przez odchylenie się główki od klatki piersiowej, przez co powstaje różny stopień tak zwanej defleksyi. Najwyższy stopień defleksyi spotykamy przy położeniach twarzowych, mniejszy przy położeniach czołowych.

Położenia twarzowe i czołowe nader rzadko spotykamy w ciąży, są one przeto tylko wyjątkowo położeniami pierwotnemi; zwykle występują następowo, to znaczy dopiero podczas porodu.

Porody w położeniach twarzowych przydarzają się dosyć rzadko i tak statystyki z klinik niemieckich podają stosunek 1:130, a nawet 1:200; w klinice krakowskiej stosunek ten jest 1:120. Jeszcze rzadziej zdarzają się porody w położeniach czołowych, gdyż jakkolwiek w klinice krakowskiej stosunek położeń czołowych wynosi 1:252, to jednak z uwagi, że bardzo często wśród porodu położenia czołowe ulegają dobrowolnej zamianie na położenie czaszkowe lub twarzowe, poród ukończony w położeniu czołowem zdarza się tylko w stosunku 1:800.

Nie mam zamiaru tutaj przedstawiać wszystkich czynników przyczynowych, jakie do powstania położeń twarzowych i czołowych przyczynić się mogą, zaznaczyć jednak muszę, że są one bardzo różnorakie tak, że Winckel zestawia aż 33 przypuszczeń przyczyny ich powstawania. Tem mniej uważam za właściwe przytaczać tu różnorakie czynniki przyczynowe, że w nich nie znajdziemy żadnych wskazówek, jakby w danym przypadku zapobiedz można powstaniu tych położeń wprawdzie prawidłowych, ale dla porodu niezbyt korzystnych.

Zanim przedstawię sposoby postępowania przy położeniach twarzowych i czołowych, muszę choć w kilku słowach przypomnieć mechanizm porodowy przy tych położeniach.

Skoro twarz ma przejść przez kanał miednicy, wstawia się ona do wchodu w wymiarze poprzecznym, podobnie, jak szew strzałkowy przy porodach czaszkowych. Schodząc do próżni, dokonuje ona zwrotu w ten sposób, że bródka, obniżając się najpierw, zwraca się równocześnie ku przodowi; a skoro twarz wstąpi do cieśni i wychodu, bródka staje pod spojeniem łonowem, przez co twarz przebiega w wymiarze prostym. Poród odbywa się w ten sposób, że bródka opiera się o dolny brzeg spojenia łonowego, jakby o oś obrotową, a po wędzidełku wytacza się czoło, szczyt głowy i potylica.

Dosyć często w przebiegu porodów twarzowych dostrzegamy zboczenie od tego mechanizmu; bródka nie zwraca się we właściwej płaszczyźnie ku przodowi, a twarz obniża się stojąc w wymiarze poprzecznym. Najczęściej jednakże ostatecznie choćby na dnie miednicy zwrot prawidłowy dobrowolnie się dokonuje.

Mechanizm opisany jest jedynym mechanizmem, w którym płód donoszony w położeniu twarzowem może się urodzić, w tym przeto tylko mechanizmie wolno nam poród sztucznie kończyć w razie wskazania.

Jeżeli zwrot bródki dokona się w kierunku wprost przeciwnym, t. j. ku tyłowi, to wtenczas poród płodu donoszonego jest bezwarunkowo niemożliwy. Spotykamy wprawdzie w piśmiennictwie wzmianki o porodach, ukończonych siłami przyrody przy zwrocie bródki nieprawidłowym, ale są to zdarzenia bardzo wyjątkowe, pojawiające się przy porodach płodów niedonoszonych i najczęściej nieżywych.

Położenia czołowe, jak wiadomo, mają podobny mechanizm. Zanim jednak go przedstawię, muszę uczynić jeszcze jedną uwagę. Poród płodu donoszonego może wprawdzie odbyć się w mechanizmie czołowym, jednakże przy tych porodach ginie olbrzymi odsetek płodów, bo do 40%. Wobec tego musimy wobec położeń czołowych inaczej postępować, niż wobec położeń twarzowych i musimy uważać je za położenia, graniczące już z położeniami płodu nieprawidłowymi. Mechanizm porodu czołowego przedstawia się w ten sposób, że szew czołowy wstawia się do wchodu w wymiarze poprzecznym. Skoro główka wstąpi do niższych płaszczyzn miednicy, czoło dokonuje zwrotu tak, że nasada nosa i oczodoły zwracają się ku przodowi, w dalszym ciągu okolice te opierają się o dolny brzeg spojenia łonowego, a po wędzidełku wytacza się czoło, szczyt głowy i potylica, a wreszcie rodzi się z pod spojenia łonowego reszta twarzy. Ten mechanizm położenia czołowego jest znowu jedynym, w którym płód donoszony urodzić się może, jeżeli bowiem okolica oczodołów zwróci się ku tyłowi, t. j. jeżeli powstanie mechanizm nieprawidłowy, tu poród płodu donoszonego

jest tak samo niemożliwy, jak przy mechanizmie nieprawidłowym porodu twarzowego.

Rozpoznanie położeń twarzowych i czołowych nie należy w warunkach zresztą prawidłowych, jak z doświadczenia klinicznego wiadomo, do rzeczy trudnych, gdyż już badanie zewnętrzne pozwala stwierdzić znamienne ułożenie płodu, a przy badaniu wewnętrznem z łatwością stwierdzamy niezbite cechy tych ustawień główki.

Pod względem postępowania leczniczego musimy omówić położenie twarzowe oddzielnie od czołowych, gdyż wyniki tak dla matek, jak i płodów podczas porodów przy tych dwóch położeniach są zasadniczo różne, mimo jednakowych przyczyn ich powstania.

Przedstawię najpierw postępowanie nasze przy położeniach twarzowych, oparte na doświadczeniu w pierwszym rzędzie kliniki krakowskiej, gdyż jest ono inne, aniżeli w wielu klinikach zagranicznych. Znaczna część położników jest zdania, że skoro statystyka, zbierana na dużym materyale dowodzi, iż możliwy jest szczęśliwy przebieg położeń twarzowych nawet w 87% przypadków, to należy położenie to uważać bezwarunkowo za prawidłowe, wobec czego doradzają, by lekarz przy tych położeniach zachowywał się zupełnie biernie, rozumie się, gdy istnieją i inne warunki dla porodu korzystne, to znaczy w pierwszym rzędzie, gdy nie ma znaczniejszych ścieśnień miednicy. Takie zdanie spotyka się najczęściej w podręcznikach. Zdaniu temu można jednakże, jak sądzę, tylko do pewnego stopnia przyznać słuszność, ale we wszystkiem z niem zgodzić się nie można. Jeżeli bowiem uwzględnimy, że przy porodach twarzowych bardzo często porody trwają dłużej, a co ważniejsza, że wśród porodów twarzowych tracimy trzy razy tyle płodów, jak wśród tych samych warunków przy położeniach czaszkowych, to jasnem jest wskazanie, aby przy odpowiednich warunkach zamieniać położenie twarzowe na czaszkowe. Tem więcej zdanie to jest usprawiedliwione, że wszystkie sposoby zamiany nie wywołują ani dla matki, ani dla dziecka znaczniejszego niebezpieczeństwa, a skoro one zawiodą, to przez sam zabieg nie pogarszamy warunków porodu w położeniu twarzowem.

Zanim przedstawię kolejno znane sposoby zamiany położeń twarzowych na czaszkowe, przypomnieć muszę, że tak, jak każda operacya położnicza, tak i zamiana taka wymaga swoistych wskazań i warunków operacyjnych.

A prócz tego muszę podnieść, że zabiegi te zawsze należą do operacyi trudniejszych i że w żadnym przypadku z góry stanowczo orzec się nie da, czy dany sposób nie zawiedzie.

Najłagodniejszym zabiegiem, dającym możność zmiany położenia twarzowego na czaszkowe, jest zabieg zewnętrzny, podany przez Schatza. Przy tej operacyi mamy zewnętrznie usunąć esowate odgięcie kręgosłupa, a osiągnąć prawidłowe jego nagięcie. Aby to osiągnąć, trzeba rodzącą przedewszystkiem uśpić w celu zupełnego zniesienia napięcia powłok brzusznych. Stojąc po stronie grzbietu płodu chwytamy jedną ręką bark płodu i przyciągamy go początkowo ku górze i ku stronie grzbietu płodu, a skoro wydłuży się już oś płodu, wtedy bark ciągniemy wprost ku stronie grzbietowej płodu. W tym ostatnim okresie operacyi chwytamy drugą ręką pośladki płodu, unosimy je początkowo nieco ku górze, a następnie przesuwamy silnie ku brzuszkowi płodu, ku dołowi. Zabieg Schatza jednakże tylko wyjątkowo da się zastosować praktycznie, gdyż może on odnieść skutek tylko przy bardzo znacznej ruchomości płodu i przy główce, wysoko nad wchodem stojącej.

Z tego powodu częściej używamy innych zabiegów, przy których operując od zewnątrz i od wewnątrz staramy się usunąć bezpośrednio odgięcie główki. I tak za radą Baudelocquea wprowadzamy do pochwy rękę, odpowiadającą bródce; ręką tą staramy się unieść twarz płodu ku górze, a równocześnie ręka druga, działająca od zewnątrz, spycha potylicę ku światłu miednicy.

Drugi zabieg Baudelocquea polega na tem, że ręką odpowiadającą potylicy, wprowadzoną do dolnego odcinka macicy, obejmujemy potylicę i ściągamy ją ku światłu miednicy.

Ziegenspeck widząc, że tak sam zabieg Schatza, jak jeden lub drugi zabieg Baudelocquea bardzo często zawodzą, radził te dwa sposoby ze sobą łączyć; poleca on, by operujący wykonał pierwszy zabieg Baudelocquea, a asystent równocześnie od zewnątrz zabieg Schatza.

Skoro jednak i to okazało się niezbyt praktycznem, z powodu trudności równoczesnego współdziałania dwóch osób, prawie wszyscy, którzy uznają potrzebę zmiany położeń twarzowych na czaszkowe, operują sposobem podanym przez Thorna: »Całą rękę lub połowę ręki, odpowiadającej grzbietowi płodu, wprowadza się do pochwy, ręką tą unosi się główkę ku górze, a następnie obraca się główkę około jej osi poprzecznej ku klatce piersiowej, szukając ręką oparcia na nierównościach twarzy i na ciemiączkach. Skoro okaże się potrzeba, to można dwoma palcami przejść powyżej potylicy, chwycić ją i ściągnąć ku światłu miednicy. Ręka druga, pomagająca od zewnątrz, może w początkach zabiegu spychać potylicę do wchodu, a następnie chwyta ona bark i usuwa go ku górze i na zewnątrz. Skoro operator usunie odchylenie główki i przesunie bark, wtedy asystent chwyta pośladki i przesuwa je w kierunku wprost przeciwnym barkowi«. Thorn poleca, aby rodząca leżała podczas zabiegu na boku, odpowiadającym bródce, a po dokonanej operacyi każe rodzącą ułożyć na bok, odpowiadający potylicy. (Dok. nast.)

Z kliniki chirurgicznej Uniw. Jag. prof. Kadera w Krakowie.

O wycinaniu zwężeń cewki moczowej.

Napisał

Feliks Majewski

asystent kliniki.

Jeżeli mówimy o zwężeniu cewki, to właściwie rozumiemy przez to słowo znacznie więcej, niż ono samo przez się mówi. Nazwa »zwężenie cewki moczowej« zawiera nietylko samo pojęcie zwężenia światła cewki, ale mieści prócz tego pojęcie pewnego obrazu klinicznego, związanego już z etyologią, przebiegiem i ściśle określonemi zmianami anatomiczno-patologicznemi. Już Thompson zwraca na to uwagę, że aczkolwiek zwykle się omawia trzy postacie zwężeń: organiczną, zapalną i kurczową, mimo to nazwę zwężenia należy zatrzymać tylko dla takich przypadków

zwężenia cewki, w których zwężenie występuje jako objaw organiczny stały, będący wynikiem przewlekłej sprawy zapalnej w ścianach cewki. Pousson, jeden z współczesnych urologów francuskich, powiada, że przez zwężenie należy rozumieć każde zmniejszenie światła cewki nabyte, stałe i postępujące, wywołane tworzeniem się w ścianie cewki tkanki chorobowej wskutek zapalenia, urazu lub owrzodzeń. To zwięzłe określenie nie jest jednak zupełnie ścisłe. Każde bowiem zwężenie wskutek zapalenia, urazu, czy owrzodzeń posiada cechy, potrzebne do tego, ażeby mogło być uznane za zapalne. Za właściwszy uznać należy podział na dwie kategorye: zakaźną (zawierającą w sobie tak zwaną zapalną i powstałą wskutek owrzodzeń) i urazową, zależnie od pierwszego głównego czynnika, wywołującego powstawanie zwężenia.

Wrodzona wązkość cewki, zwężenia, powstające czasowo wskutek obrzmienia śluzówki cewkowej, zwężenia, będące wyrazem skurczu mięśni w obrębie części błoniastej, zmniejszenie światła cewki wskutek wyrastania z jej ścian nowotworu, — stanowią osobną grupę.

Wśród czynników, wywołujących powstawanie zwężeń cewki, naczelne miejsce należy się wiewiórowi, następne zaś urazowi. Do rzadszych należą zwężenia, występujące po wrzodzie miękkim lub twardym, które tylko w przypadkach wyjątkowych sadowić się mogą w głębszych częściach cewki. Gruźlica cewki, która, jak to podnieśli niedawno jeszcze Hallé i Motz, nie jest wcale bardzo rzadką, może również wywoływać zwężenia. Do kategoryi zwężeń zakaźnych należy również odnieść rzadkie przypadki zwężeń, występujących jako następstwo stulejki i towarzyszących jej stanów zapalnych napletka i żołędzi *(balanoposthitis)*, które, tocząc się przez czas dłuższy, mogą wywołać nietylko zwężenie samego ujścia cewki, ale i całej początkowej części cewki *(portio navicularis)*.

Do zwężeń urazowych zaliczam wszystkie zwężenia, powstałe wskutek niewłaściwego lub niezręcznego użycia narzędzi cewkowych albo też z zastosowania środków leczniczych nadmiernie stężonych (przyżegania chemiczne i termiczne i t. d.). Najczęstsze jednak są urazy cewki wskutek upadku na krocze lub też uderzenia w nie twardym przedmiotem, wreszcie przejechania lub innego urazu, połączonego ze złamaniem miednicy.

Pęknięcie cewki może być zupełne lub tylko częściowe. W tym drugim przypadku pękają dolna i boczne ściany cewki. Górna ściana w takich razach dzięki swojemu głębszemu położeniu często uszkodzenia unika. Pęknięcie pczęściowe części opuszkowej przy urazach krocza jest prawidłem, jeżeli przedmiot uraz wywołujący jest tępy, a uderzenie niezbyt silne. W przypadkach zadziałania przedmiotu ostrego, który drąży w głąb, częściej spotykamy się z pęknięciem cewki zupełnem, a siedziba uszkodzenia w tej lub innej części cewki jest zupełnie zależna od kierunku, w którym drąży w głąb przedmiot uszkadzający. Widzimy to w przypadku VII, gdzie przedmiot ostry, na który chory się nadział, wszedł przez przednią ścianę odbytnicy, dosięgnął cewki moczowej prawie u jej wejścia do pęcherza i oderwał cewkę od pęcherza zupełnie.

W liczbie urazów, mogących następowo wywołać zwężenie cewki, należy wspomnieć jeszcze o jej pęknięciach lub naderwaniach, powstających w czasie gwałtownego spółkowania i usadowionych zwykle w tem miejscu, gdzie dolna powierzchnia prącia przechodzi w worek mosznowy.

Kategoryę zwężeń, która obie wyżej wspomniane: zakaźną i urazową, do pewnego stopnia w sobie łączy, stanowią przypadki zwężeń po pęknięciach cewki, znajdującej się w stanie zapalnym w przebiegu trypra w razie wzwodu prącia *(chorda)*. Liczni autorowie (Guyon, Pousson i i.) podnoszą, że niedoświadczeni chorzy, nieświadomi przyczyn powstawania wzwodu w tryprze, obawiając się, że prącie ich może zachować na zawsze wspomniane czasowe zniekształtnienie, siłą wyprostowują prącie, wywołując w ten sposób nadpęknięcia cewki w jej części zwisającej.

Anatomiczno-patologiczny obraz i stopniowy rozwój zwężeń bywa różny, zależnie od ich etyologii. Końcowe natomiast okresy każdego zwężenia od czasu, kiedy zaczyna ono stanowić znaczną przeszkodę dla opróżnienia pęcherza, dają jeden prawie i ten sam obraz, któremu mogą towarzyszyć jedne i te same powikłania: zatrzymanie moczu zupełne, zatrzymanie względne, cieczenie kroplami moczu zatrzymanego *(ischuria paradoxa)*, przetoki, przerost ścian pęcherza, zapalenie pęcherza, zakażenie wstępujące miedniczek nerkowych i nerek, roponercze i t. d. Opierając się tylko na jednym i jednakowym obrazie końcowego okresu zwężenia, nie moglibyśmy odróżnić zwężenia, powstałego na tle zakażenia, od zwężenia urazowego.

Ze zwężeń cewki, rozwijających się jako następstwo trypra, operowane były w klinice prof. Kadera dwa przypadki. Pierwszy z nich zasługuje na uwagę ze względu na bardzo późne wystąpienie zwężenia od czasu przebycia zakażenia tryprowego. Zwężenie tryprowe występuje w przeciwstawieniu do urazowego w czasie znacznie dalszym od przebycia trypra, niż zwężenie urazowe od czasu zajścia urazu. Najwcześniej zwężenia tryprowe występują zaledwie po upływie 2 lat od czasu pierwszego trypra, a tylko wyjątkowo rozwijają się jeszcze wcześniej. Taki szybszy przebieg bywa następstwem, jak to niejednokrotnie wywiady wykazują, jakiegoś czynnika urazowego (pęknięcie cewki przy wzwodzie tryprowym, nieostrożne spółkowanie, nieumiejętne stosowanie silnie żrących przestrzykiwań lub nieostrożne cewnikowanie i t. d.). Średni czas, potrzebny do zupełnego rozwoju — »dojrzenia« — zwężenia tryprowego, wynosi mniej więcej 5—6 lat. W naszym przypadku potrzeba na to było aż 27 lat (Nr 1). Długi okres dojrzewania zwężenia tryprowego staje się zupełnie zrozumiałym, jeżeli uwzględnimy niektóre właściwości sprawy chorobowej, toczącej się w cewce. Zwężenie tryprowe jest wynikiem wygojenia się ognisk zapalenia przewlekłego, tworzących się w tkance podśluzowej, postępujących *per continuitatem* w beleczkach ciała jamistego cewki i toczących się w otoczeniu cewkowych lub przycewkowych gruczołów. W ostatnich czasach zwrócono baczną uwagę na znaczenie dla przebiegu omawianej sprawy chorobowej gruczołów cewkowych, które, jak o tem można się przekonać na poprzecznie ciętych preparatach z całkowitego prącia, znajdują się nietylko w bliskości śluzówki, ale i wśród beleczek ciała jamistego cewki, podchodząc nieraz aż ku ciałom jamistym prącia. Czem głębiej usadowiony gruczoł, tem dłuższy posiada przewód. Zakażenie takich gruczołów, postępując z cewki, a więc od strony przewodów tych gruczołów, zakaża przedewszystkiem te przewody, a naciek zapalny

powstający wskutek tego naokoło przewodu, uciska nań i stanowi niemałą przeszkodę dla odpływu wydzieliny gruczołów. Wydzielina ta zalega i łatwo się zakaża, o ile jeszcze nie jest zakażona; o ile zaś zakażeniu uległa, z trudem tylko z gruczołu uchodzi i podtrzymuje stan zapalny w gruczole i otaczającej go tkance. Sprawa ta toczy się przez czas dłuższy, a blizna, jako wyraz jej miejscowego wygojenia się, może się wytworzyć w ciągu dwóch do kilku, a nawet kilkunastu lat po zakażeniu. (C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

Kalendarz lekarski krakowski na rok 1907. Na wezwanie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego ułożył dr Teodor Cybulski. (Nakładem księgarni S. A. Krzyżanowskiego). — Świeżo wydany kalendarz lekarski jest rocznikiem tego wydawnictwa siedemnastym, co najlepiej świadczy, iż kalendarz ten zjednał sobie trwałe powodzenie i wiernych przyjaciół, wypierając słusznie wydawnictwa obce, dawniej u nas bardzo rozpowszechnione. Jestto zasługą Towarzystwa lekarskiego krak., za którego staraniem zajmowali się tem wydawnictwem, gdy przestały wychodzić kalendarze dra J. Stelli-Sawickiego, kolejno dr Murdzieński, Raczyński, Grażyński, Seńkowski, a obecnie drugi już rok dr Cybulski. Staranna zawsze redakcya, urozmaicenie i stopniowe wzbogacenie treści, estetyczny i wzorowy druk odznaczały zawsze kalendarz krakowski przed innemi podobnemi wydawnictwami. Rocznik obecny nie różni się wogóle układem od poprzedniego, został jednak w szczegółach stosownie dopełniony i ulepszony. *R.*

Schwalbe. **Therapeutische Technik für die ärztliche Praxis.** Lipsk, 1906 (Thieme). Tom I, str. 352, z 290 rycinami, 8.80 Mk. — Bujny rozwój techniki leczniczej zawdzięcza medycyna doskonaleniu się poszczególnych działów lecznictwa. Ale to doskonalenie się ma znane powszechnie wady: mianowicie z jednej strony zasklepianie się wszelakich »specyalistów« w obrębie swego działu, z drugiej — coraz większe utrudnienie dla lekarzy praktycznych w owładnięciu potrzebnych im wiadomości, szczególnie w zakresie techniki leczniczej, a stąd i coraz większą zależność lekarzy-praktyków od »specyalistów«, zwłaszcza, że w czasie studyów lekarskich nie ma dość sposobności do zapoznania się z mnogimi nowoczesnymi sposobami leczniczymi. Stąd łatwo ocenić, jak pożyteczną dla ogółu lekarzy jest książka, opisująca te sposoby tak dokładnie, aby każdy lekarz mógł się ich bez trudności sam wyuczyć. Dzieło, wydane przez prof. Schwalbego, stanie się z pewnością niezbędnym dla każdego lekarza praktycznego podręcznikiem, tem więcej, że każdy zabieg objaśniony jest licznymi doskonałymi rysunkami, a poszczególne działy opracowali znakomici specyaliści, profesorowie: Czerny, Englisch, Eversbusch, Friedrich, Fritsch, Hildebrandt, Hoffa, Hoppe-Seyler, Kobert, Müller, Schmidt, Schwalbe, Siebenmann, Strümpell i Vierordt. Pierwszy tom dzieła obejmuje: technikę miesienia, gimnastyki i ortopedyi mechanicznej (Hoffa), wodolecznictwo i leczenie zapomocą ciepła (Vierordt), radyoterapię, t. j. rentgenizacyę leczniczą, leczenie sposobem Finsena, leczenie radem i t. d. (Schmidt); technikę przyrządzania i stosowania lekarstw (Kobert), najważniejsze wiadomości z ogólnej techniki chirurgicznej (Hildebrandt), technikę leczenia poszczególnych narządów (Eversbusch). Tom drugi wyjdzie z początkiem roku 1907.

Wielką zaletą książki jest to, że przestrzega ściśle zadań praktycznych i nie zawiera zbytecznego w tym razie balastu historycznego, piśmienniczego, oraz wywodów teoretycznych; nie pomija natomiast najważniejszych wskazań poszczególnych sposobów leczenia. Nadto, nie lekceważąc nawet najprostszych zabiegów i dając rzeczywiście dokładny ich opis, podaje podręcznik także i niektóre zabiegi trudniejsze na wypadek, gdyby czytelnik pragnął posiąść w danym dziale wiadomości, nieco przekraczające poza granice wiadomości, niezbędnych dla każdego lekarza, czyli gdyby pragnął nauczyć się nieco szczegółowiej techniki pewnego specyalnego działu. *O.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Hlava. **Zagadnienie raka.** (*Wykład przy objęciu rektoratu* 7/XI. 1906). Na podstawie krytycznego rozbioru spostrzeżeń anatomiczno-patologicznych i najnowszych prac doświadczalnych dochodzi H. do następujących wniosków: 1) Jest rzeczą pewną, że raki i wiele innych nowotworów rozwijają się z zawiązków, oddzielonych w życiu płodowem. 2) Jest rzeczą możliwą, że raki rozwijają się także z zawiązków, oddzielonych już w życiu pozapłodowem pod działaniem czynników mechanicznych, chemicznych, termicznych i świetlnych. 3) Raki gruczołowe zdają się nie być pochodzenia pasorzytnego. 4) Nie można tego tak stanowczo twierdzić o rakach płaskokomórkowych; do tego trzeba dalszych badań. Zdaje się, że Borrel słusznie przypuszcza, iż raki pod względem etyologicznym są różnorakie. 5) Bodźcem bujania nowotworowego są podrażnienia mechaniczne, termiczne i t. d., a może jakiś dziś dokładniej nieznany czynnik, działający chemotaktycznie na oddzielone w sposób wyżej wspomniany zawiązki nowotworowe. Bodźce te mogą być pochodzenia wewnętrznego lub zewnętrznego i tem się może tłómaczyć wpływ warunków topograficznych, etnograficznych i t. d. 6) Doświadczalnie można wytworzyć pewien stopień odporności przeciw nowotworom. 7) Można mieć nadzieję, że tą drogą dojdziemy do zdobyczy leczniczych. *Ciechanowski.*

Paschen. **Co wiemy o zarazku ospowym?** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 49). Nie ulega żadnej wątpliwości, że zarazek ospowy jest w limfie zawarty w niezmiernej obfitości, że jest istotą żywą, nadzwyczaj drobną, i że jad jego wywołuje w tkance swoisty rodzaj obumarcia, oraz odczyn zapalny. Ruch własny tego zarazka jest wielce prawdopodobny; krąży on niewątpliwie w całym ustroju. Czy twory, znalezione przez autora w preparatach barwionych z rozcieńczonej limfy dziecięcej, mają co wspólnego z owym zarazkiem, rozstrzygnąć niepodobna. *Dr M. Godlewski.*

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Eulenburg. **O kilku nowszych sposobach leczenia padaczki.** (*Therapie der Gegenwart* 1906, Nr 11). Sposób Toulouse-Richeta (zastąpienie w dyecie soli kuchennej bromkiem sodu) został przed laty kilku zmieniony przez Balinta o tyle, że autor zalecił dla chorych na padaczkę specyalny chleb t. zw. bromopan, zawierający zamiast NaCl 1 gr. NaBr na 100 gr. chleba, a wypiekany z mąki, zwanej bromofariną. Oba przetwory są stosunkowo drogie. Również drogie są wszystkie nowsze połączenia organiczne bromu z białkiem, jak: bromeigon, rozpuszczalny peptobromeigon, bromosin i bromocoll. Szersze zastosowanie znalazła bromipina Mercka 10 prc. i $33^1/_3$ prc., płynne połączenie bromu z olejem łogowym (*ol. sesami*). $33^1/_3$ prc. bromipinę wyrabia Merck także w kołaczykach, jako t. zw. *bromipinum solidum saccharatum*. Jeden kołaczyk odpowiada łyżeczce 10 prc. bromipiny. Ze względu na bardzo przykry smak bromipiny próbowano ją stosować w lawatywach (30—50 gramów $33^1/_3$ prc. przetworu, u dzieci od 15—40 gramów), w odstępach 4—5 dniowych. Neuronal, wprowadzony przez Schultzego (bromdiaethylacetemid) okazał się dobrym środkiem uśmierzającym w różnych podnieceniach, ale za właściwy lek przeciwpadaczkowy uważać go nie można. — Z przetworów organoterapeutycznych wymienić należy cerebrynę. Autor, opierając się na 22 własnych przypadkach, nie może przyznać cerebrynie tak świetnych wyników w leczeniu padaczki, jak rosyjscy lekarze (Cion, Tarchanoff). *Wilczyński.*

Sachs-Müke. **Środek pomocniczy przy sedymentacyi.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 50). Aby uniknąć przy badaniu co do prątków gruźliczych robienia wielu preparatów, zaleca autor na szkiełku przedmiotowem rozetrzeć $^1/_2$ ctm. osadu, otrzymanego z plwociny pod działaniem wody utlenionej, a wysuszywszy na powietrzu, lub nad płomieniem, nałożyć na to samo szkiełko znowu tę samą ilość osadu, znów rozetrzeć i wysuszyć, a potem dopiero utrwalać i barwić, jak zwykle. *Dr Godlewski.*

Hornung. **Leczenie zaburzeń krążenia zapomocą elektryczności.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 50). Autor używa prądu przerywanego w kąpieli wodnej. Zabieg taki na serce zdrowe nie wpływa, przy zaburzeniach w krążeniu natomiast zmniejszają się wymiary rozszerzonego serca, przyczem ciśnienie, chorobowo obniżone, wzrasta. Przy chorobliwie wysokiem parciu natomiast obniża się ciśnienie. Podobnie nieraz działa naparstnica. H. przypuszcza tu działanie prądu na narząd

naczynioruchowy, którego porażenie, jak wiadomo, może upośledzić krążenie nawet przy zdrowem sercu. Leczenie zaburzeń krążenia elektryzacyą zalicza autor do metod, ochraniających serce, nie zaś do ćwiczących. *Dr M. Godlewski.*

Mayer. **Przyczynek do leczenia choroby Basedowa zapomocą surowicy.** *(Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 49). W prawie beznadziejnym przypadku autora leczenie surowicą Möbiusa dało zdumiewająco pomyślny wynik. *Dr M. Godlewski.*

Lardelli. **O wpływie arsenu (woda Val Sinestra) na przemianę materyi.** *(Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 49). Doświadczenia na zwierzętach w tej, tak ważnej dla medycyny praktycznej sprawie doprowadziły autora do bardzo ciekawych wyników. Przedewszystkiem przypuszczenie o zwyrodnieniu narządów wewn. pod wpływem arsenu okazało się błędnem, mimo bowiem dużej ilości tłuszczu odkładanego u zwierząt, którym zadawano dłuższy czas arszenik, serce i wątroba nie zawierały nadmiaru tłuszczu. Okazało się dalej, że rozrost kości u tych zwierząt w porównaniu ze zwierzętami kontrolnemi był bardzo wybitny. Wzmożoną ilość odłożonego w narządach tłuszczu odnosi autor do lepszego wyzyskania pokarmu, a nie do zwyrodnienia. Bezwzględna i odsetkowa ilość białka była również wyższa, niż u zwierząt kontrolnych, natomiast tkanki zawierały mniej wody. Ilość ciałek czerwonych i hemoglobiny u zwierząt prawidłowych pod wpływem arsenu nie zmieniała się, u jednego zwierzęcia z nieproporcyonalnie małą ilością krwinek nastąpiła przy używaniu arszeniku szybka poprawa (brak zwierzęcia kontrolnego uniemożliwia tu wszelkie wnioski). Autor podawał arsen pod postacią wody Val Sinestra. *Dr M. Godlewski.*

Conradi. **W sprawie bakteryologicznego wczesnego rozpoznania duru brzusznego.** (*Münch. med. Wochs.* 1906. Nr. 49). Z badań autora wynika, że nawet w kilku kroplach krwi można, posługując się wstępną pożywką żółciową, dość często, bo w połowie przypadków, wyhodować prątki durowe. *Dr Maryan Godlewski.*

Dietlen. **Wielkość i położenie serca prawidłowego w zależności od warunków fizyologicznych.** (*Deutsches Archiv f. klin. Med.* T. 88, Z. 1—3). U ludzi zupełnie zdrowych doszedł autor zapomocą ortodiagramów do następujących wyników: Wymiary serca zależą do pewnego stopnia od wzrostu, t. zn. większe serce mają w ogólności ludzie wysocy, aniżeli niscy, starsi i mężczyźni większe, aniżeli młodsi i kobiety równego wzrostu. Wielki wpływ na rozmiary serca wywiera również ciężar ciała. Pamiętać zawsze należy, że sylwetka serca, stwierdzona zapomocą opukiwania lub jeszcze lepiej radyograficznie, zależy w wysokim stopniu od budowy, kształtu i rozmiarów klatki piersiowej, od odległości, indywidualnie bardzo różnej, sutków od siebie, zmiennego stanu przepony. *Wilczyński.*

Pedyatrya.

Legrand. **Ropień wątroby u dzieci** (*Arch. de méd. des enf.*, 1906, III i IV). Autor zebrał opisy 112 przypadków, z tego 17 przypadków pochodziło z Egiptu; dwa własne spostrzeżenia. Ropień wątroby jest rzadszy u dzieci, niż u dorosłych. Najczęstsze są ropnie czerwonkowe, po nich urazowe, dalej występujące w następstwie zapalenia wyrostka robakowatego, gruźlicze i wywołane czerwiami. Już znacznie rzadsze są ropnie w przebiegu ropnicy, duru brzusznego, zapalenia żyły pępkowej, grypy. Nie spostrzegano u dzieci ropni skutkiem zapalenia przewodów żółciowych na tle kamicy. Rozpoznanie w przypadkach typowo przebiegających jest łatwe. Trudniejsze, gdy chodzi o ropień utajony, lub zamaskowany innemi jakiemiś ogniskami pozawątrobowemi, np. wysiękiem opłucnym, zapaleniem wyrostka robakowatego lub ciężkimi objawami ogólnymi. Pomieniać wtedy można ropień wątroby z durem brzusznym, gruźlicą prosówkową, zapaleniem opon, ciężką żółtaczką. Rokowanie zależy od przyrody ropnia, stanu ogólnego choroby przyczynowej i od leczenia. Jedynem usprawiedliwionem postępowaniem jest szerokie nacięcie. Do wątroby dochodzi się albo przez powłoki brzuszne, przyczem można w razie potrzeby dodać wycięcie łuku żebrowego, albo po wycięciu 1—2 żeber przez opłucną, której zaułek ochrania się odpowiednio założonymi szwami. Wątrobę wszywa się do rany i nacina. *Lewkowicz.*

Prof. Apert. **Rozpoznawanie ropnego zapalenia opłucnej u dzieci.** (*Wiener med. Presse*, 1906, Nr. 44). Ropne zapalenie opłucnej bywa u dzieci bardzo często przeoczone, lub rozpoznawane jako gruźlica płuc, co pociąga za sobą fatalne skutki dla chorego, bo wskutek nieodpowiedniego leczenia dziecko chudnie, opada coraz więcej na siłach i wreszcie ginie, chociaż operacya mogłaby mu przywrócić zdrowie. Przyczyna tego błędu rozpoznawczego jest następująca: Wiadomo, że już w stanie prawidłowym szmery oddechowe u dzieci wskutek małej grubości ścian klatki piersiowej są znacznie ostrzejsze, niż u dorosłych (Laënneca *respiratio puerilis*), podobnie i wszelkie szmery chorobowe występują silniej; dlatego też często rozpoznaje się u dzieci jamę gruźliczą w płucach tam, gdzie są ogniska zapalne.. Wysięk opłucny, który się najczęściej przyłącza do zapalenia płuc, o ile nie jest bardzo wielki, osłabia szmery tylko w małym stopniu, wskutek tego odpada u dzieci najpewniejszy rozpoznawczy szczegół wysięku opłucnego, t. j. zniesienie lub osłabienie szmerów oddechowych. O wiele większe znaczenie, niż osłuchiwanie ma w tych przypadkach opukiwanie, które powinno być lekkie, by nie wstrząsało całej klatki piersiowej. Zapalenie bowiem płuc nawet w okresie zupełnego zwątrobienia wywołuje u dzieci tylko względne przytłumienie, bezwzględne zaś stłumienie przemawia zawsze za wysiękiem opłucnym. Nakłucie próbne nietylko potwierdza wtedy rozpoznanie, ale wykrywa także rodzaj wysięku; najczęściej jest on ropny. Badanie mikroskopowe tej ropy w największej liczbie przypadków stwierdza obecność licznych dwoinek zapalenia płuc w ciałkach ropnych. Rokowanie jest pomyślne. W celu leczenia nie wystarczy jednak samo nakłucie, lecz należy wykonać resekcyę żebra i założyć sączek. Przepłukiwanie jamy opłucnej nie jest wskazane. Gorączka zwykle wkrótce opada i dziecko powraca po 2 najdalej miesiącach do zdrowia. *Friediker.*

Bystrenik. **Przyczynek do leczenia cholery niemowląt.** (*Prakt. Wracz.* 1906, Nr 25). Autor na podstawie 5 leczonych przez siebie przypadków ciężkiej cholery niemowląt, zwraca uwagę na dobre wyniki jednoczesnego leczenia podskórnemi wstrzykiwaniami fizyologicznego rozczynu soli i wlewaniami do jelit. Autor wstrzykiwał odrazu po 50 sz. cm. ciepłego (37—38°) fizyologicznego rozczynu soli w obie okolice pachwinowe. Jednocześnie stosował wysokie wlewania ze zwykłej przegotowanej wody (38°) w ilości 1—1·5 litrów z dodatkiem 1—2 łyżeczek kwasu borowego. Chore dziecko układa się na brzuch, miękki cewnik Nélatona (22—24) wsuwa się do odbytu; płyn wlewa się niedużemi porcyami i jednocześnie wsuwa się cewnik coraz dalej. Część płynu przez jakiś czas wraca się, przyczem niekiedy razem z wodą wypływają zielonawo-brudne cuchnące kawałki. Wlewania do jelit znoszą dzieci zwykle dobrze i wnet potem uspokajają się. Wszystkie 5 przypadków autora zakończyły się wyzdrowieniem. *Z. Orłowski.*

Prof. Heubner. **Kurcz odźwiernika** (*Ther. d. Gegenw. Z. 10*). Tak zwane wrodzone zwężenie odźwiernika u dzieci spotyka się stosunkowo dość często, (u około 0.5 prc. wszystkich chorych dzieci). Głównymi objawami są: uporczywe i obfite wymioty zaraz w pierwszych tygodniach życia, stawianie się i żywy ruch robaczkowy części odźwiernikowej żołądka, zmniejszenie się ilości moczu, zaparcie stolca. Zdaniem autora przyczyną całego cierpienia nie są żadne organiczne zmiany, lecz nadczułość błony śluzowej żołądka, wywołująca odruchowo czynnościowy kurcz części odźwiernikowej. W myśl tego sprzeciwia się autor poleconym powszechnie przepłukiwaniom żołądka, gdyż one mogą tylko zwiększać wrażliwość żołądka. Natomiast gorące okłady, atropina w czopkach i podawanie pokarmu w długich odstępach czasu, — oto główne zasady leczenia, wymagającego niekiedy i kilku tygodni. Leczenie operacyjne według statystyki Ibrahima daje wyniki znacznie gorsze, bo 50 prc. śmiertelności. *Wilczyński.*

Prof. Marfan. **O krzywicy wrodzonej** (*Sem. méd.*, 1906, Nr. 41). Gdy we Francyi panuje niepodzielnie zapatrywanie Parrota, że nie ma krzywicy wrodzonej, to w Austryi i w Niemczech ma zwolenników pogląd Kassowitza, według którego krzywica ma swój początek prawie zawsze w życiu płodowem, a czynniki, uchodzące za przyczynowe, jak warunki higieniczne, złe odżywienie, zaburzenia w trawieniu i choroby ostre grają tylko rolę pomocniczą lub potęgującą. Liczne spostrzeżenia autora doprowadzają go do wniosku, że pogląd, przyjmujący istnienie wrodzonej krzywicy, jest uzasadniony. Według Marfana czynniki przyczynowe krzywicy, działając jako wpływy toksyczne lub zakaźne u rodziców, zwłaszcza u matki podczas ciąży, mogą wywrzeć wpływ na kostnienie u płodu w okresie rozwoju, a tesame czynniki wywierają też wpływ na ustrój dziecka w pierwszym i drugim roku życia. *Dr. Blassberg.*

Böhme. **Próby żywienia mlekiem perhydrazowanem.** (*Deutsch. med. Wochs.*, 1906, Nr. 43). Mleko poddaje się celem wyjałowienia działaniu perhydrolu Mercka w ilości 3.3 cm³ na litr, a nadmiar H_2O_2 rozkłada się zapomocą katalazy. Koszt

wytwarzania takiego mleka jest znaczny. Mleko to ma wszelkie cechy mleka rodzimego, surowego. Dzieci starsze i oseski powyżej $^1/_4$ roku znoszą to mleko bardzo dobrze, a szybszy przyrost ciężaru ciała i ustępowanie zmian krzywiczych przemawiałyby za wyższością mleka perhydrazowanego nad gotowanem. Wbrew jednak temu, co twierdzą niektórzy autorowie (Monrad, Hohlfeld), nie widział B. swoiście korzystnego wpływu na przewlekłe zaburzenia trawienia. Oseski bardzo młode i słabowite znoszą mleko perhydrazowane, o ile można wnosić ze szczupłego materyału autora, gorzej, niż mleko gotowane. *Lewkowicz.*

Thomesco i Graçoski. **Serodyagnostyka gruźlicy w ogóle, a w szczególności u dzieci** (*Arch. d. méd. des enf.* 1906, VIII). Autorowie używali do prób hodowli jednostajnych w surowicy cielęcej ($^1/_1$) z wodą przekroploną ($^3/_4$) i 3 prc. gliceryny. Robili próby jedynie mikroskopowe. Za dodatni uważali wynik, począwszy od 1:20. Wnioski są dla metody bardzo korzystne. Odczyn dodatni prawie z bezwzględną pewnością świadczy o obecności jakiejś zmiany gruźliczej. Przeciwnie odczyn ujemny nie uprawnia do wyłączenia gruźlicy, mianowicie w przypadkach ze złym stanem ogólnym i zmianami daleko posuniętemi. Odczyn dodatni pozwolił autorom niejednokrotnie wykryć gruźlicę w samych jej początkach. *Lewkowicz.*

Comby. **Trzy nowe przypadki porażeń pobłoniczych, wyleczone surowicą przeciwbłoniczą.** (*Arch. d. méd. des enf.*). Autor przemawia gorąco za stosowaniem wysokich dawek surowicy przeciwbłoniczej bez względu na to, czy surowica w przebiegu błonicy była już stosowaną, czy nie. *Lewkowicz.*

Richet i Lesué. **O ilości mleka potrzebnej i dostatecznej dla dziecka.** (*Arch. de méd. des enf.*, 1906, VIII). Ilość ta obliczaną bywa zwykle według wieku. Nie jest to słuszne. Z ogólnej ilości energii, wprowadzanej w postaci mleka, około $^1/_6$ odchodzi w kale, a osadzoną zostaje jako tkanka $^1/_9$—$^1/_{48}$ (pierwsze liczby odnosić się będą także poniżej do pierwszego miesiąca, drugie do dwunastego miesiąca życia), reszta $^{13}/_{18}$—$^{39}/_{48}$ zużyta zostaje na ogrzanie ciała, pracę bowiem mechaniczną u oseska można pominąć. Ponieważ zadanie pożywienia jest u dziecka głównie funkcyą termiczną, zatem powinno ono być proporcyonalne do powierzchni ciała, gdyż utrata ciepła przez promieniowanie proporcyonalną jest do powierzchni. Podobnie zużycie tlenu jest funkcyą powierzchni. Powierzchnię można obliczyć według wzoru $S = K\sqrt{P^{2/3}}$ lub $S = P^{0.666} K$, gdzie P = ciężarowi ciała, a K jest stałą, wynoszącą u dziecka 12.3. Albo też można się posługiwać tabliczkami, podanemi przez autora. Ciężar ciała wynosi (1 i 12 mies.) 3000—8960. Ilość mleka na dobę 600—1025, powierzchnia ciała w cm^2 2496—5182, powierzchnia w cm^2 na jeden kilogram ciała 832—579, ilość pokarmu na 1 dm^2 jest prawie stałą i wynosi średnio 20 gr. (Ściślej w pierwszym miesiącu 21.8, potem pomiędzy 20—19, od 9 miesiąca między 19—18.3). Ilość kaloryi na 1 cm^2 zużywanych codziennie wynosi 9.0.

(W praktyce obliczenie powierzchni, które dla oznaczenia ilości mleka zaleca autor, zdaniem sprawozdawcy jest zbyteczne. Wystarczy kierować się ciężarem. Np. według tabliczki dziecko w 9. miesiącu waży średnio 7900 i potrzebuje 950 gr. mleka. Jeżeli w danym przypadku dziecko w 8. lub 10. miesiącu ma wagę, nie odpowiadającą wiekowi, lecz 7900. to należy mu podawać 950 gr. mleka, bo i jego powierzchnia ciała odpowiada powierzchni dziecka w 9. miesiącu). *Lewkowicz.*

Higiena.

Seligmann. **Reduktazy w mleku krowiem.** (*Zeitschr. f. Hygiene*, Tom 52). Zdolność odbarwiania, czyli redukowania błękitu metylenowego, właściwą surowemu mleku krowiemu, przypisywali jedni działaniu enzymów (Hecht-Smith), inni (Hefter) bakteryom; rozstrzygnięcia tego sporu podjął się S. Z doświadczeń jego wynika, że redukujące własności mleka, reduktazy, tak co do czasu swego wystąpienia, jak i co do wpływu środków przeciwgnilnych, w ogólności zachowują się podobnie do katalitycznych jego własności wobec wody utlenionej — do superoksydaz; — wobec innych czynników podobieństwo to znika. Obecność obu tych właściwości w mleku dowodzi, zdaniem S., że w niem jest dużo bakteryi; wywołują je jednak różne gatunki bakteryi. Śmietanka, otrzymana na centryfudze, nie traci po wypłukaniu wodą superoksydazy mleka, nie posiada jednak reduktazy; dowodzi to również odmiennego zachowania się tych dwóch fermentów w mleku. — Ogrzanie mleka niszczy reduktazę, zakażenie go zaś powtórne mlekiem kwaśnem przywraca tę własność, która w dalszym okresie czasu się wzmaga. Dowodzi to bakteryjnego pochodzenia reduktazy, a potwierdzają to dalsze doświadczenia Seligmanna z wykrytemi przez niego krótkiemi i grubemi lasecznikowatemi bakteryami, nierozpuszczającemi żelatyny, które tak jałowemu mleku, jak i innym pożywkom udzielały szybko wybitnych własności redukujących. Odkryte przez autora ziarenkowce, rozkładające wodę utlenioną, nie posiadają pierwotnie własności redukujących, lecz dopiero w 3-dniowej hodowli w mleku, gdy odpowiedni ferment wytworzy się z rozłożonego sernika. *L. Bier.*

Bohne. **Rozpoznawcza wartość ciałek Negriego.** (*Zeitschrift f. Hygiene*, Tom 52). Autor próbował rozstrzygnąć, o ile ciałka, wykryte przez Negriego w mózgu osób zmarłych wskutek wodowstrętu, są ścisłem znamieniem tej choroby. Badaniu poddał B. 150 mózgów z ludzi i zwierząt, stosując skróconą (3 godz.) metodę zatapiania przy użyciu acetonu i parafiny (Henke-Zeller), barwiąc skrawki metodą Manna. W 99 mózgach wynik był dodatni, w reszcie ujemny; w dalszych 10 mimo ujemnego wyniku mikroskopowego, szczepienie królika stwierdziło wodowstręt równie, jak w powyższych 99, natomiast w dalszych 50, w których śmierć nastąpiła nie z wodowstrętu, brak było stale ciałek Negriego. Wartość praktyczną posiada badanie mikroskopowe mózgu co do ciałek Negriego z tego względu, że pozwala rozpoznać wodowstręt 40 dni wcześniej, niż przez doświadczenia na zwierzęciu; w razie braku ciałek Negriego należy zawsze stwierdzać wodowstręt doświadczalnie. *L. Bier.*

Schiffmann. **W sprawie ciałek Negriego.** (*Zeitschr. f. Hygiene*, Tom 52). S. stwierdza swoistość ciałek Negriego w mózgu ludzi i zwierząt, zmarłych wskutek wodowstrętu, rozróżniając trojaką ich postać: ogniskową, zwykłą i punkcikową. Wielkość ich waha się w szerokich granicach. W miarę przeprowadzania zarazka wścieklizny przez zwierzęta znikają najpierw ciałka ogniskowo ułożone, później zwykłe, w końcu punkcikowe; początkowo z rogu Amona, później z móżdżku; nie wpływa na to ani okres wylęgania choroby, ani jej postać, ani też jej długość. Czy ciałka Negriego należy uważać za objaw zwyrodnienia, czy za pasorzyty swoiste, Schiffmann nie rozstrzyga. *L. Bier.*

Sigel. **O gorączce odlewaczy i jej zwalczaniu.** (*Viertelj. f. ger. Med. und öff. San.* 1906, Z. 3, 4). Do znanych lekarzom już dawniej chorób zawodowych przybyła od niedawna istniejąca już dawniej, ale przez lekarzy nie badana i nie opisywana »gorączka odlewaczy« (Giessfieber). Na zasadzie obszernych badań robotników z odlewarni metali w Würtembergu i doświadczeń na sobie samym, podaje o niej S., co następuje: 1) Gorączka odlewaczy jest wyrazem ostrego zatrucia cynkiem. 2) Objawami jej, występującymi zwykle dopiero w parę godzin po pracy przy odlewaniu są: uczucie drapania w gardle, kaszel, smak metaliczny w ustach, znużenie, bole i kurcze mięśniowe, brak łaknienia, zrywanie na wymioty, rzadziej wymioty, duszność, ziębienie lub wyraźne dreszcze, kołatanie serca, silne poty przełomowe, (a niezawsze) przelotna gorączka 38—39° C. Cała choroba trwa za każdym razem 5—20 godzin. 3) Gorączka ta zdarza się prawie wyłącznie w odlewarniach mosiądzu, cynku i jego stopów, w odlewarniach cynku tylko wtedy, gdy cynk, silnie rozgrzany, ulatnia się (jako tlenek). W odlewarniach żelaza i t. d. choroba ta nie jest znaną. 4) Odporność wrodzona albo nie istnieje, albo jest nadzwyczaj rzadka. 5) Przyzwyczajenie się do szkodliwych wpływów (niewrażliwość) wyrabia się u 70—75 prc. robotników; reszta choruje niemal regularnie, ale niezbyt silnie; wyjątkowo staje się konieczną zmiana zajęcia. 6) Im więcej cynku zawiera odlewany stop, tem łatwiej o zachorowanie. 7) Gorączka odlewaczy zdarza się częściej w zimie i w czasie niepogody. 8) Do gorączki tej usposabiają nadużycia *in Baccho et Venere*, młody wiek, wątłość ustroju. 9) Zdarza się ona rzadziej w wielkich odlewarniach z dobrą wentylacyą, niż w małych, źle przewietrzanych. Ostrożności (respiratory i t. d.) mają wartość względną, a stosowane są mało i niechętnie. 10) Jednorazowy napad nie jest niebezpieczny, mnogie mogą być szkodliwe dla ustroju (choroby płuc, nerek). 11) Swoistego leczenia niema; niekiedy działają korzystnie soda i mleko. 12) Zwalczanie gorączki odlewaczy polega na odpowiednim nadzorze przez inspektoraty przemysłowe, ochronie poszczególnych robotników i wprowadzeniu do odlewarni dobrej wentylacyi. *R.*

Kronika historyczna na styczeń.

Zestawił

Dr Adam Langie.

Dnia 6. stycznia 1903 r. umiera w Roissy pod Paryżem Photinos Panas, profesor okulistyki uniwersytetu paryskiego. Grek z pochodzenia, ur. w Kephalonii 1832 r., przybył 1849 r. do Paryża dla studyów lekarskich. Z początku poświęcał się chirurgii i dopiero od roku 1872 miewa wykłady o chorobach ocznych, a w r. 1879 otrzymuje katedrę okulistyki. Wykłady jego w szpitalu »Hôtel-Dieu«, odznaczające się wykwintnym stylem i nadzwyczaj zajmujące, ściągały licznych słuchaczy, nawet nie specyalistów. Z upodobaniem omawiał patologię i leczenie nowotworów oczodołu. Uchodzi słusznie za twórcę najnowszej szkoły okulistycznej francuskiej; ogłosił wiele cennych prac naukowych, wydał w r. 1894 znakomity podręcznik chorób ocznych i założył w 1881 r. wspólnie z Landoltem czasopismo »Archives d'Ophtalmologie«. Katedrę opuścił 1901 r.

Dnia 7 stycznia 1892 r. zmarł Ernest Wilhelm Bruecke ur. 6. czerwca 1819 w Berlinie; nauki pobierał tam i w Heidelbergu. Wkrótce po doktoracie (1842), jako asystent Jana Müllera habilituje się 1844 r. na docenta fizyologii. W 1848 roku mianowany profesorem nadzwyczajnym w Królewcu, a w 1849 r. profesorem zwyczajnym w Wiedniu, gdzie wykłada przez lat 41 (do r. 1890). Epokowe znaczenie mają prace jego nad fizyologią trawienia, krwi, zmysłów (zwłaszcza wzroku), mowy, mięśni i t. d.), które stawiają nazwisko Brueckego w pierwszym rzędzie nowoczesnych uczonych. Prócz licznych monografii, wydał podręcznik fizyologii (1876 r.), który przez długie lata był ulubioną książką. Brueckego cechuje ogromna wszechstronność, wytworność słowa i zmysł estetyczny, przebijające w każdej jego pracy. Zmarł w Wiedniu na emeryturze.

Dnia 12. stycznia 1894 r. umiera w Krakowie Maurycy Madurowicz. Urodzony 1831 r. w Kołomyi, nauki pobierał w Krakowie, potem w Wiedniu, gdzie 1855 otrzymał stopień doktorski. Jako asystent przez 6 lat kliniki obu Braunów wyrobił sobie znaczną praktykę. W r. 1862 opuszcza Wiedeń i przybywa do Krakowa, gdzie habilituje się na docenta, a w rok potem (1863 r.) zostaje profesorem położnictwa i ginekologii, równocześnie prymaryuszem w szpitalu św. Łazarza. Tutaj to w ciasnych, niewygodnych salkach naucza przez lat 8, aż dopiero 1871 r. udało mu się wykołatać tymczasową klinikę (stan tymczasowości trwa do dziś dnia) dla chorób kobiecych, pierwszą w Krakowie. Wybrany dwukrotnie dziekanem Wydziału lek., — w r. 1868 prezesem zawiązanego przed 2 laty Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, w r. 1880 rektorem uniwersytetu, a 1889 prezesem pierwszego polskiego Towarzystwa ginekologicznego w Krakowie. Jeszcze w Wiedniu zasłynął jako nadzwyczaj zręczny operator-położnik. Prac naukowych ogłosił 16, wynalazł kleszcze porodowe własnego pomysłu i przyrząd do rozszerzania szyi macicznej. Po roku 1869, kiedy to dotknął go bolesny podwójny cios rodzinny: strata żony i dziecka, zaprzestał pisać i oddany jedynie nauczaniu w klinice usunął się od życia towarzyskiego, obcując tylko z rodziną i najbliższymi przyjaciółmi. Szorstki pozornie i nieprzystępny dla obcych, okazuje najtkliwsze serce dla ludzkich nieszczęść, a młodzież kocha prawdziwie. Serdecznym wyrazem najgłębszej czci i przywiązania do tego zacnego, nieposzlakowanego człowieka był 25-letni jubileusz działalności jego profesorskiej, w którym dnia 14. stycznia 1888 roku wszyscy żyjący jego uczniowie złożyli mu dobrze zasłużony hołd.

Dnia 18. stycznia 1878 r. umiera Józef Dietl (ur. 1804 r. w Podbieżu w Galicyi). Po odbyciu nauk początkowych w Samborze, Tarnowie i N. Sączu, ukończył ówczesny t. zw. kurs filozofii we Lwowie, poczem 1823 roku zapisał się na medycynę w Wiedniu i doktoryzował się tam 1829 r. Przez 2 lata był asystentem mineralogii i zoologii przy prof. Schererze; w 1833 r. został fizykiem przedmieścia Wieden, gdzie za jego staraniem otworzono szpital, którego w 1848 r. zostaje dyrektorem. O ile podczas studyów borykać się musiał z biedą, o tyle wkrótce po doktoracie niezwykły jego talent wyrabia mu bardzo znaczną praktykę prywatną. Porzuca ją jednak i przenosi się do Krakowa, powołany na katedrę kliniki lekarskiej, którą obejmuje 12. maja 1851, a zajmuje do 1865; w tym roku został przez rząd przed czasem spensyonowany z powodu dzielnego oporu przeciw zamachom centralistycznym na autonomię uniwersytecką i na język polski w Galicyi. Wśród tego powierzał mu uniwersytet godność dziekana i rektora. — Przybycie Dietla do Krakowa było zbawiennem dla kliniki, bo ta odrazu pod jego kierunkiem stanęła na wyżynie europejskiej. Jemu to w udziale przypadło zaszczepić na grunt krakowski te wszystkie zdobycze nauki, które już pierwej we Francyi, a w Wiedniu pod wpływem Skody i Rokitańskiego nowe tory wskazały medycynie. Nadzwyczajna bystrość rozpoznawcza, wykład jasny, żywy, przekonywający siłą wywodów i porywający potoczystością słowa, zjednały mu sławę znakomitego profesora, a głęboka wiedza, żelazna praca i niezwykłe zdolności zdobyły krakowskiej klinice nawet za granicą powagę i znaczenie. — Dietl pracował bardzo wiele naukowo i pisał dużo. Wyniki naukowej podróży przez Węgry do Turcyi, Grecyi i Małej Azyi dla badań nad zimnicą zebrał potem w kilku cennych pracach. Zwiedziwszy znów bardzo dokładnie zagraniczne zdrojowiska, przyłożył ręki do podniesienia kąpieli krajowych, ogłaszając szereg prac w tym kierunku i zawiązując przy Tow. naukowem krakowskiem komisyę balneologiczną. W latach 1855, 1866 i 1873 z całem poświęceniem zwalcza cholerę w Krakowie i zaprowadza potrzebne urządzenia sanitarne. — Prócz działalności lekarskiej wiąże się z nazwiskiem Dietla równie znakomita działalność na polu społecznem, a imię jego jako pierwszego autonomicznego prezydenta Krakowa (wybrany 1866 r.) po wieczne czasy we wdzięcznej pamięci przechowają dzieje tego miasta. Pełna poświęcenia, rozumna praca na tem polu, rzadka zdolność organizacyjna, niezwykle bystry krytyczny umysł Dietla, obok imponującej powagi i zacności charakteru wzbudzały u wszystkich największe zaufanie, toteż powierzono mu mandat do Sejmu i do Rady państwa, cesarz zaś powołał go do Izby Panów. — Bardzo obszerną monografię o Dietlu i jego działalności, ogłosił swego czasu Oettinger w »Przegl. lek.« z 1878 r.

Dnia 20. stycznia 1661 r. wydaje król polski Jan Kazimierz akt fundacyi uniwersytetu we Lwowie z wydziałami: teologicznym, filozoficznym, matematycznym, prawniczym i medycznym; zarząd i wykłady spoczywają w ręku Jezuitów. Wskutek oporu głównie uniwersytetu krakowskiego, nowy uniwersytet nie mógł wejść całkowicie w życie aż 1759 r., lecz już w 1763 r. stracił prawo promocyi, choć nauki trwają dalej do 1773 r. tj. do zniesienia Jezuitów.

Dnia 21. stycznia 1894 r. umiera w Kamieńcu Podolskim Józef Antoni Rolle. Ur. na Podolu, wstąpił 1850 na wydział lekarski w Kijowie. Po 2-letnim pobycie zagranicą osiada 1861 r. w Kamieńcu jako lekarz praktykujący. Prócz licznych prac lekarskich, z których trwałe imię zdobyły sobie badania nad dzicznością obłąkania, z upodobaniem studyuje historyę polską i zasila literaturę nader ciekawemi i barwnemi monografiami głównie z dziejów Podola, pisanemi pod pseudonimem Dr Antoni J. Spory zbiór tych monografii stawia go w rzędzie wybitnych historyków polskich.

Dnia 29. stycznia 1881 r. wykonał Billroth w Wiedniu pierwszą swoją resekcyę żołądka z powodu raka odźwiernika. Operacya ta była wogóle trzecią z przedsiębranych u żywego człowieka. Pierwszą próbował w 1879 roku Péan bez skutku, drugą wykonał Rydygier, ale zakończyła się śmiercią po 12 godzinach; dopiero operacya Billrotha u 43-letniej kobiety dała wynik pomyślny. Odtąd coraz śmielej zaczęto podejmować resekcyę różnych części przewodu pokarmowego, a sam Billroth wykonał po koniec 1890 roku aż 124 różnych operacyi żołądka i jelit.

Sacher Masoch i Masochizm.

Szkic literacko-psychiatryczny według collegium publicum

Skreślił

Prof. Dr L. Wachholz.

»Masochismus« nazwa, wprowadzona do psychopatologii popędu płciowego przez Krafft-Ebinga jest, jak to słusznie zauważa Eulenburg[1]), nawet w kołach lekarskich tak obcą i niezrozumiałą, że »są one skłonne wywodzić ją od jakiegoś pierwiastka assyryjskiego, semickiego, wogóle wschodniego.« Tymczasem nazwę tę zaczerpnął twórca psychopatologii płciowej Krafft-Ebing od nazwiska w swoim czasie głośnego nowelisty niemieckiego Sacher-Masocha.

Jeśli cykl wykładów postanowiłem poświęcić uwagom o rzeczonym autorze, to skłoniły mnie do nich liczne przyczyny. Przedewszystkiem sam życiorys nadawcy miana masochizmu »budzi — zdaniem Eulenburga[2]) — żywe psychologiczne zajęcie«,

podobnie jak dzieje życia markiza de Sade, od którego wywodzi się miano innej perwerzyi płciowej, sadyzmu. Nadto »użycza nam — zdaniem Eulenburga — życiorys ten klucza do zrozumienia literackiej twórczości autora i wynikającego z niej niezaprzeczenie i stale wzmagającego się wpływu« psychopatycznego. Prócz tych ogólno-naukowych pobudek, skłoniły mnie jeszcze inne bliższe. Nazwisko autora licznych nowel niemieckich dotyczy nas szczególnie blisko, ileże osoby, noszące nazwiska Sachera i Masocha, odgrywają w dziejach naszych pierwszej połowy 19. wieku pewną rolę. Sam autor, piszący wyłącznie po niemiecku, poczuwa się tak w swych dziełach, jak i polemicznych enuncyacyach do pochodzenia słowiańskiego, a podnosząc i apoteozując niejednokrotnie rasę słowiańską, mimo to nie znajduje dość czarnej barwy do odmalowania nas jako narodu przewrotnego, lekkomyślnego, pozbawionego uczuć etycznych. To też nowele jego, których treść rozgrywa się przeważnie w Galicyi, najczęściej wschodniej, zawierają mnóstwo faktów i szczegółów, wrzekomo historycznych, w istocie z prawdą niezgodnych, a szczegóły te stały się podstawą do wyjaśniania »masochizmu« słowiańskiem, a w szczególności nawet polskiem pochodzeniem mianodawcy tego zaburzenia popędu płciowego. Skoro w chwili obecnej żywego zajmowania się zagadnieniami z zakresu życia płciowego, opowieści i twierdzenia niezgodne z prawdą, głoszone przez Sacher-Masocha, poczynają przechodzić do nauki, jak to widzimy w pracy Eulenburga, opartej na przesadnie entuzyastycznej, w wielu miejscach fantastycznej biografii Sacher-Masocha, skreślonej przez Schlichtegrolla [3]), zatem tem większa potrzeba prostowania błędów i tendencyi.

I. Życiorys Sacher-Masocha.

Entuzyastyczny wielbiciel a zarazem i fantastyczny biograf Sacher-Masocha, Schlichtegroll, wyraża się, że »najlepszy komentarz do dzieł Sacher-Masocha stanowi jego życiorys«. »Życie jego nie biegło utartym szlakiem, było ono zmienne, szalone, genialne, to zmysłowością trawione, to znów spokojne a tak zmienne i różnobarwne, jak ono z pism jego do nas przemawia«. W istocie było ono takiem, jak je w tych słowach charakteryzuje wspomniany biograf, z tą tylko różnicą, że na miano genialnego żadną miarą nie zasługuje. Tę przesadę w określeniu jego życia możemy wybaczyć Schlichtegrollowi, który nie waha się na wstępie swej pracy stawić skromnego, choć utalentowanego nowelistę na równi z Göthem, ba nawet wyżej od Göthego jako jego następcę, za co go słuszna a ostra spotyka odprawa ze strony Eulenburga. »Porównanie Sacher Masocha z Göthem musimy jako niegodną i potwarczą profanacyę odeprzeć«, gdyż »nie umiał on przez całe swe życie wedle przepisu Fausta poezyi przewodzić, ani też oprzeć się potęgom, niszczącym jego egzystencyę. Nie z Göthem, lecz z Güntherem, Lenzem, nieszczęśliwym Bürgerem, Grabbem i innymi, z własnej winy wykolejonymi »geniuszami« możnaby go zestawić. »Nie umiał się poskromić — wedle słów Göthego — i tak rozpłynęło się jego życie, jak i twórczość«. Tak, i słusznie, Eulenburg.

Pochodzenie Sacher-Masocha uważa Schlichtegroll za trudne do określenia. Krew Sacher-Masocha była jego zdaniem mięszaną i złożoną z pierwiastków hiszpańskiego, niemieckiego, a nadewszystko słowiańskiego. Porzućmy fantastyczne wywody Schlichtegrolla, a zwróćmy się do autentycznych danych.

Wurzbach [4]) podaje, że rodzina ojca tj. rodzina Sacherów wywodzi się z Hiszpanii, zaś rodzina matki, z domu Masoch była słowiańską. W przeciwstawieniu do Schlichtegrolla, wywodzącego rodzinę Sacherów od hiszpańskiego szlachcica Don Macieja Sachera, który za czasów Karola V, jako ranny miał się osiedlić w Czechach i tu czeszkę pojąć za żonę, odnosi Wurzbach datę uzyskania szlachectwa przez rodzinę Sacherów do czasów o wiele późniejszych, bo do r. 1729. Dyplomem bowiem z 8. czerwca 1723 nadano Janowi Jerzemu, Franciszkowi Józefowi i Ignacemu Fortunatowi, trzem braciom Sacherom godność stanu rycerskiego z przydomkiem Cronthal, a to za zasługi ich ojca Tomasza, oddane państwu przy dostawach dla wojska w czasie wojen zwłaszcza tureckich. Dziad ojczysty naszego autora, Jan, przybył do Galicyi jako urzędnik salin, a z biegiem czasu doszedł do godności c. k. radcy gubernialnego we Lwowie. Zmarł on w r. 1836 w czasie, gdy syn jego Leopold, ojciec naszego autora, osiągnął już był ważne stanowisko dyrektora policyi we Lwowie. Jakim człowiekiem co do charakteru i co do zdolności był dziad autora Jan, trudno coś powiedzieć, i niewiadomo, czyby go był Franciszek Kratter [5]) zaliczył do tych »niewielu pilnych, zdolnych i uczciwych urzędników, jakich poznał we Lwowie, do tych, którzy zasłużyli na mniemanie, że służyli państwu uczciwie«. Syn jego, dyrektor lwowskiej policyi, jest nam już lepiej znany. Pepłowski [6]) pisze: »nad spokojem i legalnym porządkiem w stolicy (Lwowie) czuwał jednooki Sacher-Masoch, dyrektor policyi«, zarazem archeolog, numizmatyk, protektor muzyki i autor bezimiennie wydanej książki p. t. »Polnische Revolutionen. Erinnerungen aus Galizien. Prag 1863«. Wartość dzieła tego, dzięki porównaniu go z dziełem Maurycego barona Sala (»Geschichte des polnischen Aufstandes im J. 1846«), tajnego radcy i szefa sekcyi w ministerstwie stanu, zarazem także naocznego świadka wypadków z r. 1846 i innymi autentycznymi dokumentami tak określa Pepłowski: »W pracy tej, której fantastyczność, niezwykły zaiste objaw u emerytowanego policyanta, budzić musi komiczne wrażenie u każdego, choćby pobieżnie z przeszłością Galicyi obznajomionego... Aureolą lojalności otoczył on Jakóba Szelę!« Szczegół ten o wartości dzieła ojca naszego autora o tyle ważny, o ile już sam przez się tłómaczy tem większą fantastyczność w przedstawianiu faktów przez syna w jego powieściach, osnutych na wypadkach z roku 1846. Tak bezimiennie wydane dzieło powyższe, jak i działalność Leopolda Sacher-Masocha, jako dyrektora policyi, składają wymowne świadectwo, iż nie był on nam bynajmniej życzliwym, a jeśli żywił jakąkolwiek życzliwość dla Słowian, to chyba wyłącznie dla Rusi, podobnie jak później jego syn, autor powieści. Tej życzliwości dla Rusi dowodziłaby także pewna wzajemność, objawiająca się n. p. w przypisaniu mu przez Dyonizego Zubrzyckiego, Rusina, dzieła, wydanego drukiem stauropigiańskim [7]). (C. d. n.)

[3]) Sacher-Masoch u. der Masochismus. Litterarhistorische u. kulturhistorische Studien. Dresden 1901.

[4]) Biographisches Lexikon. Wien 1874. T. 28.

[5]) Briefe über den jetzigen Zustand von Galizien. Leipzig 1786.

[6]) Z przeszłości Galicyi. Lwów 1895.

[7]) Kronika miasta Lwowa. Lwów 1844.

[1]) Sexuale Neuropathie. Leipzig 1895. Str. 111.

[2]) Sadismus u. Masochismus. Wiesbaden 1902. Str. 44.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XIX posiedzenie naukowe z dnia 23 listopada 1906.

Przewodniczy kol. Stachiewicz, protokołuje kol. W. Ziembicki. Obecnych 69 członków. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

I. Kol. prof. Gluziński, przypominając chorego, którego przedstawiał w Towarzystwie dnia 19. października b. r. z rozpoznaniem **tętniaka zstępującej części tętnicy głównej** (guz tętniący pomiędzy kręgosłupem, a lewą łopatką), okazuje preparat anatomiczno-patologiczny z tego przypadku, a mianowicie olbrzymiej wielkości tętniak, usadowiony zgodnie z rozpoznaniem tuż poniżej łuku tętnicy głównej na jej części zstępującej, wypuklający się ku tyłowi i wywołujący ubytek w 2 żebrach. Ponieważ ubytku tego nie udało się za życia stwierdzić zapomocą promieni Roentgena, a przytem stwierdzono u chorego znieczulenia w zakresie kończyn dolnych, uwzględniano, choć z mniejszem prawdopodobieństwem, możliwość istnienia unaczynionego nowotworu (po wyłączeniu innych spraw, jak zimny ropień i t. d.).

W dyskusyi przytacza kol. prof. Wiczkowski przypadek ze swego oddziału, w którym prócz stłumienia nad śródpiersiem stwierdzono obecność płynu surowiczego po obu stronach klatki piersiowej, powiększenie gruczołów i zupełne wyniszczenie, tak, że rozpoznano sprawę nowotworową śródpiersia z przerzutami na opłucnej, gdy tymczasem sekcya wykazała tętniak zstępującej części tętnicy głównej. Jestto zdaniem mówcy jeden z licznych dowodów, na jakie trudności napotyka w podobnych razach rozpoznanie. Kol. Obtułowicz przypomina sobie przypadek, w którym ś. p. kol. Widmann rozpoznał tętniaka zstępującej części tętnicy głównej, zakończony śmiercią wskutek przebicia do przełyku i powolnego skrwawienia.

II. Kol. R. dw. prof. Rydygier przedstawia chorego, dotkniętego **cierpieniem stawu kolanowego lewego** wskutek **jamistości rdzenia** (*syringomyelia*). Przypomina badania, rozpoczęte swego czasu przez kol. A. Gabryszewskiego dla wyjaśnienia ostatecznej przyczyny zmian w stawach, właściwych tej chorobie (chemiczne zmiany w tkance kostnej?). Zapomocą pro-

mieni Roentgena można w przedstawionym przypadku widzieć luźne części kostne w obrębie schorzałego stawu. Chirurgiczne leczenie takich cierpień należy, zdaniem prelegenta, do zadań bardzo niewdzięcznych. Mowca stwierdza na podstawie własnego doświadczenia, że resekcyą niewiele tu można zdziałać, tak, że powinno się ograniczać do założenia na chorą kończynę odpowiedniego przyrządu.

W dyskusyi przytacza kol. Stauber własne spostrzeżenie, w którem podobne zniekształcenie stawu kolanowego powstało na tle kiłowem, zastosowanie jednak jodu, jakoteż przetworów rtęciowych nie przyniosło dodatniego wyniku. Kol. Skałkowski widział podobną do przedstawionej zmianę chorobową w kolanie u robotnika, który kilka lat przedtem doznał urazu w to kolano, co mogłoby wskazywać na pewien związek tej sprawy z urazem. Cierpienie jest obecnie tak daleko posunięte, że chory ten, z powodu zupełnego rozsunięcia bocznych więzadeł stawowych, bez przyrządu ustalającego nie może się utrzymać w postawie stojącej. Kol. prof. Gluziński zwraca uwagę na konieczność odróżniania kiłowych cierpień stawu od tych, które zdarzają się z jednej strony we wiądzie rdzenia (*tabes dorsalis*), z drugiej w jamistości rdzenia (*syringomyelia*). Co do siedziby, to, jak wiadomo, zmiany stawowe dotykają we wiądzie najczęściej staw skokowy, w jamistości zaś rdzenia stawy kończyn górnych (bark). Nawiązując do spostrzeżenia kol. prof. Rydygiera i kol. Skałkowskiego, które zdawałyby się wskazywać na związek urazu z późniejszemi zmianami, sądzi mowca, że taki uraz mógłby w danym razie mieć znaczenie raczej u osobnika, już poprzednio dotkniętego chorobą układu nerwowego, czy to jamistością rdzenia, czy wiądem, (jak to było u pewnego chorego na wiąd, który nadwerężywszy staw skokowy w czasie tańca, uległ potem cierpieniu tego stawu z obrazem *arthropathiae tabetic.*

III. Kol. Nowicki okazuje preparat z **pękniętego tętniaka tętnicy głównej brzusznej.** Zmarły, mężczyzna 54-letni, woźny Wydz. kraj., leżał przed trzema laty w klinice lekarskiej z rozpoznaniem tętniaka brzusznej części tętnicy głównej. Po wyjściu z kliniki wykonywać miał bez przeszkody swe czynności, tak, że dopiero w zeszłym tygodniu, doznał nagłego i gwałtownego bolu w okolicy lewej nerki, w czasie którego miał zemdleć, poczem przeniesiono go do szpitala powsz., na oddział kol. Opolskiego. Tu stwierdzono znaczne wysklepienie brzucha, zwłaszcza po stronie lewej, dające przy obmacywaniu uczucie elastycznego oporu, nadto zupełne zaparcie stolca i niemożność oddawania moczu, przy bolach w całej jamie brzusznej, rozpromieniających się ku kończynom dolnym i cewce moczowej. Wśród wzrastających objawów zajęcia otrzewnej chory zmarł po 3 dniach. Sekcya stwierdziła olbrzymiej wielkości skrzep, wypełniający lewą połowę jamy brzusznej od przepony aż do miednicy małej, tętnicę główną rozszerzoną w całości aż do miejsca rozdziału i dotkniętą sprawą miażdżycową, w części jej brzusznej wypuklenie wielkości 2 pięści z pęknięciem od góry. *Aneurysma arterioscleroticum spontaneum.* Pęknięcie nastąpiło prawdopodobnie wówczas, kiedy chory doznał owego nagłego bolu, musiało jednak zrazu być niewielkie, tak, że krwotok (do tkanki zaotrzewnej) mógł się nawet do pewnego stopnia sam przez się tamować uciskiem, jaki wywoływał. Stąd zrozumiałem jest, dlaczego chory mógł jeszcze dni parę pozostać przy życiu.

Dyskusya: Kol. prof. Ziembicki przypomina sobie tego chorego, gdyż miał on być z rozpoznaniem niedrożności jelit, względnie roponercza (wielki guz chełboczący), — przeniesiony na jego oddział dla przedsięwzięcia dalszego badania, ewentualnie zabiegu chirurgicznego. Rozpoznanie kliniczne z przed paru lat nie było znanem. Mowca podnosi, że w chwili badania chory nie wyglądał, jak człowiek, którego uszła krew, że stan sił i tętno były dobre, że więc w podobnym przypadku możnaby, nie znając historyi choroby, przystąpić do laparotomii. Kol. prof. Gluziński uważa przedstawiony przypadek za pouczający z pewnych względów. Jest przedewszystkiem zrozumiałem, że w chwili pęknięcia rozpoznania uczynić niepodobna. Przypadek ten jest dalej jednym z dowodów, że pęknięcie tętnicy brzusznej głównej nie musi wywołać nagłej śmierci. Przeciwnie, znaną jest rzeczą, że chorzy, u których pęka ta tętnica, nie giną nagle. Należy bowiem do rzadkości, ażeby tętniak taki wylał się gdzieindziej, jak do tkanki zaotrzewnej. Co do objawów, to przypadek niniejszy wzbogaca doświadczenie, pouczające, że nagłe pęknięcie tętnicy brzusznej może dawać objawy ostrego zapalenia otrzewnej, co wyraził mowca w swym podręczniku chorób serca (w dziele, wydanem przez Jaworskiego). Zdaje się więc, że w istocie objawy podobne, jak przy nagłej niedrożności jelit lub ich pęknięciu, należą w tych razach do stałego obrazu klinicznego. Co do przyczyny powstawania tych tętniaków, — jest nią w pierwszym rzędzie kiła. Zmarły, który, jak powiedziano, leżał przed 3 laty w klinice lekarskiej, podał też wówczas w wywiadach, że w 25. r. ż. przebył leczenie przeciwkiłowe z powodu wrzodu wenerycznego. Od tego czasu przez przeciąg 29 lat miał być zdrów zupełnie, poczem zaczął cierpieć na bole w okolicy lędźwiowej po obu stronach, tak, że lekarz, u którego szukał porady, sądził, że ma do czynienia z kamicą nerkową. Mowca zwraca uwagę na łatwość takiej pomyłki. Z czasem stwierdzono u chorego guz tętniący, który też w czasie pobytu jego w klinice (w lecie r. 1904) dawał się bez trudności wymacać pod lewym łukiem żebrowym. Guz, wielkości jaja kurzego, tętnił wybitnie we wszystkich kierunkach. Ze względu na wywiady zastosowano wcierania rtęciowe; chory jednak po krótkim pobycie klinikę musiał opuścić, gdyż rozpoczynały się ferye letnie, wyszedł więc z poleceniem poddania się dalszemu leczeniu, i odtąd nie zgłosił się więcej. — Jak rzadkie są tętniaki tego rodzaju, dowodzi m. i. statystyka, którą mowca zestawił w swym podręczniku, na podstawie materyału sekcyjnego w tutejszym zakładzie anatomii patologicznej, w latach 1897—1902, a mianowicie: w czasie tym w ogólnej liczbie przypadków sekcyjnych 6029, znaleziono tętniaków 22, z czego 10 usadowionych było w części wstępującej tętnicy głównej, 10 w jej łuku, 2 w części zstępującej, a tylko jeden w zakresie tętnicy głównej brzusznej. Niniejszy przypadek jest drugim tego rodzaju. W klinice lekarskiej spostrzegano od roku jej założenia (1897) tylko dwa przypadki, wliczając ten, o którym mowa. W obu razach wywiady stwierdzały przebytą kiłę. Ze statystyk okazuje się, że istnieją dwa głównie miejsca, w których te tętniaki usadawiają się z upodobaniem, a to: powyżej tętnicy trzewnej (*truncus coeliacus*) (trudne do rozpoznania wskutek tego, że w tych przypadkach przykrywa je wątroba) i poniżej tętnicy krezkowej. Doświadczenie poucza wreszcie, że szerzą się one i pękają przeważnie ku stronie lewej.

IV. Kol. Nowicki okazał preparat anatomiczno-patologiczny: **dwa tętniaki, wychodzące z tętnicy głównej piersiowej.**

V. Kol. Rencki przedstawia dwa przypadki **policytemii** (z kliniki prof. Gluzińskiego). I. S. L. l. 46. m. Obok ciemnoczerwonego ubarwienia skóry i błon śluzowych, powiększenia śledziony istnieją objawy erytromelalgii. W krwi stwierdzono zwiększenie ilości krwinek czerwonych do 7,675.000, jakoteż objawy podrażnienia szpiku kostnego. II. T. F. l. 45, m. Jakkolwiek ten przypadek różni się od poprzedniego brakiem tak charakterystycznego zabarwienia skóry, i nieco tylko zwiększoną ilością ciałek czerwonych, to przecież ze względu na obraz drobnowidowy krwi należy do tej samej grupy. R. podnosi obecność komórek plazmowych w krwi. W narządzie oddechowym stwierdzono zmiany gruźlicze. Śledziona bardzo znacznie powiększona, nieruchoma, o powierzchni nierównej, guzowatej. R. przypuszcza w tym przypadku gruźlicę śledziony.

Dyskusya: Kol. Biernacki sądzi, że przypadki tak przedstawione przez kol. Renckiego, jak podawane w piśmiennictwie, jako nowa jednostka chorobowa pod nazwą: »*polycythaemia cum splenomegalia* etc.« — nie stanowią bezwarunkowo nic nowego. Polycytemia, a więc zwiększenie liczby ciałek czerwonych w jednym milimetrze sześciennym, jest, jak wiadomo, objawem, częstym w patologii. Najdawniej znanym on był w cholerze. Później przekonano się, że istnieje w cukrzycy, przy zatruciu tlenkiem węgla, zatruciu fosforem; że występuje stale w niewyrównaniach krążenia, (powstających tak wskutek wad zastawkowych, jak rozedmy płuc i t. p.); że nawet w wadach wyrównanych daje się stwierdzić; że przed 6—8 laty znalazł go mowca wraz z Luxemburgiem w nerwicach; że wreszcie zdarza się częstokroć u suchotników, choćby blado wyglądających. Znalezienie go w ostatnich czasach u ludzi sinych z dużą śledzioną, nie uprawnia bynajmniej do uważania go za odrębną chorobę. Przypadki te uważałby mowca za białaczkę wrzekomą (*pseudoleukaemia*), od której, zdaniem jego, ani klinicznie, ani anatomicznie się nie różnią, a jeżeli obraz krwi miałby tu być na pozór czemś nowem, to jedynie dlatego, że wogóle dawniej w przypadkach tych niedość zajmowano się dokładnem zbadaniem stanu krwi. Wartość wreszcie tego objawu, jakim jest »wzmożenie« ilości ciałek krwi, jest zdaniem mowcy rzeczą względną, gdyż wzmożenie jej w 1 mm.³ nie oznacza wzmożenia w całem łożu krwi. Jeżeli n. p. w cholerze znajdujemy wzmożoną ilość ciałek czerwonych w 1 mm.³, to nikt nie pomyśli, ażeby to miał być wynik »nowotworzenia«. Podobnie, jeśli

u człowieka, wznoszącego się balonem, znajdujemy wzmożoną ilość ciałek czerwonych, nie będzie to wynikiem nowotworzenia, ale innego rozprowadzenia krwi w ustroju. Jak wielkie znaczenie mogą tu mieć wpływy naczyniowe, nawet przelotne, wykazuje m. i. kol. Hołobut w swej pracy. Wystarczy wstrzyknięcie adrenaliny, aby wywołać poliglobulię, bez jakiegokolwiek »nowotworzenia«. Brak nam zaś metody tak do śledzenia mechanizmu tej sprawy, jak przekonania się, kiedy jest tylko rzekome, a kiedy istotne pomnożenie ilości ciałek krwi w całym ustroju. Stąd też jest, zdaniem mowcy, zupełnie fałszywem wysnuwanie wniosków leczniczych tego rodzaju, jak upuszczanie krwi choremu, który rzekomo ma jej za dużo, gdy przeciwnie, może jej mieć w swym ustroju za mało.

Kol. prof. Gluziński zaznacza przedewszystkiem, że co się tyczy istoty cierpienia, o którem mowa, to była ona obszernie omawianą przy sposobności pierwszego wystąpienia kol. Renckiego z tą sprawą w Tow. Lek. i zwraca uwagę kol. Biernackiego, że nie chodzi tu o samo tylko pomnożenie ilości ciałek czerwonych w 1 mm.^{3}, ale o rzecz daleko ważniejszą, bo o warunki, które ten objaw wywołały. A mianowicie znajdujemy dowody, że w cierpieniu omawianem istnieje podrażnienie szpiku kostnego, i to zarówno substancyi erytroblastycznej, jak i leukoblastycznej (ciałka czerwone jądrzaste, leukocytoza neutrofilna i t. d.). Stąd nadano temu cierpieniu nazwę *»polycythaemia myelopathica«*. Należy zrozumieć, że zwiększenie ilości czerwonych ciałek, jest tu uważane za objaw, a nie za chorobę, i nie należy jej mieszać ze wzmożeniem ilości w stanach, o których wspomina kol. Biernacki, co jest zresztą rzeczą ogólnie znaną. Inna rzecz, że omawianego cierpienia nie uważa mowca za chorobę *per se*, i że spodziewa się stan ten znaleźć pod wpływem rozmaitych, różniących się między sobą czynników chorobowych, na dowód czego przedstawiał w tem Towarzystwie chorego z marskością wątroby, gdzie również istniały objawy podrażnienia szpiku kostnego. Mowca twierdził już wówczas, że ani sinica, ani powiększenie śledziony, nie jest dla tego cierpienia cechującem, a jedynie stan krwi i to w nim objawy zadrażnienia narządów krwiotwórczych. Nawet więc wzmożona ilość ciałek czerwonych nie może być objawem stałym, gdyż mogą być okresy, w których wskutek pewnych wpływów ilość ta spada znacznie, jak w przypadku, ogłoszonym z kliniki lekarskiej przez kol. Schneidra, w którym ilość ciałek czerwonych z 7 milionów spadała w miarę rozwijającej się gruźlicy, tak, że zamiast poliglobulii z biegiem czasu wystąpiła nawet oligocytemia, objawy jednak podrażnienia szpiku kostnego rosły coraz bardziej.

Kol. Rencki wyjaśnia, że nie miał zamiaru szczegółowego omawiania policytemii, ani okoliczności, wśród których znajdowano we krwi wzmożoną ilość ciałek czerwonych, uczynił to bowiem szczegółowo na posiedzeniu Tow. lek. w czerwcu b. r. i ogłosił drukiem w »Tygodniku lek.«. Do przedstawionych poprzednio trzech dołącza tylko obecnie dwa nowe przypadki, które pomimo, że na pierwszy rzut oka różnią się od siebie, powinny być zaliczone do grupy policytemii pochodzenia szpikowego (*polycythaemia myelopathica*). Przemawiają za tem ściślejsze badania krwi, które stwierdziły obecność podrażnienia szpiku kostnego (ciałka cz. jądrzaste, myel. neutrofilne, zwiększenie ilości komórek eozynochłonnych i tucznych). Wyróżnienie tej nowej grupy chorobowej nie jest więc wynikiem kierunku wyszukiwania nowych postaci chorobowych, ale koniecznem następstwem szczegółowego badania i rozwoju badań histologicznych krwi w kilku ostatnich latach. Dzisiaj już wszyscy autorowie wyróżniają tę postać policytemii, a w ostatnich czasach autorowie angielscy i niedawno temu Senator, zajmując się nią szczegółowo, mówią wprost o niej, jako o odrębnej jednostce chorobowej. Przemawiają za tem opisane w nowszem piśmiennictwie hematologicznem spostrzeżenia anatomiczne, które stwierdziły obecność szpiku czerwonego w kościach długich, przemianę myeloidową śledziony, — okoliczności, niestwierdzone dotąd przy zwiększeniu ilości ciałek czerwonych w stanach, o których wspomina kol. Biernacki. Badania anatomiczne stwierdziły nadto w niektórych przypadkach obecność rzeczywistej krwistości (*plethora vera*), którą szczegółowo opisują Hutchinson, Hirschfeld i i. Że podobne do przedstawionych przez mowcę przypadki mogły dawniej ujść rozpoznaniu, i że wliczano je niesłusznie do białaczki rzekomej, to zdaniem mowcy wina niedokładnych badań ówczesnych, które ograniczały się tylko do obliczania liczby ciałek czerwonych, a nie uwzględniały należycie badań histologicznych krwi.

Kol. Biernacki nie przeczy możliwości istnienia w tych razach bezwzględnie zwiększonej liczby ciałek krwi, co się jednak tyczy objawów podrażnienia szpiku, to, zdaniem jego znajduje się je w różnych innych stanach, nawet przy wzniesieniu się w górne warstwy powietrza, jak i w zatruciu tlenkiem węgla (ciałka czerwone jądrzaste).

Kol. Stauber zapytuje prelegenta, czy w przypadkach przedstawionych obok innych sposobów leczniczych, próbowano naświetlania promieniami Roentgena, na co odpowiada kol. Rencki, że leczenie to stosował w dawniejszych przypadkach, nie dało ono wszakże żadnych pomyślnych wyników.

Sekretarz: *Witołd Ziembicki.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Auspicya r. 1907. Pod tym tytułem ogłasza prezydent »Państwowego Związku organizacyi lekarskich austr.«, dr Janeczek, obszerne uwagi, których treść jest następująca:

W jesieni r. 1903 zawiązała się »Organizacya lekarzy dolnoaustryackich«, pierwsza tego rodzaju w Austryi. Pożytku i potrzeby takiej organizacyi dowodzi najlepiej to, że od owego czasu powstało 18 organizacyi na wzór dolnoaustryackiej, w końcu nawet w Wiedniu, gdzie trudności były bardzo wielkie. Choć późno, zrozumieli jednak lekarze, że w sprawach zawodowych uzyskać można coś tylko zbiorowem działaniem wszystkich lekarzy, pozostawiając na boku różnice polityczne, wyznaniowe itd. Zjednoczenie tych organizacyi w »Związku państwowym« w r. 1906 było naturalnym i koniecznym skutkiem. Zadaniem tego Związku jest walka w dwóch kierunkach. Przedewszystkiem o poprawę bytu materyalnego stanu lekarskiego. Wytrwała walka lekarzy dolnoaustryackich i niezłomna ich solidarność, dowodzą, że byt lekarzy jest istotnie jaknajgorszy, boć inaczej nie zdobyliby się lekarze w walce o jego poprawę ani na taką solidarność, ani na taką wytrwałość. Zwycięstwo, które lekarze dolnoaustr. w końcu napewno odniosą, będzie początkiem zwycięstw w tych krajach koronnych, gdzie lekarze napróżno dotąd domagają się zabezpieczenia swych wdów i sierot, ubezpieczenia na starość i nowoczesnym wymaganiom odpowiadającej ustawy sanitarnej. Zwycięstwa te będą oczywiście łatwiejsze, niż to pierwsze, o które za siebie i za wszystkich lekarzy austryackich walczą lekarze w Austryi Dolnej. — Drugiem zadaniem »Związku« jest podniesienie społecznoetycznego stanowiska stanu lekarskiego. Poważanie dla swego zawodu i stanowiska zyskuje w społeczeństwie każdy prawnik, każdy przyrodnik, humanista i t. d., skoro tylko ukończywszy studya, spełnia samodzielnie w swoim zakresie społeczne obowiązki swego zawodu. Takiego stanowiska w społeczeństwie nie ma jednak lekarz nietylko, rozpoczynając samodzielną działalność, ale nawet po wieloletniej dla społeczeństwa pracy; przeciwnie, stan lekarski nieraz jest lekceważony przez tych właśnie, którzy tylko lekarzom zawdzięczają swe zdrowie, albo nawet życie. »Związek« powinien więc wywalczyć lekarzom w społeczeństwie takie stanowisko, jakie mają inne zawody, oparte na studyach uniwersyteckich. Zadanie Związku utrudnia wprawdzie opozycya nietylko zewnętrzna, ale i w szeregach samychże lekarzy. Jednakże »Związek« opozycyą tą się nie zraża; przeciwnie, uważa, że opozycya jest czynnikiem pożądanym, gdyż zmuszając do baczności, chroni od popadania w błędy. Takim błędem byłoby usiłowanie ściślejszego połączenia »Związku« austryackiego z niemieckim »Związkiem lipskim« już obecnie, gdy organizacye austryackie jeszcze nie są tak ściśle i potężne, jak niemieckie, i gdy dążenie do takiego połączenia wyglądaćby mogło nie na układ równych z równymi, ale na żebraninę słabszych u mocniejszego. Takim błędem byłoby także pozostawienie poszczególnych organizacyi krajowych samym sobie i odłożenie lub zaniechanie połączenia ich w »Związek państwowy«; przyjdzie bowiem czas, gdy lekarze wystąpią z żądaniami wobec rządu centralnego, a wtedy tylko silny ogólnopaństwowy Związek będzie mógł wywrzeć na rząd odpowiedni nacisk. Tę siłę »Związkowi« nadać przez ścisłą organizacyę powinna gorliwa praca w roku 1907; z końcem roku 1907 powinni już zorganizowani lekarze tworzyć wpływowy czynnik w państwie austryackiem.

Austryacka ustawa o zabezpieczeniu urzędników prywatnych uzyskała sankcyę. Ustawa ta, mająca wejść w życie dopiero 1 stycznia 1909, obchodzi także i lekarzy, zajmujących rozmaite posady prywatne, a także takie posady gminne

i krajowe, które dotychczas nie dawały prawa do emerytury. Według tej ustawy prawo do emerytury oraz pensyi wdowich daje dopiero 10-letnia nieprzerwana służba; przed upływem lat 10 daje niezdolność do pracy prawo do jednorazowej odprawy. Po upływie lat 10 rentę dla niezdolnych do pracy podzielono na 6 grup: I. (poprzednia płaca 600—900 K.) 180 K. rocznie; II. (do 1200 K.) 270 K.; III. (do 1800 K.) 360 K.; IV. (do 2400 K.) 540 K.; V. (do 3000 K.) 720 K.; VI. (ponad 3000 K.) 900 K. Przy obliczaniu wlicza się dodatki aktywalne i kwaterunkowe do płacy. Renta rośnie z każdym rokiem ubezpieczenia, zależnie od grupy, o 9—45 K. rocznie; po 40 latach ubezpieczenia otrzymuje każdy, choćby był jeszcze do pracy zdolny, pełną rentę dożywotnią, opartą na tem samem obliczeniu (więc np. w I. grupie 460 K., w V. 1800 K. rocznie). Renta wdowia wynosi połowę renty, którąby przypadała mężowi; renta sierót po śmierci ojca $^{1}/_{3}$, po śmierci obojga rodziców $^{2}/_{3}$ renty podstawowej. Premie opłacane w $^{1}/_{3}$ przez ubezpieczonych, a w $^{2}/_{3}$ przez pracodawców, wynoszą miesięcznie w I. grupie 6 K., w II. 9, w III. 12, w IV. 18, w V. 24, w VI. 30. Ubezpieczeniu podlegają wszystkie osoby od 18 do 55 r. ż., pozostające w służbie za wynagrodzeniem miesięcznem lub rocznem, wynoszącem przynajmniej 600 K. rocznie; od ubezpieczenia państwowego wolni są tylko ci, którzy już mają zapewnioną emeryturę, nie mniejszą od państwowej. Zarząd główny państwowych ubezpieczeń znajdować się będzie w Wiedniu, zarządy filialne w każdym kraju koronnym. *R.*

Projekt ubezpieczenia lekarzy okręgowych i ich rodzin przedłoży Wydział krajowy galicyjski Sejmowi w lutym 1907 r.

O ubezpieczeniu lekarzy, kasach przezorności i t. d. zdawać będzie na styczniowem zebraniu »Stowarzyszenia lekarzy polskich« w Warszawie dr Józef Zawadzki, który celem zebrania materyału prosi niniejszem wszystkich kolegów o nadesłanie mu w ciągu 2 tygodni (Warszawa, Szkolna 8) bezimiennych danych co do następujących pytań: 1) Wiek lekarza; 2) czy ubezpieczony na życie, w którym roku życia, na jaką sumę i za jaką roczną opłatą; 3) czy należy do Kasy oszczędności i jakiej, od jakiego czasu i za jaką roczną opłatą; 4) tosamo co do kasy pogrzebowej; 5) ogólny dochód roczny; 6) ile mógłby rocznie płacić do kasy przezorności. *R.*

„Ekonomiczna organizacya lekarzy wiedeńskich" zawiązała się 19/XII 1906, uchwalając odrazu przystąpić do »Państwowego związku organizacyi lek. austr.«. Prezesem wybrano dra L. Skorschebana.

Dolno-austryaccy lekarze gminni z okręgów Melk, Mank i Ybbs uchwalili 15/XII 1906 stosownie do swego dawniejszego postanowienia prosić prezydyum organizacyi, aby wypowiedziała wszystkie posady gminne z d. 1 stycznia 1907.

Izba lekarska dolno-austryacka zażądała od ministerstwa spraw wewn., aby nakazało lekarzom rządowym (jak wiadomo, niepodlegającym Izbom), by w praktyce prywatnej przestrzegali wydanych przez Izbę przepisów i aby zakazało im przyjmować posady lekarzy kolejowych, szpitalnych, kas chorych itd. Z 23 rządowych lekarzy powiatowych w Austryi dolnej zajmuje 13 takie posady, przyjmując je nieraz na warunkach gorszych, niż Izba zezwala lekarzom, sobie podwładnym, i w ten sposób współzawodnicząc z innymi lekarzami w sposób niewłaściwy. Jeden np. z lekarzy rządowych przez czas jakiś był lekarzem kolejowym za... prawo wolnej jazdy. *R.*

Przeciw kasie majsterskiej, utworzonej w Nowym Sączu, wystąpili tamtejsi lekarze, ogłaszając w miejscowem piśmie »Rozwój«, że posady w tej kasie nie przyjmą, a lekarza, któryby ją przyjął, zbojkotują. Redakcya »Rozwoju« i korespondent »Słowa polskiego« (Nr 589) są »rozczarowani« tem wystąpieniem lekarzy, jakoby utrudniającem »dążenia do wytworzenia u nas silnego, zamożnego i uświadomionego stanu średniego«! *R.*

Warszawski komitet pomocy koleżeńskiej dla rodzin lekarzy, powołanych na wojnę rosyjsko-japońską, ogłosił obszerne sprawozdanie ze swych czynności (*Gaz. lek.* 50, 1906). Zasługa utworzenia komitetu przypada dr Kazimierzowi Rzętkowskiemu, który też przez cały czas działalności komitetu (25 miesięcy) był jego sekretarzem. Przez ten czas udzielono pomocy w formie bezterminowych i bezprocentowych pożyczek 30 rodzinom lekarzy (20 z Warszawy, 10 z prowincyi). Zapomogi wahały się od 40 do 70 rb. miesięcznie, udzielane były średnio przez 8,4 miesięcy. W składkach uczestniczyło 422 lekarzy warszawskich; lekarze poznańscy nadesłali za pośrednictwem dr Fr. Chłapowskiego przeszło 300 rbl.; »koledzy galicyjscy nie przyjęli w akcyi żadnego żywszego udziału«. Wogóle zebrano 13,595 rbl., wydano na zapomogi 11,942 rbl. Pozostałość, oraz napływające zwroty zapomóg przelane będą do Kasy wsparcia wdów i sierot po lekarzach. — Oprócz komitetu warszawskiego i niezależnie od niego działały komitety pomocy koleżeńskiej w Łodzi, Częstochowie, a w mniejszym zakresie w Kaliszu i w Radomiu. *R.*

Felczerzy w Królestwie nie przestają krzątać się około obrony szkoły felczerskiej warszawskiej, którą lekarze radzą zupełnie zwinąć. W »Przeglądzie felczerskim« (Nr 24) zabrał w tej sprawie głos, tym razem spokojnie i poważnie, p. Heller z Łodzi, zalecając zwrócić się wprost do ministeryum spraw wewn. o poparcie, a przedewszystkiem o powołanie do komisyi, mającej zreformować szkołę warszawską, także samychże felczerów. W Łodzi powstał »Związek felczerów«, pierwszy w Polsce; prezesem jego jest W. Maciejewski, wiceprezesem H. Suszkiewicz, sekretarzem Kinast. »Związek« liczy 32 członków. Dyskusya w sprawie felczerów przeniosła się do pracy politycznej; za utrzymaniem instytucyi felczerów i szkoły felczerskiej oświadcza się np. »Dziennik powszechny« (Nr 323). *R.*

Serwilizm lekarzy wobec chorych omawia dr Langie w zajmującym szkicu w »Głosie lekarzy« (Nr 23), kładąc nacisk oczywiście na te głównie przypadki, gdzie nadmierna usłużność lekarza wcale nie jest konieczna, ani dobrem chorych wskazana. Jako przykłady wymienia L.: ordynowanie w godzinach niezwykłych jedynie dla zadowolenia kaprysów chorego, stratę czasu bez osobnego wynagrodzenia, gdy chory (np. obywatel na wsi), zajęty czem innem, zmusza lekarza czekać na siebie, przyjmowanie wynagrodzenia w sekrecie, jakby napiwku, nieupominanie się o zaległe wynagrodzenie, leczenie służby takich chorych, którzy sami leczą się u innych. »lepszych« lekarzy, bezpłatne leczenie ubogich chorych na żądanie osób wpływowych, ustępstwa drobniejsze w ordynacyi leków, formułowaniu świadectw lekarskich i t. d., rozmowa z chorymi w języku obcym, choć oni władają jako tako polskim i t. d. Dr Langie nie porusza środków zaradczych na te, powagę stanu lekarskiego nieraz niemało obniżające ustępstwa. Na niektóre z nich trudno też znaleźć radę, dopóki nauczycielką lekarzy jest gorzka walka o chleb, zaostrzona nieraz niezbyt szlachetnem współzawodnictwem. Ale na inne możeby pomogło podniesienie się wśród lekarzy poczucia godności zawodowej. W tym kierunku mają do działania pole ci, którzy wychowują młodzież lekarską, wszelakie organizacye zawodowe, towarzystwa lekarskie i prasa lekarska. Samo już publiczne omawianie takich n. p. nadmiernych, a niepotrzebnych ustępstw nie jest bez korzyści i może zwolna stać się jednem ze źródeł naprawy. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 23. do 29. grudnia 1906 doniesiono o 19 nowych przypadkach duru plamistego w 6 gminach, a mianowicie pow. Horodenka (Dąbki 1, Horodenka 9, Jasienów polny 5), Lisko (Radziejowa 1), Podhajce (Podhajce 2), Rawa (Potylicz 1). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 16 a 22/XII 1906 urodziło się dzieci żywo 47, nieżywo 4; zmarło osób 45 (obcych 14), z tego z gruźlicy 10 (2), zapalenia płuc 3 (1), błonicy 1 (1), krztuśca 1, odry 1, cholery niemowląt 1, zakażenia przyrannego 3 (1), śmiercią gwałtowną 1 (1). — Między 23 a 29/XII 1906 urodziło się dzieci żywo 60, nieżywo 3; zmarło osób 44 (obcych 15), z tego z gruźlicy 15 (5), zapalenia płuc 3 (1), błonicy 2 (2), płonicy 1, duru osutkowego 2 (2), innych chorób zakaźnych 1 (1), śmiercią gwałtowną 2.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbył 21/XII. 1906 posiedzenie, na którem delegat Izby na konferencyę w sprawie emerytur lekarzy okręgowych zdał sprawę z obrad, odbytych we Lwowie wspólnie z delegatami Izby wschodnio-galicyjskiej i komitetu lekarzy okręgowych. Następnie załatwiono taryfę za czynności lekarskie, proponowaną przez Sekcyę Jarosławską Towarzystwa lekarzy galicyjskich ze zmianą jednego ustępu. Powzięto uchwały w kilku sprawach bieżących i przyznano zapomogi: jednemu lekarzowi, 4 wdowom po lekarzach i sierotom po zmarłym niedawno koledze w łącznej kwocie 800 koron.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschod.-galicyjskiej odbył w dniu 29. grudnia 1906 r. posiedzenie, na którem uchwalono zwołać pełną Izbę na dzień 26 stycznia 1907 o g. 5 wieczorem, zatwierdzono przedłożoną przez Sekcyę Jarosławską Tow. lekarzy gal. taryfę lekarską, poprawioną w myśl poprzednio udzielonych wskazówek Izby, wreszcie przyjęto wypracowany przez dra Mikołajskiego memoryał do Wydziału krajowego w sprawie utworzenia funduszu emerytalnego dla lekarzy okręgowych.

— Zarząd miasta zajął się energicznie poprawą stosunków sanitarnych. Zbadawszy zakłady humanitarne miejskie przez osobną komisyę lekarską, uchwaliła sekcya IV Rady miasta na posiedzeniach w d. 30/XI., 5. i 11/XII. 1906 niezwłoczne rozszerzenie i asanizacyę miejskiego zakładu dla nieuleczalnych, rozszerzenie zakładu dla brata Alberta, zakładu sierót i ochronek, zapewnienie stałej dostatecznej opieki lekarskiej w tych zakładach. W aresztach miejskich ma być zaprowadzoną codzienna wizyta lekarska, odosobnienie podejrzanych o choroby zakaźne, staranne odkażanie; mają też one otrzymać nowy, odpowiedni budynek. Pomoc w nagłych przypadkach będzie sprawniejszą wskutek rozmaitych ułatwień, udzielonych przez miasto Towarzystwu ratunkowemu, zaopatrzenia lekarzy miejskich kosztem gminy w niezbędne przyrządy i t. d. Poruszono też myśl urządzenia filii stacyi ratunkowej, objęcia tych stacyi przez miasto i urządzenia kosztem miasta nocnych dyżurów lekarskich. Wypracowanym będzie projekt organizacyi służby sanitarnej i nowego statutu fizykatu miejskiego. Zbadano też zapomocą niespodziewanych nocnych rewizyi stan sanitarny 114 piekarni, znajdujących się w mieście, a wyniki tych badań opracował fizyk m. dr Legeżyński (»Dziennik lwowski« 1906, Nr 12). Znaczna część piekarni ($^1/_3$) znajduje się w suterenach; niedostateczne oświetlenie stwierdzono w 24 piekarniach (z tych 17 w suterenach), brak dostatecznej wentylacyi w 60, nieodpowiednią (drewnianą) podłogę w 18, niechlujne utrzymywanie podłogi w 39, naczyń w 32, brak ławek dla wypoczynku robotników w 94, sypianie czeladzi w piekarni w 7, brak izb wypocynkowych dla czeladzi w 84; 8 piekarni należało natychmiast zamknąć. Za wystarczający środek zaradczy uważa dr Legeżyński wprowadzenie w mieście przepisów co do udzielania konsensów na piekarnie, opracowanych przez krajową Radę zdrowia (Ok. Nam. z 6/I. 1894 L. 32,373).

— Doc. dr Gońka mianowany został dyrektorem uniwersyteckiego zakładu dentystycznego.

— Dyplomy doktorów wsz. n. lekarskich otrzymali pp. Eliasz Markon rodem z Łucka w Rosyi i Wilhelm Prokocimer rodem ze Lwowa.

Warszawa. Z powodu (wspomnianego w Nr 50 »Przegl. lek.«) rozporządzenia jenerałgubernatora kaliskiego, które narusza obowiązek tajemnicy lekarskiej, orzekło 19/XII. Tow. lekarskie łódzkie, — jak donoszą dzienniki —, że tajemnica lekarska obowiązuje lekarzy zawsze i wszędzie i uchwałę tę przesłać miało wszystkim Towarzystwom lekarskim w Królestwie.

— Rada uniwersytetu warszawskiego przyznała na wniosek wydziału lekarskiego nagrodę Chojnackiego (900 rb.) dr Stanisławowi Gałeckiemu za pracę popularną p. t. »Wykład o suchotach płucnych«.

Z różnych stron. Lekarze berlińscy uchwalili podnieść honorarya w praktyce prywatnej od 1. stycznia 1907. Uchwała zapadła na posiedzeniu delegatów 34 towarzystw lekarskich, przedstawiających razem 2,647 członków.

— W uniwersytecie Johna Hopkinsa zreformowano za staraniem wybitnego chirurga amerykańskiego, Harveya Cushinga, nauczanie chirurgii operacyjnej, kładąc główny nacisk na operacye na zwierzętach, przez co uczniowie zyskują wprawę w aseptyce i t. d. Tego sposobu nauczania próbował Cushing od lat 5 na małą skalę, a wyniki były tak dobre, że obecnie na ten cel przeznaczono połowę nowo zbudowanego »Hunterian Laboratory of Experimental Medicine«, gdzie z ćwiczeń operacyjnych na zwierzętach może korzystać naraz już 80 uczniów.

— Trybunał cywilny paryski przysądził pewnej mamce, zarażonej kiłą od niemowlęcia, 20,000 fr. odszkodowania.

— Na zakład badania raka w Paryżu ofiarował tamtejszy bankier Bischofsheimer milion franków.

— Dyplom doktorski uzyskała w petersburskiej akademii wojskowo-lekarskiej po raz pierwszy kobieta, lekarka pani Wlassow-Horowitzówna.

— Uroczyste posiedzenia dla uczczenia pamięci Pirogowa w Kijowie i Kazaniu nie mogły się odbyć wskutek zakazu policyjnego.

— Najwyższe znane dotąd honoraryum lekarskie (150,000 koron) ofiarował ateński bankier Pesmazoglu temu, kto go wyleczy z białaczki. Prof. Noorden z Wiednia i jeden z profesorów paryskich podobno odrzucili to honoraryum i odmówili przyjazdu, uznając stan za beznadziejny na podstawie sprawozdania lekarzy ateńskich. Mniej skrupułów okazał jednak jeden z lekarzy lyońskich....

Mianowani: prof. Krehl ze Strassburga następcą Erba na katedrze med. wewnętrznej w Heidelbergu, a prof. Moritz z Giessen następcą Krehla w Strassburgu.

Powołani: na katedrę pedyatryi w Heidelbergu (po Vierordtcie) *aequo loco* doc. Feer z Bazylei i prof. Finkelstein z Berlina.

Zmarli: w Monachium chemik prof. Koenigs w 55 r. ż.; we Wrocławiu farmakolog prof. Buchwald w 61 r. ż.; we Florencyi pedyatrya doc. Celoni.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: *Gazeta lekarska Nr 50:* Sabatowski: O klinicznej wartości podawania cukru lewozwrotnego dla ocenienia sprawności wątroby. Wretowski (c. d.). Męczkowski, Bełkowski, Kijewski (dok.). — *Postęp okulistyczny 1906 Nr 11:* Rumszewicz: O szklistem zwyrodnieniu spojówki. — *Zdrowie 1906 Z. 12:* Wernic: Zasadnicze postulaty higieny szkolnej. Kozłowski W. R.: Sprawa ogrodów dziecięcych zagranicą w obecnej chwili. Kon: Walka ze śmiertelnością niemowląt w Łodzi.

Redakcya otrzymała: Bogdanik: 1. Eine neue Darmklemme. »Wiener med. Wochs.« 1906. 2. Üb. widernatürlichen After nach eingeklemmten Brüchen. »Wien. med. Presse« 1906. — Żalplachta: 1. Un caz de psichoza basedowiana sub forma de confuziune mentala. »Spitalul« 1906. 2. Contribution à l'étude anat.-path. de le démence précoce. »Revista stiintelor medicale« 1906. 3. (wspólnie z Parhonem i Shunda): Deux cas d'achondroplasie. »Nouv. Icon. de la Salpetr.« 1905. — Edward Krzyżanowski: Regulamin w sprawie najmu mieszkań w zdrojowisku Truskawcu. »Przegl. higien.« 1906.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie administracyjne Tow. lekarskiego krak. odbędzie się we środę d. 9. stycznia 1907 o godzinie 6 wieczorem w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Sprawozdanie Zarządu za rok 1906.

Kleszczami zamkniętemi dokonujemy pociągnięcia próbnego, a skoro się okaże, że kleszcze dobrze nałożono, pociągamy twarz wśród bolów ku sobie tak długo, aż bródka ukaże się pod spojeniem łonowem. Skoro to nastąpi, przechodzimy na lewy bok rodzącej i unosząc trzonki kleszczy silnie ku górze i brzuchowi rodzącej, wytaczamy zwolna, bacząc na krocze, po wędzidełku czoło płodu, szczyt główki i potylicę.

Jeżeli wskazanie do ukończenia porodu powstanie przy położeniu twarzowem w chwili niezupełnego dokonania zwrotu obwódki, to znaczy, gdy jeszcze twarz stoi w wymiarze ukośnym, natenczas zakładamy kleszcze w wymiarze ukośnym przeciwnym i pociągając kleszczami, równocześnie zwracamy bródkę pod spojenie łonowe. Gdy to już nastąpi, dalszy poród przeprowadzamy, jak poprzednio opisałem.

Z obowiązku piśmienniczego wspomnieć muszę, że nie brakło prób, aby przy nieprawidłowym zwrocie twarzy uniknąć wymóżdżenia płodu żywego w tych przypadkach, w których ukończenie porodu jest wskazane, a zabieg Vollanda zawodzi. Próba ta polega na dwurazowem nałożeniu kleszczy według Scanzoniego, podobnie jak to podałem w wykładzie o położeniach ciemieniowych. Operacya ta jest jednak dla matki bardzo niebezpieczna, gdyż przy dokonywaniu tak dużego zwrotu główki nawet bardzo wprawni operatorowie przedzierali dolny odcinek macicy. Operacyi tej wobec tego zalecać nie mogę i nawet nie uważam za właściwe jej na bałwanie (fantomie) pokazywać.

Postępowanie przy położeniach czołowych musi być, jak już wspomniałem, inne, niż przy położeniach twarzowych. I tak, skoro stwierdzimy położenie czołowe w pierwszym okresie porodu przy pęcherzu stojącym, a główce nieustalonej, powinniśmy starać się przez ułożenie rodzącej zmienić położenie czołowe na położenie czaszkowe. Wiemy, że położenie czołowe zmienia się często samorodnie, albo na położenie czaszkowe, albo też na położenie twarzowe; ponieważ zaś to pierwsze jest dla porodu korzystniejsze, dlatego przez ułożenie rodzącej na ten bok, gdzie leży potylica, staramy się ułatwić zmianę na położenie czaszkowe. Gdy przez ułożenie rodzącej nie uzyskamy zmiany położenia, a okres pierwszy już się ukończy, powinniśmy jednym z zabiegów, opisanych przy zmianie położenia twarzowego na czaszkowe, a w pierwszym rzędzie zabiegiem Thorna, starać się tę zmianę wywołać. Gdy zaś i ta próba zawiedzie, to wtedy będzie zupełnie usprawiedliwionym niezwłoczny obrót na nóżki. Tak samo postąpimy, jeżeli znajdziemy się przy porodzie czołowym w drugim okresie porodu, gdzie jednak główka nie będzie jeszcze wklinowana, gdzie ruchomość płodu będzie wystarczająca, gdzie dolny odcinek nie będzie ani rozciągnięty, ani nieprawidłowo obkurczony.

W tych przypadkach, w których pomocy naszej wzywa rodząca dopiero wtedy, kiedy czoło się już ustaliło, postępowanie nasze powinno być do ostatecznych granic wyczekujące. W razie poważnego wskazania do ukończenia porodu, możemy poród czołowy ukończyć kleszczami, ale tylko w tych przypadkach, w których zwrot prawidłowy mechanizmu czołowego jest już dokonany, lub dokonywa się. Jeżeli zaś czoło stoi poprzecznie, lub też jeżeli oczodoły zwracają się ku tyłowi, nie wolno bezwarunkowo kończyć porodu kleszczami. Skoro w takich przypadkach nie dopomoże do prawidłowego zwrotu ułożenie rodzącej lub zabieg Vollanda, a ze względu na matkę trzeba ukończyć poród, to poświęcimy dziecko i wykonamy wymóżdżenie.

Kleszcze przy położeniu czołowem i zwrocie dokonanym zakładamy tak samo, jak przy położeniu twarzowem. Pociągać kleszcze będziemy ku sobie tak długo, aż oczodoły oprą się o dolny brzeg spojenia łonowego; w chwili tej przechodzimy na bok lewy rodzącej i unosząc łyżki kleszczy silnie ku górze i ku brzuchowi rodzącej wytaczamy po wędzidełku szczyt główki i potylicę; w końcu przez obniżenie trzonków kleszczy ku dołowi, wytaczamy resztę twarzy z pod spojenia łonowego.

Z kliniki chirurgicznej Uniw. Jag. prof. Kadera w Krakowie.

O wycinaniu zwężeń cewki moczowej.

Napisał

Feliks Majewski

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy.)

Zwężenia tryprowe występują w różnych częściach przedniego odcinka cewki, przeważnie jednak ulegają tej zmianie pewne tylko miejsca cewki, w niektórych natomiast, jak n. p. w części błoniastej lub krokowej, nie występują prawie nigdy. W ogromnej większości przypadków zwężenia na tle tryprowem bywają mnogie (Thompson), najczęściej jednak, a nawet, jak utrzymują inni (Guyon), prawie zawsze, zajmują one część cewki opuszkową. Część ta jest nietylko miejscem, w którem zwężenie tryprowe najczęściej występuje, ale w niem też dosięga ono najwyższych stopni (Nr 1 i 2).

Bez porównania prędzej, niż tryprowe, rozwijają się zwężenia pourazowe. Wystarcza na to zwykle kilka miesięcy (Nr 3 i 4). Pod wpływem doznanego urazu część tkanki cewkowej na mniejszej lub większej przestrzeni obumiera i nasiąka krwią, która zawsze obficie występuje z otaczającego cewkę ciała jamistego lub z otaczających naczyń krwionośnych tam, gdzie ciała jamistego nie ma. Zakażenie w ten sposób uszkodzonej cewki jest prawie nieuniknione, jeżeli nie przez ranę zewnętrzną, to od wnętrza, dzięki drobnoustrojom, stale cewkę zamieszkującym. Sprzyja zakażeniu wstąpienie moczu w obręb urazowego ogniska. Z tego powodu zamiast takiej, jak w przebiegu trypra, przewlekłej sprawy przeistaczania się ognisk zakaźnych i ropnych na blizny łącznotkankowe, mamy do czynienia z ostrym ubytkiem tkanki, wywołanym przez uraz i następowe zakażenie. W tych razach bądź wskutek zabiegu chirurgicznego, bądź też przebiegu samej sprawy chorobowej, tkanki obumarłe oddzielają się, a na ich miejsce szybko powstaje ziarnina, konsolidująca się w ciągu kilku miesięcy w bliznę, stanowiącą istotę urazowego zwężenia. W dwóch takich przypadkach spostrzeganych w klinice krakowskiej, objawy zwężenia pojawiły się po upływie miesiąca do 6 tygodni od urazu (Nr 3 i 4).

Siedziba zranień zależna jest oczywiście zupełnie od przyczyny, wywołującej uraz i od towarzyszących mu okoliczności, jakoto: uderzenie, upadek lub przejechanie, kształt

Rok XLVI. Kraków, dnia 12. stycznia 1907. Nr 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Postępowanie lekarza przy położeniach twarzowych i czołowych.

Wykład

dra Stanisława Dobrowolskiego,
doc. pryw. położnictwa i ginekologii w Uniw. Jagiell.

(Dokończenie.)

Zabieg Thorna, użyty przy właściwych wskazaniach i warunkach, daje wyniki na ogół dobre. Opitz w zestawieniu z kliniki ruchomej berlińskiej naliczył 76% wyników dodatnich.

Chcąc dać jasne wskazówki, kiedy zabiegu Thorna wolno użyć z nadzieją dodatniego wyniku, zestawię warunki i przeciwwskazania tej operacyi:

1) Zabiegu tego powinniśmy używać tylko przy ujściu albo zupełnie rozwartem, albo rozwartem conajmniej na dłoń i to przy utrzymanej ruchomości płodu.

2) Zabieg ten wykonuje się tylko w uśpieniu i oczywiście tylko w przerwach między bolami porodowymi.

3) Przy dokonywaniu zabiegu nie wolno bezwarunkowo używać większej siły.

4) Zabiegu tego nie należy wcale próbować przy znaczniejszych ścieśnieniach miednicy, przy wypadaniu pępowiny, przy łożysku przodującem, lub nizko usadowionem, przy rozciągnięciu dolnego odcinka, ani wreszcie przy nieprawidłowych skurczach dolnego odcinka, dosyć często zdarzających się przy porodach twarzowych i czołowych.

Jeżeli zabieg Thorna się nie uda, co może się przydarzyć nawet w przypadkach właściwie do zabiegu dobranych, powinniśmy dalszy poród pozostawić siłom przyrody w mechanizmie twarzowym, a nie należy bez szczególnych wskazań dokonywać obrotu na nóżki.

Położenie twarzowe samo przez się nigdy nie daje wskazania do obrotu na nóżki. Do takiej zmiany położenia płodu możemy przystąpić, kierując się tylko temi samemi wskazaniami, jakie obowiązują przy zamianie położeń czaszkowych na położenia nóżkowe.

W przypadkach tych położeń twarzowych, gdzie zamiana ich na położenia czaszkowe jest przeciwwskazana, lub już niewykonalna, powinniśmy się zachować ściśle wyczekująco. Będziemy pilnie nadzorować, jak przy każdym porodzie, stan matki i płodu, a prócz tego zwrócimy baczną uwagę na przebieg mechanizmu porodu. Jeżeli poród wolno postępuje wskutek niedokonywania się zwrotu bródki, ułożymy rodzącą na ten bok, gdzie leży bródka; ta zmiana położenia rodzącej często przyczyni się do rychłego dokończenia zwrotu, a przez to do ukończenia porodu. Jeżeli mimo właściwego ułożenia rodzącej bródka nie zwraca się pod spojenie łonowe, a co gorsza, jeżeli nawet poczyna zwracać się nieprawidłowo ku kości krzyżowej, wtedy za radą Vollanda powinniśmy wprowadzić do pochwy rękę, odpowiadającą bródce, objąć ją tyłu palcami, na ile miejsce pozwala i podczas bolów przesuwać ją ku spojeniu łonowemu, a zarazem pociągać nieco ku dołowi. W przerwach między bolami należy silnie przytrzymywać bródkę, by nie wracała do wadliwego zwrotu, równocześnie może asystent próbować od zewnątrz przesuwać grzbiet płodu ku tyłowi.

Czasami może się udać od zewnątrz przesunąć skroń, leżącą nad spojeniem łonowem, ku górze i na zewnątrz, jak to radzi Stratz.

Jeżeli wśród porodu twarzowego powstanie wskazanie do szybkiego ukończenia porodu wtedy, kiedy twarz tylko małym odcinkiem jest przyparta do wchodu miednicy, natenczas powinniśmy, o ile warunki na to pozwalają, dokonać obrotu na nóżki. Jeżeli zaś obrót jest już niewykonalny, musimy poród ukończyć wymóżdżeniem. Kleszczy osiowych nie wolno nigdy zakładać przy położeniu twarzowem, jak to wytłómaczyłem w tym wykładzie, w którym omawiałem technikę kleszczy osiowych.

Niekiedy zdarza się przy położeniach twarzowych, podobnie jak i przy położeniach czaszkowych, wskazanie czy to ze strony matki, czy też płodu do ukończenia porodu wtedy, kiedy twarz już jest ustalona. Poród w takich przypadkach możemy ukończyć kleszczami, ale tylko wtenczas, gdy zwrot jest już zupełnie dokonany, to znaczy, gdy bródkę znajdziemy pod spojeniem łonowem, lub też, gdy zwrot bródki się dokonywa, to znaczy, gdy ją wybadamy pod jednym z otworów owalnych.

Jeżeli twarz płodu stoi poprzecznie, a tem więcej, jeżeli poczyna zwracać się nieprawidłowo, wtedy nie wolno zakładać kleszczy, gdyż wiemy, że poród płodu donoszonego przy nieprawidłowym zwrocie twarzy jest niemożliwy. W takich przypadkach spróbujemy mechanizm poprawić sposobem Vollanda, a gdy próba ta zawiedzie, musimy wykonać wymóżdżenie.

Technika zakładania kleszczy przy zwrocie prawidłowym dokonanym w położeniach twarzowych jest podobna do techniki przy położeniach ciemieniowych. Kleszcze zakładamy na boczne odcinki główki, a zamykamy je unosząc trzonki kleszczy wysoko ku górze, by przez to łyżki kleszczy mogły objąć okolice guzów bocznych główki, które przy położeniach twarzowych są nizko ustawione.

Kleszczami zamkniętemi dokonujemy pociągnięcia próbnego, a skoro się okaże, że kleszcze dobrze nałożono, pociągamy twarz wśród bolów ku sobie tak długo, aż bródka ukaże się pod spojeniem łonowem. Skoro to nastąpi, przechodzimy na lewy bok rodzącej i unosząc trzonki kleszczy silnie ku górze i brzuchowi rodzącej, wytaczamy zwolna, bacząc na krocze, po wędzidełku czoło płodu, szczyt główki i potylicę.

Jeżeli wskazanie do ukończenia porodu powstanie przy położeniu twarzowem w chwili niezupełnego dokonania zwrotu obwódki, to znaczy, gdy jeszcze twarz stoi w wymiarze ukośnym, natenczas zakładamy kleszcze w wymiarze ukośnym przeciwnym i pociągając kleszczami, równocześnie zwracamy bródkę pod spojenie łonowe. Gdy to już nastąpi, dalszy poród przeprowadzamy, jak poprzednio opisałem.

Z obowiązku piśmienniczego wspomnieć muszę, że nie brakło prób, aby przy nieprawidłowym zwrocie twarzy uniknąć wymóżdżenia płodu żywego w tych przypadkach, w których ukończenie porodu jest wskazane, a zabieg Vollanda zawodzi. Próba ta polega na dwurazowem nałożeniu kleszczy według Scanzoniego, podobnie jak to podałem w wykładzie o położeniach ciemieniowych. Operacya ta jest jednak dla matki bardzo niebezpieczna, gdyż przy dokonywaniu tak dużego zwrotu główki nawet bardzo wprawni operatorowie przedzierali dolny odcinek macicy. Operacyi tej wobec tego zalecać nie mogę i nawet nie uważam za właściwe jej na bałwanie (fantomie) pokazywać.

Postępowanie przy położeniach czołowych musi być, jak już wspomniałem, inne, niż przy położeniach twarzowych. I tak, skoro stwierdzimy położenie czołowe w pierwszym okresie porodu przy pęcherzu stojącym, a główce nieustalonej, powinniśmy starać się przez ułożenie rodzącej zmienić położenie czołowe na położenie czaszkowe. Wiemy, że położenie czołowe zmienia się często samorodnie, albo na położenie czaszkowe, albo też na położenie twarzowe; ponieważ zaś to pierwsze jest dla porodu korzystniejsze, dlatego przez ułożenie rodzącej na ten bok, gdzie leży potylica, staramy się ułatwić zmianę na położenie czaszkowe. Gdy przez ułożenie rodzącej nie uzyskamy zmiany położenia, a okres pierwszy już się ukończy, powinniśmy jednym z zabiegów, opisanych przy zmianie położenia twarzowego na czaszkowe, a w pierwszym rzędzie zabiegiem Thorna, starać się tę zmianę wywołać. Gdy zaś i ta próba zawiedzie, to wtedy będzie zupełnie usprawiedliwionym niezwłoczny obrót na nóżki. Tak samo postąpimy, jeżeli znajdziemy się przy porodzie czołowym w drugim okresie porodu, gdzie jednak główka nie będzie jeszcze wklinowana, gdzie ruchomość płodu będzie wystarczająca, gdzie dolny odcinek nie będzie ani rozciągnięty, ani nieprawidłowo obkurczony.

W tych przypadkach, w których pomocy naszej wzywa rodząca dopiero wtedy, kiedy czoło się już ustaliło, postępowanie nasze powinno być do ostatecznych granic wyczekujące. W razie poważnego wskazania do ukończenia porodu, możemy poród czołowy ukończyć kleszczami, ale tylko w tych przypadkach, w których zwrot prawidłowy mechanizmu czołowego jest już dokonany, lub dokonywa się. Jeżeli zaś czoło stoi poprzecznie, lub też jeżeli oczodoły zwracają się ku tyłowi, nie wolno bezwarunkowo kończyć porodu kleszczami. Skoro w takich przypadkach nie dopomoże do prawidłowego zwrotu ułożenie rodzącej lub zabieg Vollanda, a ze względu na matkę trzeba ukończyć poród, to poświęcimy dziecko i wykonamy wymóżdżenie.

Kleszcze przy położeniu czołowem i zwrocie dokonanym zakładamy tak samo, jak przy położeniu twarzowem. Pociągać kleszcze będziemy ku sobie tak długo, aż oczodoły oprą się o dolny brzeg spojenia łonowego; w chwili tej przechodzimy na bok lewy rodzącej i unosząc łyżki kleszczy silnie ku górze i ku brzuchowi rodzącej wytaczamy po wędzidełku szczyt główki i potylicę; w końcu przez obniżenie trzonków kleszczy ku dołowi, wytaczamy resztę twarzy z pod spojenia łonowego.

Z kliniki chirurgicznej Uniw. Jag. prof. Kadera w Krakowie.

O wycinaniu zwężeń cewki moczowej.

Napisał

Feliks Majewski

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy.)

Zwężenia tryprowe występują w różnych częściach przedniego odcinka cewki, przeważnie jednak ulegają tej zmianie pewne tylko miejsca cewki, w niektórych natomiast, jak n. p. w części błoniastej lub krokowej, nie występują prawie nigdy. W ogromnej większości przypadków zwężenia na tle tryprowem bywają mnogie (Thompson), najczęściej jednak, a nawet, jak utrzymują inni (Guyon), prawie zawsze, zajmują one część cewki opuszkową. Część ta jest nietylko miejscem, w którem zwężenie tryprowe najczęściej występuje, ale w niem też dosięga ono najwyższych stopni (Nr 1 i 2).

Bez porównania prędzej, niż tryprowe, rozwijają się zwężenia pourazowe. Wystarcza na to zwykle kilka miesięcy (Nr 3 i 4). Pod wpływem doznanego urazu część tkanki cewkowej na mniejszej lub większej przestrzeni obumiera i nasiąka krwią, która zawsze obficie występuje z otaczającego cewkę ciała jamistego lub z otaczających naczyń krwionośnych tam, gdzie ciała jamistego nie ma. Zakażenie w ten sposób uszkodzonej cewki jest prawie nieuniknione, jeżeli nie przez ranę zewnętrzną, to od wnętrza, dzięki drobnoustrojom, stale cewkę zamieszkującym. Sprzyja zakażeniu wstąpienie moczu w obręb urazowego ogniska. Z tego powodu zamiast takiej, jak w przebiegu trypra, przewlekłej sprawy przeistaczania się ognisk zakaźnych i ropnych na blizny łącznotkankowe, mamy do czynienia z ostrym ubytkiem tkanki, wywołanym przez uraz i następowe zakażenie. W tych razach bądź wskutek zabiegu chirurgicznego, bądź też przebiegu samej sprawy chorobowej, tkanki obumarłe oddzielają się, a na ich miejsce szybko powstaje ziarnina, konsolidująca się w ciągu kilku miesięcy w bliznę, stanowiącą istotę urazowego zwężenia. W dwóch takich przypadkach spostrzeganych w klinice krakowskiej, objawy zwężenia pojawiły się po upływie miesiąca do 6 tygodni od urazu (Nr 3 i 4).

Siedziba zranień zależna jest oczywiście zupełnie od przyczyny, wywołującej uraz i od towarzyszących mu okoliczności, jakoto: uderzenie, upadek lub przejechanie, kształt

przedmiotu, wywołującego uraz, jego ustawienie lub ustawienie jego ostrza w stosunku do kierunku spadającego na nie ciała, pęknięcia w czasie spółkowania lub wskutek wzwodu tryprowego. Doświadczenie wskazało, że oprócz urazów wskutek gwałtownego spółkowania lub pęknięć przy wzwodzie tryprowym, usadawiających się w przebiegu zwisającej części cewki, najczęściej ulega uszkodzeniu część cewki opuszkowa lub błoniasta. Pierwsza ulega uszkodzeniu wskutek uderzeń lub upadnięcia na krocze na przedmiot twardy i wązki, druga nietylko wskutek bezpośredniego urazu, ale również przy przejechaniu lub ściśnięciu miednicy pomiędzy dwiema w kierunku sobie przeciwnym działającemi siłami (wozy, wagony kolejowe, wózki górnicze) i łączy się często z uszkodzeniem miednicy. Oprócz uszkodzeń cewki w części opuszkowej i błoniastej mieliśmy sposobność spostrzegać rzadko zdarzające się z powodu głębokiego położenia tej części cewki, uszkodzenie w miejscu połączenia cewki z pęcherzem (6). Stało się to wskutek upadnięcia na ostry kołek, który drążąc przez przednią ścianę odbytnicy natrafił na cewkę w miejscu jej połączenia z pęcherzem i oderwał ją od tegoż zupełnie.

Zwężenie urazowe powstaje zazwyczaj tylko w jednem miejscu cewki, czem się bardzo różni od zwężeń, powstających na tle tryprowem. Fakt ten należycie uwidocznił Guyon, który na mocy badania ogromnej liczby chorych, dotkniętych zwężeniem cewki wskutek trypra, przekonał się, że u tych chorych najczęściej znajdują ssię w cewce mnogie zwężenia. Mogą się one poczynać już w dołku łódkowatym, być rozrzucone na przestrzeni całej przedniej części cewki, a kończą się zwykle ostatniem, najznaczniejszem zwężeniem, usadowionem w części opuszkowej. Takiej mnogości w przypadkach urazowych nie spotykamy.

Do stosunkowo rzadko spotykanych zwężeń należą zwężenia cewki, powstałe na tle przewlekłych zapaleń napletka i żołędzi *(balanoposthitis)* wskutek stulejki. Przykładem tego jest nasz przypadek piąty. Z wywiadów wynikało, że już od urodzenia zauważono u chorego stulejkę, której jednak nie leczono. W 18 roku życia (chory w czasie pobytu na klinice liczył 34 lata) wystąpiły pierwsze objawy zwężenia, które następnie stale się wzmagało i w krótkim czasie doprowadziło do wytworzenia się na międzykroczu przetok, przez które chory oddawał mocz. Gdy chory zgłosił się do kliniki, zwężenie doszło już do tego stopnia, że na przestrzeni całej bez mała przedniej części cewka prawie nie istniała, albowiem nawet w czasie operacyi przy badaniu z poprzecznego cięcia miejsca, w którem cewka znajdować się była powinna, nie zdołano odszukać jej światła. Powodem tego zwężenia na takiej ogromnej przestrzeni oczywiście nie mogła być stulejka sama przez się, musiało w tem uczestniczyć zapalenie cewki. W wydzielinie z przetok stwierdzono badaniem drobnowidowem dwoinki Neissera. Kiedy i jaką drogą to zakażenie nastąpiło, orzec nie było można w chwili badania, ponieważ chory przeczył, żeby kiedykolwiek przechodził trypra. Sprawa ta da się wyjaśnić w ten sposób, że początkowo wskutek ciągłych stanów zapalnych żołędzi i napletka, powodowanych stulejką, zaczęło się wytwarzać zwężenie części cewki, leżących w pobliżu jej ujścia. W ten sposób powstała pierwsza przeszkoda dla dokładnego opróżnienia pęcherza, a jednocześnie obficie bujające pod napletkiem drobnoustroje mogły wnikać do samej cewki, skąd one i wywołana przez nie wydzielina z trudem tylko wskutek zwężenia mogły być wydalone. Sprawa ta musiała się jeszcze więcej zaostrzyć, kiedy wskutek niedokładnego opróżniania się pęcherza nastąpiło jego zakażenie: przez cewkę przepływał mocz silnie zakażony i stale podtrzymywał zapalenie ścian cewki. Za takim rozwojem sprawy przemawiają ropnie, które powstawały w ścianach cewki i przebijając później na zewnątrz wywoływały tworzenie się przetok. Badanie wydzieliny, wypływającej z moczem, sączącym się kroplami z przetok, wykryło oprócz innych drobnoustrojów obecność dwoinek tryprowych. Nasuwa się więc przypuszczenie, że w tej sprawie oprócz wymienionych wyżej przyczyn współdziałało jeszcze zakażenie tryprowe, które rozwijając się w cewce, pozbawionej wolnego odpływu wydzieliny zapalnej, doprowadziło wreszcie do tak niezwykle rozległego zwężenia. Bardzo wczesne wystąpienie pierwszych objawów zwężenia w 18 roku życia przemawia za tem, że były one prawdopodobnie nie tryprowego pochodzenia. Zwężenia tryprowe, jak to już wyżej zaznaczyłem, występują najwcześniej w kilka lat po zakażeniu. Nie mamy jednak w tym przypadku żadnych danych, by przypuszczać u tego chorego tak wczesne zakażenie tryprowe, ażeby jego oddalone skutki mogły się ujawnić już w 18 roku życia. Sądzić należy, że zwężenie i jego objawy, spostrzegane u chorego do 18. roku życia, były skutkiem li tylko stulejki, a dopiero później uległ chory zakażeniu tryprowemu. Stan cewki chorego, stwierdzony w klinice, przedstawiał się jako wynik dwóch spraw chorobowych, które, tocząc się jednocześnie, doprowadziły do zupełnego prawie zamknięcia światła cewki na przestrzeni od ujścia zewnętrznego prawie do jej opuszki. Przytoczona historya choroby, będąca rzadkością ze względu na niezwykły w niej przebieg zwężenia, jest również ciekawym przyczynkiem do etyologii zwężeń i oświetla jaskrawo niebezpieczeństwo zakażenia tryprowego u chorych dotkniętych stulejką, a temsamem wskazuje na nieodzowną konieczność wczesnego i doszczętnego leczenia stulejki.

(C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

Doc. dr Lemberger i doc. dr Droba. **Komentarz do ósmego wydania farmakopei austryackiej.** Kraków, 1906. (Nakładem Gal. Tow. farmaceutycznego »Unitas«). Zesz. 9 i 10. — Wydane obecnie dwa zeszyty pożytecznego tego podręcznika zawierają szczegółowe opracowanie leków od »Eugenol« do »Fructus capsici«, a z działu bakteryologicznego dokończenie części ogólnej (barwienie bakteryi, sposoby wykrycia aleksyny, oznaczanie wartości surowic, badanie odczynu Pfeiffera, aglutynacyi, precypitacyi, badanie ziemi, wody i powietrza), oraz początek części szczegółowej (ziarenkowce, prątki). Ta część szczegółowa odznacza się praktycznym układem, mianowicie zestawieniem w grupy na podstawie pewnych cech wspólnych i różnic; tablice porównawcze cech znakomicie ułatwiają przegląd. Oba zeszyty są obficie zaopatrzone w dobrane ryciny. *R.*

Gynaekologische Rundschau, dwutygodnik, wydawany pod redakcyą dra Oskara Frankla. Wiedeń (Urban i Schwarzenberg). — Pod tym tytułem powstało z początkiem r. b. nowe wydawnictwo, odbiegające od utartego szablonu istniejących czasopism ginekologicznych, a przypominające pod pewnym względem pisma, poświęcone »dziedzinom granicznym« poszczególnych działów medycyny i przeciwdziałające przez to nadmiernej specyalizacyi. Jestto jedno z głównych zadań, jakie sobie nowe pismo w zakresie ginekologii zakreśliło. Również nowością jest w »Gynaekologische Rundschau« wyczerpujące uwzględnienie

spraw pomocy położniczej, położnych, dalej dział higieny społecznej i historyi ginekologii, jakoteż położenie nacisku na sprawozdania poglądowe. Zastęp wydawców zawiera najpoważniejsze nazwiska, jak Chrobaka, Dührssena, Franquego, Jordana, Leopolda, Marsa, Neugebauera, Pfannenstiela, Piskačka, Schauty, Winckla itd. Poważna liczba polskich członków tego grona świadczy o uznaniu, jakie sobie zagranicą zdobyła nauka nasza i w tym dziale. Pierwszy zeszyt nowego pisma zawiera prace: prof. Thorna: »Brak miesiączki u karmiących«, dra Stiassnego: »W sprawie zapobiegania i leczenia zapalenia sutka«, Schauensteina: »Przypadek raka płaskokomórkowego szyjki, szerzącego się powierzchownie na błonę śluzową macicy«, Bossiego: »Ciąża przewlekająca się« Waldsteina: »O rozszerzeniu miednicy po cięciu przyłonowem«, dalej artykuły prof. Knappa i Fogesa z zakresu spraw położnych i higieny społecznej, sprawozdania poglądowe doc. Fischla, dra Rissmanna i Stolpera, szereg drobniejszych streszczeń, sprawozdania z towarzystw, oceny nowych dzieł, wreszcie kronikę. *Z.*

Billroth i Winiwarter. **Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie.** Wydanie 16. Berlin. (Reimer). 1906. 15 Mk.—Znakomita »Ogólna patologia i terapia chirurgiczna« Billrotha stała się i pozostanie długo dziełem prawdziwie klasycznem, czego dowodzi już sama liczba wydań tego podręcznika. Do potrzeb obecnej doby zastosował nowe wydanie wybornie Winiwarter, nie naruszając jednak układu dzieła, nakreślonego mistrzowską ręką Billrotha. *Z.*

Lubarsch i Ostertag. **Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie der Menschen und der Tiere.** Rocznik 10. za rok 1904/5. Wiesbaden (Bergmann) 1906. — Właściwa Niemcom skrzętność i systematyczność w połączeniu z obfitością środków sprawiła, że pod pewnym względem żadne piśmiennictwo nie może się porównać z niemieckiem, a mianowicie co do mnogości wydawnictw, rejestrujących postępy nauk lekarskich w rozmaitych działach. Prawda, że znaczna część tych wydawnictw sprawozdawczych może co najwyżej służyć za poradniki bibliograficzne, zawierając niekrytyczne, a nieraz niedokładne streszczenia; ale jest też wśród tych wydawnictw pokaźna liczba takich, bez których dziś, wobec olbrzymiego rozwinięcia się piśmiennictwa lekarskiego, obejść się bardzo trudno, albo i niepodobna, ponieważ krytycznie i ściśle przedstawiają postęp pewnego działu nauki w jego całokształcie. Do tych rzeczywiście pożytecznych wydawnictw zaliczyć należy i roczniki Lubarscha i Ostertaga, które w kończącem się właśnie pierwszem dziesięcioleciu swego istnienia rzetelnie sobie na uznanie zapracowały. Rocznik X. zawiera przegląd piśmiennictwa rosyjskiego za rok 1904/5, a z zawartych w tym roczniku monografii o poszczególnych zagadnieniach zasługują na uwagę prace o patologii raka, pióra Lubarscha i Fischera-Defoya, o świdrowicy — Sauerbecka i t. d. Należałoby się postarać, by i nasze piśmiennictwo było w Rocznikach tych należycie uwzględniane. *Z.*

Piśmiennictwo bieżące.

Dermatologia.

Prof. Bettmann. **Opryszczki** (*herpes*) **na tle płciowem.** (*Deutsches Archiv f. klin. Med.* T. 88, Z. 1—3). Jedną z przyczyn, pomijanych zazwyczaj w podręcznikach, a wywołujących opryszczki, bywają różne zaburzenia płciowe. I tak u wielu kobiet występują one stale w okresie miesiączkowania lub przekwitania, w pierwszych tygodniach ciąży, a sadowią się nietylko na częściach płciowych lub ich okolicy, ale także na twarzy, w jamie ustnej, na sutkach, palcach i t. d. U mężczyzn ukazują się czasem po spółkowaniu, zwłaszcza wtedy, jeśli mu towarzyszy jakieś psychiczne wstrząśnienie, po różnego rodzaju nadużyciach płciowych, po samogwałcie, zmazach nocnych. Ciekawy przypadek przytacza autor z własnej praktyki: u 22-letniego nerwowego studenta ukazywały się stale po każdem sondowaniu, jakoteż po każdem wkraplaniu fizyologicznego rozczynu soli kuchennej do cewki moczowej opryszczki, najczęściej na częściach rodnych; prawdopodobnie powstawały one na drodze zwrotnej. *Wilczyński.*

L. Loer. **Rzadki przypadek odbarwień skóry** (*leucoderma*) **w przebiegu kiły.** (*Archiv f. Dermat. und Syph.* 1906, listopad). Autor spostrzegał u chorej, przedtem nie leczonej, oprócz drugorzędnych zmian kiłowych liczne odbarwienia skóry, rozsiane na wargach sromnych większych i mniejszych, na wzgórku łonowym i brzuchu aż ponad więzadło Pouparta, na kroczu i obu udach. Na tle tych odbarwień i w ich otoczeniu były ogniska skóry przebarwionej, brunatnej. L. zastosował wstrzykiwania bursztynianu rtęci. Wszystkie zmiany ustąpiły, z wyjątkiem odbarwienia skóry. Rozległość tej zmiany wyłącza zdaniem autora powstanie jej z wysypki plamistej lub guzkowej. Że pierwotną zmianą, poprzedzającą odbarwienie (*leucoderma*), może być nadmierne zabarwienie, za tem przemawiają spostrzeżenia kilku autorów, którzy stwierdzili w miejscach przebarwionych sprawy zapalne w ścianach naczyń, ulegających następowo zarośnięciu. *T. Wilyński.*

E. Welander. **Przyczynek do sprawy wydzielania się rtęci moczem.** (*Archiv f. Derm. und Syph.* 1906, listopad). We wszystkich doświadczeniach posługiwał się autor metodą przybliżoną Almen-Schillberga i ilościową zmodyfikowaną Farussa. Przy wcieraniach szaruchy ilość wydzielonej moczem rtęci zależy od ilości wtartej maści. Z metod, polegających na wdychiwaniach par rtęciowych, jak pomazywania (Welander) szaruchą, opaski z szaruchą i merkuriolem lub woreczki z merkuriolem, do najpewniejszych należą te, gdzie odpowiednie przetwory rtęciowe częściej się zmienia; zresztą wessanie zależy od tego, czy chory przebywa w większym lub mniejszym pokoju, czy śpi z głową pod przykryciem i t. d. Doświadczenia swoje wykonał W. z szaruchą na opasce. W 24—27 dniu leczenia stwierdzał w 1200, resp. 1615, 1400 i 1240 ctm.³ moczu 3·1, resp. 3·8, 3·2 i 4·4 mg. rtęci. Przy nowej metodzie Thalmanna, polegającej na wcieraniach 2 gr. dziennie szaruchy na błonę śluzową nosa, ilość wessanej rtęci zależy zdaniem autora, od wielkości i drożności nosa, jakoteż od tego, czy chory śpi z zamkniętemi ustami, a tem samem oddycha tylko przez nos. Przy tej bowiem metodzie znalazł W. w całodziennym moczu w 24. i 25. dniu leczenia 7·6, w drugim przypadku 5·2 mg. Hg. Z przetworów, używanych wewnętrznie, wykonał W. doświadczenia tylko z kalomelem, pigułkami metalicznej rtęci i garbnikanem rtęci. W tych razach były duże wahania w ilości Hg., wydzielonej moczem, która zresztą nigdy nie dorównywała ilości, wydzielanej przy metodach, polegających na wdychiwaniu. Wessanie następowało zawsze szybko, a wydzielanie się moczem powoli tak, że n. p. po kalomelu znajdowały się duże ilości rtęci w moczu jeszcze w 3 tygodnie po ukończeniu leczenia. Wstrzykiwania nierozpuszczalnych przetworów rtęci robił autor co 5, wzgl. 6 dni; po wstrzykiwaniu kalomelu wydzielała się rtęć najobficiej od 15—20. dnia leczenia; ilość wydzielanej rtęci była większa, niż po użyciu innych metod, a nawet dość znaczną ilość znalazł W. jeszcze w 70 dni po leczeniu. Po użyciu tymolo-octanu okres wydzielania trwał nawet 100 dni, po szarym oleju 2 miesiące. Podobnie rzecz miała się z olejem merkuriolowym, gdzie jednak ilość wydzielanej rtęci była mniejsza. We wszystkich tych przypadkach, do których zaliczyć należy jeszcze doświadczenia z wstrzykiwaniem *Hydr. praecipit. oxyd.*, stwierdziły badania stale zwiększającą się w moczu ilość wydzielonej rtęci w miarę wstrzykiwań. Wyjątek stanowi tylko salicylan rtęci. Tutaj wydzielała się rtęć najobficiej w pierwszym dniu po wstrzyknięciu, dochodząc do 10·2, resp. 5·8 i 4·82 mg., natomiast na dzień przed następnem wstrzyknięciem u tych samych chorych dochodziła zaledwie do 2·4, resp. 1 mg. Ta różnica polega, zdaniem autora, na większej rozpuszczalności salicylanu w sokach ustroju, zawierających białko, a twierdzenie swe opiera W. na tem, że z salicylanu rozpuszcza się w cieczy puchlinowej 58 prc. czystej rtęci, gdy natomiast rtęci z tymolo-octanu rozpuszcza się tylko 0·8 prc., z kalomelu 1·4 prc., a z oleju merkuriolowego 1·1 prc. Rozpuszczalność ta przynajmniej co do salicylanu nie zależy od zawartości NaCl w sokach ustroju, bo w rozczynie soli kuchennej rtęć salicylanu rozpuszczała się zaledwie w nieznacznej ilości. Że rozpuszczalność ta zależy głównie od ilości białka, wykazało również doświadczenie z moczem, w którym było 1·63 prc. białka. Z salicylanu rozpuszczało się 100 prc. rtęci, z tymolo-octanu 3·8 prc., z kalomelu 7·5 prc., z oleju merkuriolowego 9·1 prc. Kwasota moczu nie wpływała na rozpuszczalność danego przetworu, lecz tylko ilość białka. Zmniejszanie się ilości rtęci w moczu w miarę upływu czasu od wstrzyknięcia polega według W. na utrudnionych warunkach wessania. Przy każdem następnem wstrzyknięciu ilość rtęci się zwiększała, przyczem krzywa znamienna dla salicylanu stale była zachowana. Ilekroć było więcej rtęci w moczu po salicylanie, tylekroć było jej więcej także we krwi, a tutaj zawsze więcej, niż w poszczególnych narządach. Zdarzało się jednak czasem, że było jej więcej we krwi, a mniej się wydzielało moczem, coby dowodziło, że wydzielanie się moczem nie zawsze jest

spraw pomocy położniczej, położnych, dalej dział higieny społecznej i historyi ginekologii, jakoteż położenie nacisku na sprawozdania poglądowe. Zastęp wydawców zawiera najpoważniejsze nazwiska, jak Chrobaka, Dührssena, Franquego, Jordana, Leopolda, Marsa, Neugebauera, Pfannenstiela, Piskačka, Schauty, Winckla itd. Poważna liczba polskich członków tego grona świadczy o uznaniu, jakie sobie zagranicą zdobyła nauka nasza i w tym dziale. Pierwszy zeszyt nowego pisma zawiera prace: prof. Thorna: »Brak miesiączki u karmiących«, dra Stiassnego: »W sprawie zapobiegania i leczenia zapalenia sutka«, Schauensteina: »Przypadek raka płaskokomórkowego szyjki, szerzącego się powierzchownie na błonę śluzową macicy«, Bossiego: »Ciąża przewlekająca się« Waldsteina: »O rozszerzeniu miednicy po cięciu przyłonowem«, dalej artykuły prof. Knappa i Fogesa z zakresu spraw położnych i higieny społecznej, sprawozdania poglądowe doc. Fischla, dra Rissmanna i Stolpera, szereg drobniejszych streszczeń, sprawozdania z towarzystw, oceny nowych dzieł, wreszcie kronikę. *Z.*

Billroth i Winiwarter. **Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie.** Wydanie 16. Berlin. (Reimer). 1906. 15 Mk.—Znakomita »Ogólna patologia i terapia chirurgiczna« Billrotha stała się i pozostanie długo dziełem prawdziwie klasycznem, czego dowodzi już sama liczba wydań tego podręcznika. Do potrzeb obecnej doby zastosował nowe wydanie wybornie Winiwarter, nie naruszając jednak układu dzieła, nakreślonego mistrzowską ręką Billrotha. *Z.*

Lubarsch i Ostertag. **Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie der Menschen und der Tiere.** Rocznik 10. za rok 1904/5. Wiesbaden (Bergmann) 1906. — Właściwa Niemcom skrzętność i systematyczność w połączeniu z obfitością środków sprawiła, że pod pewnym względem żadne piśmiennictwo nie może się porównać z niemieckiem, a mianowicie co do mnogości wydawnictw, rejestrujących postępy nauk lekarskich w rozmaitych działach. Prawda, że znaczna część tych wydawnictw sprawozdawczych może co najwyżej służyć za poradniki bibliograficzne, zawierając niekrytyczne, a nieraz niedokładne streszczenia; ale jest też wśród tych wydawnictw pokaźna liczba takich, bez których dziś, wobec olbrzymiego rozwinięcia się piśmiennictwa lekarskiego, obejść się bardzo trudno, albo i niepodobna, ponieważ krytycznie i ściśle przedstawiają postęp pewnego działu nauki w jego całokształcie. Do tych rzeczywiście pożytecznych wydawnictw zaliczyć należy i roczniki Lubarscha i Ostertaga, które w kończącem się właśnie pierwszem dziesięcioleciu swego istnienia rzetelnie sobie na uznanie zapracowały. Rocznik X. zawiera przegląd piśmiennictwa rosyjskiego za rok 1904/5, a z zawartych w tym roczniku monografii o poszczególnych zagadnieniach zasługują na uwagę prace o patologii raka, pióra Lubarscha i Fischera-Defoya, o świdrowicy — Sauerbecka i t. d. Należałoby się postarać, by i nasze piśmiennictwo było w Rocznikach tych należycie uwzględniane. *Z.*

Piśmiennictwo bieżące.

Dermatologia.

Prof. Bettmann. **Opryszczki** (*herpes*) **na tle płciowem.** (*Deutsches Archiv f. klin. Med.* T. 88, Z. 1—3). Jedną z przyczyn, pomijanych zazwyczaj w podręcznikach, a wywołujących opryszczki, bywają różne zaburzenia płciowe. I tak u wielu kobiet występują one stale w okresie miesiączkowania lub przekwitania, w pierwszych tygodniach ciąży, a sadowią się nietylko na częściach płciowych lub ich okolicy, ale także na twarzy, w jamie ustnej, na sutkach, palcach i t. d. U mężczyzn ukazują się czasem po spółkowaniu, zwłaszcza wtedy, jeśli mu towarzyszy jakieś psychiczne wstrząśnienie, po różnego rodzaju nadużyciach płciowych, po samogwałcie, zmazach nocnych. Ciekawy przypadek przytacza autor z własnej praktyki: u 22-letniego nerwowego studenta ukazywały się stale po każdem sondowaniu, jakoteż po każdem wkraplaniu fizyologicznego rozczynu soli kuchennej do cewki moczowej opryszczki, najczęściej na częściach rodnych; prawdopodobnie powstawały one na drodze zwrotnej. *Wilczyński.*

L. Loer. **Rzadki przypadek odbarwień skóry** (*leucoderma*) **w przebiegu kiły.** (*Archiv f. Dermat. und Syph.* 1906, listopad). Autor spostrzegał u chorej, przedtem nie leczonej, oprócz drugorzędnych zmian kiłowych liczne odbarwienia skóry, rozsiane na wargach sromnych większych i mniejszych, na wzgórku łonowym i brzuchu aż ponad więzadło Pouparta, na kroczu i obu udach. Na tle tych odbarwień i w ich otoczeniu były ogniska skóry przebarwionej, brunatnej. L. zastosował wstrzykiwania bursztynianu rtęci. Wszystkie zmiany ustąpiły, z wyjątkiem odbarwienia skóry. Rozległość tej zmiany wyłącza zdaniem autora powstanie jej z wysypki plamistej lub guzkowej. Że pierwotną zmianą, poprzedzającą odbarwienie (*leucoderma*), może być nadmierne zabarwienie, za tem przemawiają spostrzeżenia kilku autorów, którzy stwierdzili w miejscach przebarwionych sprawy zapalne w ścianach naczyń, ulegających następowo zarośnięciu. *T. Wływski.*

E. Welander. **Przyczynek do sprawy wydzielania się rtęci moczem.** (*Archiv f. Derm. und Syph.* 1906, listopad). We wszystkich doświadczeniach posługiwał się autor metodą przybliżoną Almen-Schillberga i ilościową zmodyfikowaną Farussa. Przy wcieraniach szaruchy ilość wydzielonej moczem rtęci zależy od ilości wtartej maści. Z metod, polegających na wdychiwaniach par rtęciowych, jak pomazywania (Welander) szaruchą, opaski z szaruchą i merkuriolem lub woreczki z merkuriolem, do najpewniejszych należą te, gdzie odpowiednie przetwory rtęciowe częściej się zmienia; zresztą wessanie zależy od tego, czy chory przebywa w większym lub mniejszym pokoju, czy śpi z głową pod przykryciem i t. d. Doświadczenia swoje wykonał W. z szaruchą na opasce. W 24—27 dniu leczenia stwierdzał w 1200, resp. 1615, 1400 i 1240 ctm.³ moczu 3·1, resp. 3·8, 3·2 i 4·4 mg. rtęci. Przy nowej metodzie Thalmanna, polegającej na wcieraniach 2 gr. dziennie szaruchy na błonę śluzową nosa, ilość wessanej rtęci zależy zdaniem autora, od wielkości i drożności nosa, jakoteż od tego, czy chory śpi z zamkniętemi ustami, a tem samem oddycha tylko przez nos. Przy tej bowiem metodzie znalazł W. w całodziennym moczu w 24. i 25. dniu leczenia 7·6, w drugim przypadku 5·2 mg. Hg. Z przetworów, używanych wewnętrznie, wykonał W. doświadczenia tylko z kalomelem, pigułkami metalicznej rtęci i garbnikanem rtęci. W tych razach były duże wahania w ilości Hg., wydzielonej moczem, która zresztą nigdy nie dorównywała ilości, wydzielanej przy metodach, polegających na wdychiwaniu. Wessanie następowało zawsze szybko, a wydzielanie się moczem powoli tak, że n. p. po kalomelu znajdowały się duże ilości rtęci w moczu jeszcze w 3 tygodnie po ukończeniu leczenia. Wstrzykiwania nierozpuszczalnych przetworów rtęci robił autor co 5, wzgl. 6 dni; po wstrzykiwaniu kalomelu wydzielała się rtęć najobficiej od 15—20. dnia leczenia; ilość wydzielanej rtęci była większa, niż po użyciu innych metod, a nawet dość znaczną ilość znalazł W. jeszcze w 70 dni po leczeniu. Po użyciu tymolo-octanu okres wydzielania trwał nawet 100 dni, po szarym oleju 2 miesiące. Podobnie rzecz miała się z olejem merkuriolowym, gdzie jednak ilość wydzielanej rtęci była mniejsza. We wszystkich tych przypadkach, do których zaliczyć należy jeszcze doświadczenia z wstrzykiwaniem *Hydr. praecipit. oxyd.*, stwierdziły badania stale zwiększającą się w moczu ilość wydzielonej rtęci w miarę wstrzykiwań. Wyjątek stanowi tylko salicylan rtęci. Tutaj wydzielała się rtęć najobficiej w pierwszym dniu po wstrzyknięciu, dochodząc do 10·2, resp. 5·8 i 4·82 mg., natomiast na dzień przed następnem wstrzyknięciem u tych samych chorych dochodziła zaledwie do 2·4, resp. 1 mg. Ta różnica polega, zdaniem autora, na większej rozpuszczalności salicylanu w sokach ustroju, zawierających białko, a twierdzenie swe opiera W. na tem, że z salicylanu rozpuszcza się w cieczy puchlinowej 58 prc. czystej rtęci, gdy natomiast rtęci z tymolo-octanu rozpuszcza się tylko 0·8 prc., z kalomelu 1·4 prc., a z oleju merkuriolowego 1·1 prc. Rozpuszczalność ta przynajmniej co do salicylanu nie zależy od zawartości NaCl w sokach ustroju, bo w rozczynie soli kuchennej rtęć salicylanu rozpuszczała się zaledwie w nieznacznej ilości. Że rozpuszczalność ta zależy głównie od ilości białka, wykazało również doświadczenie z moczem, w którym było 1·63 prc. białka. Z salicylanu rozpuszczało się 100 prc. rtęci, z tymolo-octanu 3·8 prc., z kalomelu 7·5 prc., z oleju merkuriolowego 9·1 prc. Kwasota moczu nie wpływała na rozpuszczalność danego przetworu, lecz tylko ilość białka. Zmniejszanie się ilości rtęci w moczu w miarę upływu czasu od wstrzyknięcia polega według W. na utrudnionych warunkach wessania. Przy każdem następnem wstrzyknięciu ilość rtęci się zwiększała, przyczem krzywa znamienna dla salicylanu stale była zachowana. Ilekroć było więcej rtęci w moczu po salicylanie, tylekroć było jej więcej także we krwi, a tutaj zawsze więcej, niż w poszczególnych narządach. Zdarzało się jednak czasem, że było jej więcej we krwi, a mniej się wydzielało moczem, coby dowodziło, że wydzielanie się moczem nie zawsze jest

wskazówką ilości, jaka ulega wessaniu. Rtęć we krwi znajdował W. już w 2 godz. po wstrzyknięciu, ilość jej następnie wzrastała w pierwszym dniu, potem już się mniej więcej nie zmieniając. Rozbiory kału nie doprowadziły W. do żadnych pewnych wniosków. Rtęć wydzielała się w kale w rozmaitej ilości, bez względu na rtęć, wydzieloną z moczem w danym czasie. W każdym przypadku kiły trzeba według autora brać na uwagę własności osobnicze i bez żadnego z tych przetworów obejść się nie można z wyjątkiem wcierań szaruchy, której W. już od szeregu lat zupełnie nie stosuje. *Dr T. Włyński.*

Doc. Waelsch. **Pes planus inflammatus syphiliticus.** (*Prager med. Wochs.* 1906, Nr 41). Autor przytacza przypadek tego cierpienia u 28-letniego chorego, który przed 3 laty zaraził się kiłą. W rok po zakażeniu powstał nagle obrzęk w okolicy prawego stawu dłoniowego i skokowego. Po ustąpieniu tych obrzęków wytworzyło się na lewem przedramieniu owrzodzenie, które bardzo powoli się goiło. Prawie równocześnie pojawiły się w lewej nodze bole, coraz bardziej się wzmagające, a od roku uniemożliwiające prawie zupełnie chodzenie. Przy leczeniu wcieraniami szarej maści wrzód na ręce lewej się zabliźnił, natomiast stan nogi lewej wcale się nie poprawił. Chory wówczas udał się do chirurga. Ten, rozpoznawszy stopę płaską zapalną (*pes planus infl.*), polecił mu leżeć przez czas dłuższy w łóżku, a następnie nosić trzewik z środkową szyną dla wyrównania wady stopy lewej. Pomimo tego cierpienie nie ustępowało i bole w nodze jeszcze więcej się wzmogły. W. stwierdził stan następujący: Chory osłabiony i długotrwałą chorobą wyniszczony. Na tylnej ścianie gardła liczne, ale drobne owrzodzenia. Podniebienie miękkie silnie zaczerwienione i obrzękłe. W okolicy łokcia lewego kilka okrągławych cienkich blizn. W okolicy stawu skokowego lewego znaczny obrzęk, który ku tyłowi znacznie się powiększa tak, że ścięgno piętowe zagłębione jest na szerokość dłoni w bolesny obrzęk. Oprócz tego na zewnętrznej i wewnętrznej kostce zgrubienia kostne, bardzo bolesne przy dotykaniu. W. rozpoznał stan zapalny stopy płaskiej, powstały z powodu kiłowych zmian w kościach stopy i zastosował zawijania stopy przylepcem, wewnętrznie zaś 200 gr. odwaru Zittmana dziennie z dodatkiem 3 gr. jodku potasowego. Przy tem leczeniu stan szybko się polepszał, a po dwóch miesiącach chory chodził już zupełnie dobrze.

Oprócz tego przypadku podaje autor w tej pracy swoje spostrzeżenia co do działania jodu w kile trzeciorzędnej. W kilku przypadkach kiły późnej zauważył autor, że po podaniu wewnętrznem jodku potasowego dolegliwości zwiększały się, a nawet wytwarzały się świeże ogniska kilakowe jako wybitne bolesne zgrubienia okostne. Skoro tylko jednak obok jodu zastosowano przetwory rtęciowe, następowało rychło wybitne polepszenie. *Stopczański.*

Kahane. **Przypadek nadmiernego pocenia się, leczony prądami o silnem napięciu.** (*Wiener klin. therap. Wochs.* 1906, Nr 42). Zapomocą środków, dotąd stosowanych w leczeniu nadmiernego pocenia się, nie można prawie nigdy uzyskać stałego korzystnego wyniku. K. zastosował u 19-letniego chorego, cierpiącego od dziecka na nadmierne pocenie się rąk i nóg, elektryzowanie prądami o silnem napięciu co drugi dzień, po 6—8 minut trwające. Bezpośrednio po elektryzowaniu pocenie się zwiększało się, ale po trzeciem już posiedzeniu zauważył chory pewną poprawę. Leczenie powtórzono po przerwie dwumiesięcznej, w czasie której chory pędzlował ręce i stopy wyskokiem i posypywał pudrem salicylowym; nastąpiło stałe polepszenie, utrzymujące się dotąd. Autor przypuszcza, że nie każdy przypadek nadmiernego pocenia się można tym sposobem wyleczyć; sądzi jednak, że elektryzowanie prądami o silnem napięciu, jako środek zwężający naczynia i hamujący spotęgowaną czynność wydzielniczą gruczołów potnych, może być skuteczne w wielu przypadkach. *Stopczański.*

Chirurgia.

Wederhake. **Uwagi teoretyczne i praktyczne nad naszym materyałem do szycia.** (*Münch. med. Wochenschr.* Nr 49—50, 1906). Ideałem materyału do szycia powinna być nitka silna, elastyczna, nie pęczniejąca, dająca się dobrze wyjaławiać, a ulegająca w tkankach rozpuszczeniu. Zalety te autor starał się nadać jedwabiowi. Wytrzymałość i t. d. osiągnąć można, impregnując jedwab srebrem lub srebrem i kauczukiem. Jedwab zaś rozpuszczalny otrzymuje autor w ten sposób, że zwykłe nitki umieszcza na 20 sekund — 4 minut w zgęszczonym kwasie siarkowym. Z kwasu siarkowego przenosi się nitki, opłukawszy w wodzie, do wyskoku celem odwodnienia, potem do wyskoku z garbnikiem celem stwardnienia, a w końcu przechowuje się w wyskoku. Taki jedwab rozpuszcza się w tkance, ale znacznie wolniej, niż katgut; ma więc nad nim przewagę zarówno i pod tym względem, jak i co do pewności w wyjałowieniu i wytrzymałości. *Klęsk.*

Burmeister. **Przygotowywanie katgutu jodowego.** (*Zentralbl. f. Chir.* Nr 45, 1906). W miejsce wyjaławiania katgutu sposobem Claudiusa poleca B. sposób Chassevanta: Szpulki z katgutem wkłada się na tydzień do słoja z rozczynem *jod. metal. 1,10, chloroform 22.5.* W ten sposób wyjałowiony katgut jest silny i nie drażni tkanek. *Klęsk.*

Stich. **W sprawie wyjaławiania katgutu.** (*Zentralbl. f. Chir.* Nr 46, 1906). Stich poleca następujący sposób wyjaławiania katgutu: Szpulki z katgutem kładzie się do 1 prc. spirytusowo-amoniakalnego rozczynu azotanu srebra w ciemnym słoju na $^1/_2$ godziny, potem płucze się w wyskoku i w jasnym słoju wystawia na światło, celem rozkładu azotanu srebra. Potem przechowuje się katgut w 10 prc. glicerynie z wyskokiem, choć można go przechowywać i w suchym stanie, przyczem nitki są znacznie cieńsze. *Klęsk.*

Prof. Birch-Hirschfeld. **Nowe narzędzie do podwiązywania głęboko położonych naczyń.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 46, 1906). Celem ułatwienia podwiązywania głęboko ułożonych naczyń, podaje B. H. narzędzie, składające się ze zwykłych szczypczyków naczyniowych, na których przesuwają się widełki z pętlą. Szczypczyki zakłada się jak zwykle na krwawiące naczynie, przyczem widełki są zesunięte ku rękojeści. Potem przesuwa się widełki ku końcowi szczypczyków, a przez stosowne przyciągnięcie rączek szczypczyków zaciska się pętla na naczynie. Potem odejmuje się całe narzędzie, a drugi węzeł robi się już łatwo ręką. Przyrząd wyrabia firma A. Schaedel w Lipsku po 9 marek 50 fen. za sztukę. *Klęsk.*

Stalewski. **Nowe agrafki do opatrunków.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 51, 1906). Używane obecnie agrafki mają tę wadę, że wymagają użycia obu rąk, a koniec igły przy zdejmowaniu często z trudnością wychodzi ze swej pochewki. Wady te usunął autor przez skrzyżowanie ramion agrafki. Agrafki te przy zdejmowaniu przez proste pociągnięcie otwierają się same, a zakładać je można jedną ręką. *Klęsk.*

Dönitz. **Zwiększanie znieczulania lędźwiowego ku górze.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 48). Rozległość znieczulenia lędźwiowego zależy od położenia chorego przed i po wstrzyknięciu, dalej od ciśnienia śródczaszkowego, a w końcu od ilości płynu, użytego do rozpuszczenia środka znieczulającego. Najlepiej wstrzykiwać u chorych siedzących, a potem układać ich z głową w dół podług Kadera. Co do ciśnienia śródczaszkowego krwi, to zwiększone ciśnienie (n. p. w chorobach serca) działa na znieczulenie niekorzystnie, zaś zmniejszone (utrudniony wdech, wymioty) dodatnio. Im więcej płynu użyjemy do rozpuszczenia środka znieczulającego, tem znieczulenie sięga wyżej i jest silniejsze. Obecnie używa się prawie wyłącznie tropakokainy. Uzyskać można znieczulenie bardzo wysoko sięgające, a Kader operuje w Krakowie w tem znieczuleniu już na szyi. Przez założenie opaski Biera na szyję przed wstrzyknięciem i przez zdjęcie jej po wstrzyknięciu można także uzyskać wysoko sięgające znieczulenie. Sposoby te dozwalają dawkować niejako znieczulenie i tak, chcąc osiągnąć znieczulenie nizkie, wstrzykujemy niewiele płynu u chorego leżącego, chcąc zaś operować wysoko, wstrzykujemy u chorych siedzących przy założonej opasce na szyi 10 ctm.^{3} płynu, potem układamy chorego z głową w dół, zdejmujemy opaskę i zaciskamy częściowo nos, celem utrudnienia wdechu. Kader znieczulenie wysokie osiąga dużemi dawkami (0,12—0,10). Autor zaś to samo osiąga przy 0,06 tropakokainy, stosując wyżej wymienione sposoby. *Klęsk.*

Prof. Baumgarten. **Badania nad działaniem Bierowskiej zastoiny w zakaźnych sprawach chorobowych.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 48). B. donosi o wynikach badań dra Heydego nad działaniem zastoiny w zakaźnych sprawach chorobowych. Króliki zakażano prątkami gruźliczymi, gronkowcami i prątkami wąglika, zwykle śródstawowo lub podskórnie, a następnie w różnych odstępach czasu zakładano opaskę, przy gruźlicy na 1—2 godzin, przy innych cierpieniach na 12 do 48 godzin. Najlepsze wyniki osiągnięto przy zakażeniu wąglikowem. Udawało się doświadczalnie zakażenie nawet powstrzymać, jeżeli opaskę zastosowano szybko na 36—48 godzin. Gorsze nieco były wyniki przy zakażeniu gronkowcami, mimo, że te są u królika mniej jadowite, niż u człowieka. Wogóle jednak rany goiły się szybciej przy stosowaniu opaski, natomiast przy rozległych ropieniach spostrzegano po założeniu opaski pogorszenie, a często po jej zdjęciu śmierć. Zupełnie bezcelową i nieuży-

teczną okazała się opaska przy leczeniu zakażeń gruźliczych. Sprawy stawowe pogarszały się stale, a nieraz dołączało się i ogólne zakażenie ustroju. Przesięk wcale nie działa, jak to twierdzi Noetzel, bakteryobójczo; przeciwnie Heydl stwierdził, że ma on znacznie słabsze bakteryobójcze własności, niż surowica prawidłowa. Korzystne działanie zastoiny polega według B. tylko na zwolnieniu wessania i rozcieńczeniu toksyn. *Klęsk.*

Katzenstein. **Badanie sprawności serca.** (*Med. Klinik* 1906, Nr 46). Dla chirurga najważniejszą rzeczą przed chloroformowaniem jest dokładne zbadanie sprawności serca. Autor podaje nowy sposób badania, opierający się na następującem założeniu: Jeżeli u zwierzęcia podwiążemy jedną z dużych tętnic i włączymy tym sposobem w krążenie tętnicze bardzo znaczny opór, to serce, pracując silniej, tak długo go pokonywa, dopóki przez rozszerzenie obocznych drobnych tętnic opory wogóle nie wrócą do stanu prawidłowego. Wyrazem zwiększonej pracy serca prawidłowego jest podniesienie się parcia krwi przy niezmienionej liczbie tętna; jeśli natomiast lewa komora znajduje się w stanie niedomogi, wówczas przeciwnie zwiększa się liczba skurczów serca, parcie krwi zaś wzmaga się, nie zmienia się, lub opada, stosownie do stanu mięśnia sercowego. U człowieka sposób postępowania jest bardzo prosty: stojąc po prawej stronie łóżka chorego, kładziemy prawą rękę na lewej tętnicy udowej w wysokości więzadła Pouparta, lewą zaś rękę na prawej tętnicy udowej; zliczywszy tętno, zaczynamy powoli uciskać tętnicę; jeśli w ciągu jakich $2\frac{1}{2}$ minut zupełnego ucisku nie zmieni się liczba tętna, to dowód, że serce jest zupełnie prawidłowe; przeciwnie przy niedomodze mięśnia sercowego tętno podnosi się o kilkanaście i więcej uderzeń. Na prostym tym sposobie badania można zupełnie polegać, jeśli się tylko zachowa pewne ostrożności: przedewszystkiem chory ma leżeć zupełnie spokojnie, poziomo, nie powinien kaszleć, śmiać się, ani też zwracać uwagi na całe badanie; sam ucisk nie powinien być bolesny. *Wilczyński.*

Herz. **Chirurgiczne leczenie porażnych stawów cepowatych: — więzadła jedwabne, czy ustalenie operacyjne stawu?** (*Münch. med. Wochs.* Nr 51, 1906). Zachęcony odczytem Langego, próbował autor leczyć stawy cepowate zapomocą zakładania więzadeł jedwabnych, po których tworzą się następowo naturalne zrosty. Po kilku jednak operacyach przekonał się, że więzadła te łatwo wyciągają się i wadliwe ułożenie wraca; wobec tego stosuje obecnie jedynie tylko operacyjne ustalenie cepowatego stawu porażnego. *Klęsk.*

Prof. König. **Jaki wpływ wywarło badanie promieniami Röntgena na postępowanie lekarza przy złamaniach kości?** (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr 47). W dużych zakładach badanie złamań kości promieniami Röntgena, jako bardzo wygodne dla chorego i lekarza, weszło już tak w życie, że przez to zaniedbuje się poprostu badania klinicznego. A jednak i o niem pamiętać należy, bo większość lekarzy nie może swych chorych badać promieniami Röntgena. Autor używa promieni Röntgena li tylko celem sprawdzenia rozpoznania klinicznego lub też w przypadkach wątpliwych. W niektórych tylko razach, jak złamania kości śródręcza i śródstopia, źle lub wcale dawniej nie rozpoznawanych i źle naturalnie leczonych, bez promieni Röntgena obejść się poprostu nie można. Zresztą powinien lekarz rozpoznawać złamanie klinicznem badaniem, a jedynie upewniać się czasami w przypadkach wątpliwych prześwietlaniem. *Klęsk.*

Lewin. **Przypadek nader obfitego odpływu cieczy mózgowo-rdzeniowej z zewnętrznego przewodu słuchowego przy nieuszkodzonej błonie bębenkowej.** (*Allg. med. Central-Ztg.* 1906, Nr 40). 14-letnia dziewczyna uderzyła się, upadając, uchem o róg pieca, poczem natychmiast pojawiły się gwałtowne bole głowy, kłucie w uchu i zawroty, co trwało przez 3 dni. Od trzeciego dnia wypływać zaczęła z ucha ciecz mózgowo-rdzeniowa (badano chemicznie), z początku skąpo, potem w ogromnej ilości. Chora chudła, bole głowy i zawroty zjawiały się przelotnie. Najlżejsze dotknięcie zgłębnikiem przedniej lub górnej ściany przewodu słuchowego wywoływało gwałtowne bole. Na błonie bębenkowej nie można było wykryć pęknięcia. Pęknięcie podstawy cząstki dotyczyło w tym przypadku tej jej części, która stanowi górną ścianę przewodu słuchowego zewnętrznego, oddzielającą go od środkowego dołu czaszkowego. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Okulistyka.

Skorobogatow. **Wskazania do operacyi Snellena, Watson Junga i Panasa przy podwinięciu powiek.** (*Wiestn. oftal.* 1906, Nr 5). Autor na podstawie wyników 906 dokonanych przez siebie operacyi, podaje następujące wskazania do wyboru sposobu operacyi przy podwinięciu powiek: Operacya Snellena daje najlepsze wyniki: 1) kiedy tarczka górnej powieki bywa szeroka, zgrubiała i wykrzywiona; 2) zbliznowanie jaglicze musi już być ukończone; 3) przy zwężeniu szpary powiekowej konieczna jest kantoplastyka. Operacyę Watson-Junga doradza autor stosować przy dwurzędności rzęs, przy cienkiej niewykrzywionej tarczce, gdy zbliznowanie jaglicze już jest ukończone. Sposób Panasa zaleca autor najbardziej przy wązkiej, wykrzywionej tarczce, gdy zbliznowanie nie jest zakończone i przy nawrotach. *Dr K. Karnicki* (Ptbg.).

Syczew. **Przypadek mięsaka czerniaczkowego spojówki.** (*Wiestn. oftal.* 1906, Nr 5). Do szpitala w Wiatce zgłosił się włościanin K. ze skargą na nieprawidłowość prawego oka. Badanie oka stwierdziło na nosowej części spojówki gałki ocznej ciemno-różową gładką narośl, wysoką do 4 mm., długą 2, szeroką 1 ctm., zajmującą wewnętrzną część rogówki. Bystrość wzroku 0,2. Z wywiadów okazało się, że chory przed 15 laty zauważył koło rogówki guzek wielkości główki od szpilki, który się zwiększał z początku bardzo powoli, lecz w końcu znacznie prędzej. Ponieważ chory się nie zgodził na wyłuszczenie gałki, wycięto narośl, a miejsce, z którego wyrastała, przypalono. Drobnowidowe badanie stwierdziło, iż był to mięsak czerniaczkowy wrzecionowato-komórkowy. *Dr K. Karnicki* (Ptbg.).

Lewenson. **Przypadek nitkowatego zmętnienia ciała szklistego.** (*Wiestn. oftal.* 1906, Nr 5). Do autora zgłosiła się chora, u której przy badaniu wziernikiem stwierdzono w ciele szklistem zmętnienie w postaci czarnej niteczki, trochę grubszej od zwyczajnych nici do szycia. Zmętnienie to grubszym końcem było przymocowane do tylnej torebki nieco wyżej i ku wewnątrz od tylnego bieguna soczewki; drugi zaś koniec był wolny i pływał w ciele szklistem przy ruchach gałki ocznej. Zdaniem autora jest to przypadek przetrwałej tętnicy ciała szklistego, ciekawy przez to, iż część tętnicy od strony tarczy nerwu wzrokowego uległa wessaniu, pozostała tylko część, przyczepiona do soczewki. *Dr K. Karnicki* (Ptbg.).

Terentieff. **Przypadek mnogości źrenic.** (*Wiestnik oftalm.* 1906, Nr 5). Do autora zgłosił się chory ze skargą na upośledzenie wzroku i światłowstręt, a badanie stwierdziło: bystrość wzroku 20/LXX; pole widzenia, spojówki i rogówki prawidłowe; brzegi powiek nieco przekrwione; źrenice nieco szersze w kierunku poziomym, prawidłowo oddziaływają na światło i akomodacyę. Barwa tęczówki lewego oka koło źrenicy szaro-biała, o jeden mm. wyżej zmienia się na ciemno-piwną; w obwodowej części tęczówki widać sześć szczelin różnej wielkości (do 1 mm.), przepuszczających światło. Barwa tęczówki prawego oka około źrenicy ciemno-piwna, o dwie linie dalej szaro-biała, a o $1\frac{1}{2}$ mm. wyżej znowu ciemno-piwna. W obwodowej części tęczówki koło południka pionowego znajduje się szczelina wielkości $\frac{1}{2}$ mm., przepuszczająca światło. Pod działaniem atropiny źrenice rozszerzają się, szczeliny zaś skracają się. *Dr K. Karnicki* (Ptbg.).

Chaillous. **Przypadek urazowego zapadnięcia gałki.** (*Ann. d'ocul.* 1906, Nr 9). 28-letni rolnik doznał silnego uderzenia drzewcem łopaty w prawe oko. Po ustąpieniu obrzęku stwierdził autor znaczne, bo około 10 mm. wynoszące, zapadnięcie gałki ocznej w głąb oczodołu, upośledzenie ruchomości, podwójne widzenie i wybroczyny na tarczy nerwu wzrokowego. Nadto przy pierwszem badaniu stwierdził C. wyraźne zaćmienie soczewki w pobliżu tylnego bieguna. W ciągu tygodnia zaćmienie to znikło bez śladu. Autor skłania się do zapatrywania Moraxa, który każde urazowe zapadnięcie gałki uważa za objaw uszkodzenia kości oczodołu, częstokroć nie dającego się zresztą inną drogą wykryć. *Doc. K. W. Majewski.*

Cantonnet. **Okolica Mariottea, a rokowanie w krótkowidztwie.** (*Arch. d'ophl.* Nr 6, 1906). Plamka Mariottea bywa w przypadkach krótkowidztwa zazwyczaj powiększona z powodu zaniku naczyniówki i siatkówki w otoczeniu tarczy, objawiającego się w postaci t. zw. garbiaka tylnego (*staphyloma posticum Scarpae*). Autor stwierdził jednak zapomocą bardzo subtelnego badania perymetrycznego osłabienie czynnościowe siatkówki w otoczeniu tej powiększonej plamki Mariottea w postaci względnej przerwy (*scotoma relativum*) dla barw. Postać i rozmiary tej przerwy bywają różne; miewa ona nieraz wypustki, daleko od tarczy odbiegające. Wziernik w odpowiednich miejscach siatkówki żadnych dostrzegalnych zmian nie wykrywa. Autor przypisuje bardzo ważne znaczenie prognostyczne tej nazwanej przez siebie »okolicy Mariottea«, uważając ją za wczesny podmiotowy objaw rozwijających się, choć niedostrzegalnych jeszcze zmian w siatkówce i naczyniówce, świadczących o postępującym charakterze krótkowidztwa. *Doc. K. W. Majewski.*

teczną okazała się opaska przy leczeniu zakażeń gruźliczych. Sprawy stawowe pogarszały się stale, a nieraz dołączało się i ogólne zakażenie ustroju. Przesięk wcale nie działa, jak to twierdzi Noetzel, bakteryobójczo; przeciwnie Heydl stwierdził, że ma on znacznie słabsze bakteryobójcze własności, niż surowica prawidłowa. Korzystne działanie zastoiny polega według B. tylko na zwolnieniu wessania i rozcieńczeniu toksyn. *Klęsk.*

Katzenstein. **Badanie sprawności serca.** (*Med. Klinik* 1906, Nr 46). Dla chirurga najważniejszą rzeczą przed chloroformowaniem jest dokładne zbadanie sprawności serca. Autor podaje nowy sposób badania, opierający się na następującem założeniu: Jeżeli u zwierzęcia podwiążemy jedną z dużych tętnic i włączymy tym sposobem w krążenie tętnicze bardzo znaczny opór, to serce, pracując silniej, tak długo go pokonywa, dopóki przez rozszerzenie obocznych drobnych tętnic opory wogóle nie wrócą do stanu prawidłowego. Wyrazem zwiększonej pracy serca prawidłowego jest podniesienie się parcia krwi przy niezmienionej liczbie tętna; jeśli natomiast lewa komora znajduje się w stanie niedomogi, wówczas przeciwnie zwiększa się liczba skurczów serca, parcie krwi zaś wzmaga się, nie zmienia się, lub opada, stosownie do stanu mięśnia sercowego. U człowieka sposób postępowania jest bardzo prosty: stojąc po prawej stronie łóżka chorego, kładziemy prawą rękę na lewej tętnicy udowej w wysokości więzadła Pouparta, lewą zaś rękę na prawej tętnicy udowej; zliczywszy tętno, zaczynamy powoli uciskać tętnicę; jeśli w ciągu jakich $2\frac{1}{2}$ minut zupełnego ucisku nie zmieni się liczba tętna, to dowód, że serce jest zupełnie prawidłowe; przeciwnie przy niedomodze mięśnia sercowego tętno podnosi się o kilkanaście i więcej uderzeń. Na prostym tym sposobie badania można zupełnie polegać, jeśli się tylko zachowa pewne ostrożności: przedewszystkiem chory ma leżeć zupełnie spokojnie, poziomo, nie powinien kaszleć, śmiać się, ani też zwracać uwagi na całe badanie; sam ucisk nie powinien być bolesny. *Wilczyński.*

Herz. **Chirurgiczne leczenie porażnych stawów cepowatych: — więzadła jedwabne, czy ustalenie operacyjne stawu?** (*Münch. med. Wochs.* Nr 51, 1906). Zachęcony odczytem Langego, próbował autor leczyć stawy cepowate zapomocą zakładania więzadeł jedwabnych, po których tworzą się następowo naturalne zrosty. Po kilku jednak operacyach przekonał się, że więzadła te łatwo wyciągają się i wadliwe ułożenie wraca; wobec tego stosuje obecnie jedynie tylko operacyjne ustalenie cepowatego stawu porażnego. *Klęsk.*

Prof. König. **Jaki wpływ wywarło badanie promieniami Röntgena na postępowanie lekarza przy złamaniach kości?** (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr 47). W dużych zakładach badanie złamań kości promieniami Röntgena, jako bardzo wygodne dla chorego i lekarza, weszło już tak w życie, że przez to zaniedbuje się poprostu badania klinicznego. A jednak i o niem pamiętać należy, bo większość lekarzy nie może swych chorych badać promieniami Röntgena. Autor używa promieni Röntgena li tylko celem sprawdzenia rozpoznania klinicznego lub też w przypadkach wątpliwych. W niektórych tylko razach, jak złamania kości śródręcza i śródstopia, źle lub wcale dawniej nie rozpoznawanych i źle naturalnie leczonych, bez promieni Röntgena obejść się poprostu nie można. Zresztą powinien lekarz rozpoznawać złamanie klinicznem badaniem, a jedynie upewniać się czasami w przypadkach wątpliwych prześwietlaniem. *Klęsk.*

Lewin. **Przypadek nader obfitego odpływu cieczy mózgowo-rdzeniowej z zewnętrznego przewodu słuchowego przy nieuszkodzonej błonie bębenkowej.** (*Allg. med. Central-Ztg.* 1906, Nr 40). 14-letnia dziewczyna uderzyła się, upadając, uchem o róg pieca, poczem natychmiast pojawiły się gwałtowne bole głowy, kłucie w uchu i zawroty, co trwało przez 3 dni. Od trzeciego dnia wypływać zaczęła z ucha ciecz mózgowordzeniowa (badano chemicznie), z początku skąpo, potem w ogromnej ilości. Chora chudła, bole głowy i zawroty zjawiały się przelotnie. Najlżejsze dotknięcie zgłębnikiem przedniej lub górnej ściany przewodu słuchowego wywoływało gwałtowne bole. Na błonie bębenkowej nie można było wykryć pęknięcia. Pęknięcie podstawy czaszki dotyczyło w tym przypadku tej jej części, która stanowi górną ścianę przewodu słuchowego zewnętrznego, oddzielającą go od środkowego dołu czaszkowego. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Okulistyka.

Skorobogatow. **Wskazania do operacyi Snellena, Watson Junga i Panasa przy podwinięciu powiek.** (*Wiestn. oftal.* 1906, Nr 5). Autor na podstawie wyników 906 dokonanych przez siebie operacyi, podaje następujące wskazania do wyboru sposobu operacyi przy podwinięciu powiek: Operacya Snellena daje najlepsze wyniki: 1) kiedy tarczka górnej powieki bywa szeroka, zgrubiała i wykrzywiona; 2) zbliznowanie jaglicze musi już być ukończone; 3) przy zwężeniu szpary powiekowej konieczna jest kantoplastyka. Operacyę Watson-Junga doradza autor stosować przy dwurzędności rzęs, przy cienkiej niewykrzywionej tarczce, gdy zbliznowanie jaglicze już jest ukończone. Sposób Panasa zaleca autor najbardziej przy wązkiej, wykrzywionej tarczce, gdy zbliznowanie nie jest zakończone i przy nawrotach. *Dr K. Karnicki* (Ptbg.).

Syczew. **Przypadek mięsaka czerniaczkowego spojówki.** (*Wiestn. oftal.* 1906, Nr 5). Do szpitala w Wiatce zgłosił się włościanin K. ze skargą na nieprawidłowość prawego oka. Badanie oka stwierdziło na nosowej części spojówki gałki ocznej ciemno-różową gładką narośl, wysoką do 4 mm., długą 2, szeroką 1 ctm., zajmującą wewnętrzną część rogówki. Bystrość wzroku 0,2. Z wywiadów okazało się, że chory przed 15 laty zauważył koło rogówki guzek wielkości główki od szpilki, który się zwiększał z początku bardzo powoli, lecz w końcu znacznie prędzej. Ponieważ chory się nie zgodził na wyłuszczenie gałki, wycięto narośl, a miejsce, z którego wyrastała, przypalono. Drobnowidowe badanie stwierdziło, iż był to mięsak czerniaczkowy wrzecionowato-komórkowy. *Dr K. Karnicki* (Ptbg.).

Lewenson. **Przypadek nitkowatego zmętnienia ciała szklistego.** (*Wiestn. oftal.* 1906, Nr 5). Do autora zgłosiła się chora, u której przy badaniu wziernikiem stwierdzono w ciele szklistem zmętnienie w postaci czarnej niteczki, trochę grubszej od zwyczajnych nici do szycia. Zmętnienie to grubszym końcem było przymocowane do tylnej torebki nieco wyżej i ku wewnątrz od tylnego bieguna soczewki; drugi zaś koniec był wolny i pływał w ciele szklistem przy ruchach gałki ocznej. Zdaniem autora jest to przypadek przetrwałej tętnicy ciała szklistego, ciekawy przez to, iż część tętnicy od strony tarczy nerwu wzrokowego uległa wessaniu, pozostała tylko część, przyczepiona do soczewki. *Dr K. Karnicki* (Ptbg.).

Terentieff. **Przypadek mnogości źrenic.** (*Wiestnik oftalm.* 1906, Nr 5). Do autora zgłosił się chory ze skargą na upośledzenie wzroku i światłowstręt, a badanie stwierdziło: bystrość wzroku 20/LXX; pole widzenia, spojówki i rogówki prawidłowe; brzegi powiek nieco przekrwione, źrenice nieco szersze w kierunku poziomym, prawidłowo oddziaływają na światło i akomodacyę. Barwa tęczówki lewego oka koło źrenicy szarobiała, o jeden mm. wyżej zmienia się na ciemno-piwną; w obwodowej części tęczówki widać sześć szczelin różnej wielkości (do 1 mm.), przepuszczających światło. Barwa tęczówki prawego oka około źrenicy ciemno-piwna, o dwie linie dalej szaro-biała, a o $1\frac{1}{2}$ mm. wyżej znowu ciemno-piwna. W obwodowej części tęczówki koło południka pionowego znajduje się szczelina wielkości $\frac{1}{2}$ mm., przepuszczająca światło. Pod działaniem atropiny źrenice rozszerzają się, szczeliny zaś skracają się.
Dr K. Karnicki (Ptbg.).

Chaillous. **Przypadek urazowego zapadnięcia gałki.** (*Ann. d'ocul.* 1906, Nr 9). 28-letni rolnik doznał silnego uderzenia drzewcem łopaty w prawe oko. Po ustąpieniu obrzęku stwierdził autor znaczne, bo około 10 mm. wynoszące, zapadnięcie gałki ocznej w głąb oczodołu, upośledzenie ruchomości, podwójne widzenie i wybroczyny na tarczy nerwu wzrokowego. Nadto przy pierwszem badaniu stwierdził C. wyraźne zaćmienie soczewki w pobliżu tylnego bieguna. W ciągu tygodnia zaćmienie to znikło bez śladu. Autor skłania się do zapatrywania Moraxa, który każde urazowe zapadnięcie gałki uważa za objaw uszkodzenia kości oczodołu, częstokroć nie dającego się zresztą inną drogą wykryć. *Doc. K. W. Majewski.*

Cantonnet. **Okolica Mariottea, a rokowanie w krótkowidztwie.** (*Arch. d'ophl.* Nr 6, 1906). Plamka Mariottea bywa w przypadkach krótkowidztwa zazwyczaj powiększona z powodu zaniku naczyniówki i siatkówki w otoczeniu tarczy, objawiającego się w postaci t. zw. garbiaka tylnego (*staphyloma posticum Scarpae*). Autor stwierdził jednak zapomocą bardzo subtelnego badania perymetrycznego osłabienie czynnościowe siatkówki w otoczeniu tej powiększonej plamki Mariottea w postaci względnej przerwy (*scotoma relativum*) dla barw. Postać i rozmiary tej przerwy bywają różne; miewa ona nieraz wypustki, daleko od tarczy odbiegające. Wziernik w odpowiednich miejscach siatkówki żadnych dostrzegalnych zmian nie wykrywa. Autor przypisuje bardzo ważne znaczenie prognostyczne tej nazwanej przez siebie »okolicy Mariottea«, uważając ją za wczesny podmiotowy objaw rozwijających się, choć niedostrzegalnych jeszcze zmian w siatkówce i naczyniówce, świadczących o postępującym charakterze krótkowidztwa. *Doc. K. W. Majewski.*

Raymond Beál. **Krwotoki siatkówkowe w przypadkach zgniecenia klatki piersiowej.** (*Ann. d'ocul.* 1906, Nr 5). Autor opisuje przypadek krwotoku siatkówki u górnika, który się dostał między dwa wózki, ładowne kamieniami. Krwotok wystąpił na jednem oku i zajął okolicę plamki żółtej. Krew uległa wessaniu, ale z czasem nastąpił zupełny zanik nerwów wzrokowych. Ponieważ w jednem oku była ograniczona, dawna plama zanikowa w naczyniówce, zapewne pochodzenia kiłowego, przypuszcza autor, że istniały już zmiany naczyniowe w siatkówce, które wywołały krwotok w chwili zgniecenia klatki piersiowej, mimo, że nie przyszło do wybroczyn ani w skórze, ani na spojówkach, ani na innych błonach śluzowych.

Doc. K. W. Majewski.

Sacher Masoch i Masochizm.

Szkic literacko-psychiatryczny według collegium publicum.

Skreślił

Prof. Dr L. Wachholz.

(Ciąg dalszy.)

Leopold Sacher, dyrektor policyi lwowskiej, pojął za żonę Karolinę Masoch, córkę profesora wszechnicy lwowskiej, a zarazem doktora medycyny, członka kollegium doktorskiego w Wiedniu, Franciszka Masocha. Wedle Schlichtegrolla, a za nim wedle Eulenburga, rodzina Masochów miała być rodziną rusińskiej szlachty. O szlachectwie tem rodziny Masochów milczą wszelkie autentyczne dokumenty. Wurzbach, nie ujmujący nikomu przynależnego mu tytułu, nazywa dziada macierzystego naszego autora wprost »Dr Franz Masoch« z pominięciem dodatku »von«, określającego szlachectwo. Podobnie opiewa jego tytuł w urzędowym schematyzmie z r. 1806. Tak więc na tych podstawach wyłączonem jest, by Dr Franciszek Masoch posiadał szlachectwo, co więcej nawet, nie ma żadnych danych, któreby dozwalały go uważać za Rusina, a nawet może wogóle za Słowianina.

Franciszek Masoch[8]) urodził się 21. kwietnia 1763 w Nowej Moldawie w Banacie Temeszwarskim, uczęszczał do szkół średnich w Schemnitz i w Wacowie na Węgrzech, na filozofię w Tyrnawie i Pradze, na wydział lekarski wreszcie w Wiedniu, gdzie też w r. 1788 uzyskał stopień doktora medycyny. Przez pewien czas pełnił obowiązki asystenta medyczno-chirurgiczno-praktycznej szkoły w szpitalu powszechnym. Chociaż nic zgoła nie ogłosił drukiem, uzyskał nominacyę na profesora zwyczajnego (14. listopada 1793) lwowskiej wszechnicy i w tymże czasie przybył do Lwowa, ożeniwszy się na krótki czas przed swem przesiedleniem. Od r. 1793 do 1807 był głównym nauczycielem licznych chirurgów galicyjskich i dostąpił w roku 1802 po raz pierwszy, a w r. 1828 po raz drugi godności rektora. W roku 1807 był zniewolony ustąpić z profesury, zdaje się z powodu zarzucanej mu »Lauigkeit in Dienstsachen«. W r. 1805 zniesiono uniwersytet we Lwowie, zamieniając go na liceum, przyczem wydział lekarski przeobrażono na studyum chirurgiczne. Wybitniejsze siły nauczycielskie przeniesiono z wydziału lekarskiego na ten sam wydział wszechnicy Jagiellońskiej. Dr Masoch pozostał we Lwowie jako profesor studyum chirurgicznego, opuścił jednak swe stanowisko po dwóch latach.

W r. 1816 oświadczył on gotowość objęcia wykładów bez wynagrodzenia, jeżeli będzie napowrót ustanowiony wydział lekarski. W latach 1818, 1819, 1827—28 i 1837—38 pełnił obowiązki protomedyka we Lwowie, w dalszym czasie zaś sprawował ten urząd bezpłatnie. W r. 1838 obchodził uroczyście 50-tą rocznicę swego doktoratu, przyczem ówcześni lekarze lwowscy uczcili nestora swego ofiarowaniem mu srebrnego pucharu ze stosowną dedykacyą[9]). Mniej szczęśliwym był Masoch jako ojciec rodziny, gdyż wcześnie utracił jedynego syna, również lekarza, który zmarł w czasie epidemii duru. Z dwóch córek jedną wydał za Leopolda Sachera, dyrektora policyi. Pragnąc zaś, aby nazwisko jego z nim nie zaginęło, wniósł podanie do tronu o zezwolenie na dołączenie jego nazwiska do nazwiska zięcia Sachera i jego potomstwa. Cesarskie postanowienie z 18. listopada 1838 uczyniło temu życzeniu zadość, odtąd też zięć jego i wnuk nosi nazwisko Sacher-Masocha. Zmarł w roku 1845 we Lwowie, licząc 82 lat życia.

O siłach nauczycielskich, jakie uzyskał lwowski uniwersytet w początkach swego istnienia, tak się wyraża Schlözer[10]): »aber nach Lemberg hat man unbekannte, meist ungelehrte, oft Leute ohne allen moralischen Charakter aus den übrigen Provinzen der Monarchie hingeschickt: diese sollen als öffentliche Lehrer die Aufklärer von Rot-Russland werden«. Co do Masocha można tylko stwierdzić, że w nauce pozostał zupełnie nieznanym, mimo, iż niewątpliwie oddał społeczeństwu lwowskiemu usługi jako lekarz. Do usług tych, a zarazem zasług, należy zaliczyć czynny jego udział w tłumieniu groźnej epidemii w r. 1806, a następnie to, że wspólnie z prof. Sedeyem i prof. Krausneckerem starał się rozpowszechnić szczepienie krowianką[11]), którą sprowadzał z Anglii (Boduszyński wprowadził szczepienie ospy w Krakowie już w r. 1801). Charakter jego musiał być nieposzlakowany, czego dowodem byłaby urządzona dlań przez lwowskich lekarzy uroczystość jubileuszowa, oraz nadanie mu przez magistrat lwowski honorowego obywatelstwa.

Trudniejszą do rozstrzygnięcia jest sprawa jego narodowości. W tym względzie nie ma żadnych danych w archiwum lwowskiego uniwersytetu[12]). Że nie zaliczał się do polskiej narodowości, wynika między innemi i stąd, że nazwisko jego nie mieści się w Słowniku lekarzy polskich Kośmińskiego. Z brzmienia nazwiska jego »Masoch« (Gąsiorowski nazywa go fałszywie Massokiem) nie można, zdaniem slawistów, których o zdanie zapytywałem, nic stanowczego wnosić. Okoliczność, że urodził się w Banacie temeszwarskim, nie wyłącza pochodzenia południowosłowiańskiego, lub może węgierskiego. W każdym razie pewnem jest, że nie był on potomkiem szlacheckiej rusińskiej rodziny, gdyż taka nigdy nie istniała. Tej pewności nie może zmienić oświadczenie naszego autora, wnuka dra Masocha, ogłoszone w r. 1866[13]) w odpowiedzi na surową krytykę Lorma, że nie jest, jak go nazywa Lorm, »ein deutscher Pole, Czeche, oder Slovene, sondern ein galizischer Russe«, gdyż urodził się »von russischen Eltern in dem russischen Galizien«. Twierdzeniu powyższemu przeczą dokumenty, a zaprzeczyłby zapewne i ojciec jego, gdyby był o narodowość swą zapytywany. Już i krytyk jego dzieł O. Glagau[14]) nie dawał wiary, aby był Rusinem z urodzenia, a potem dopiero wyuczył się języka niemieckiego. Ruskość jego pochodzenia jest na podstawie dokumentów tak samo nie autentyczną, jak nie rzeczywistemi, lecz tylko w jego fantazyi zrodzonemi są osoby wrzekomej jego ciotki, rusińskiej hrabiny Tarnow[15]), lub jego przyjaciela, rusińskiego hrabiego Komarowa[16]) i t. d. Autor nasz mógł się co najwięcej sam uważać za Rusina i to tem samem prawem, jakby się mógł uważać za Polaka[17]), lub za członka jakiejkolwiek wybranej przez siebie narodowości.

(C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Taksa leków do VIII wydania austryackiego lekospisu weszła w życie 1 stycznia b. r. Z tego powodu wydało ministerstwo spraw wewn. rozporządzenie (z 10. XII. 1906 Dz. p p. 236), zawierające szczegóły, dotyczące lekarzy. Oprócz dawno obowiązujących reguł co do zapisywania leków, których najwyższe dawki dozwolone zawarte są w tablicy III lekospisu (wypisywanie dawki w recepcie także słowami, dodawanie znaku (!) przy przekroczeniu dawki najwyższej), co do czytelności i dokładności recept, wpisywania w nie nazwiska i adresu chorego i t. p. zasługują na wzmiankę następujące postanowienia: Wśród leków, wydawanych tylko na przepis lekarski, stanowią wyjątek kwas karbolowy, siarkan cynku i miedzi oraz rozczyn formaliny, jeżeli są pobierane celem odkażania (co należy na wydanym leku oznaczyć wyraźnie napisem »do odkażania«), oraz chloroform w mieszaninach »do użytku zewnętrznego«, niezawierających go więcej nad 20%, (§ 3). Zastrzeżenie »na repetatur« nie

[8]) Finkel-Starzyński: Historya uniwersytetu lwowskiego. Lwów 1894. Str. 111 i d.

[9]) Gazeta lwowska z 7. czerwca 1838. Nr 67.

[10]) Staatsanzeigen T. XII. Z. 45—48. Göttingen 1788. Str. 301—310.

[11]) Gąsiorowski: Zbiór wiadomości do hist. sztuki lek. w Polsce. Poznań 1854. T. III. Str. 114.

[12]) Wyjaśnień w tym względzie udzielił mi prof. dr Sieradzki.

[13]) Gartenlaube (für Österreich).

[14]) Por. przedmowę do Sacher-Masocha: Eigentum.

[15]) Por. Sacher-Masocha: Venus im Pelz.

[16]) Pos. Sacher-Masocha: Marzella.

[17]) W noweli swej: Das Volksgericht, wyraża się: »unsere Czaren, unsere Könige von Polen....«

może być na receptach wydrukowane, lecz tylko w razie potrzeby dopisane (§ 6). Nie wolno na receptach dopisywać »secundum meam praescriptionem« lub innych uwag, wskazujących na potajemny układ lekarza z aptekarzem (§ 9). Wszystkie apteki są obowiązane mieć w zapasie przynajmniej po 2 flaszeczki surowicy przeciwbłoniczej o 1000 jedn. odp. (§ 24). — W rozporządzeniu znajdujące się postanowienia, dotyczące aptek domowych, utrzymywanych przez lekarzy, pomijamy, gdyż lekarze ci muszą posiadać egzemplarz nowej taksy i lekospisu i dokładnie się z ich treścią zapoznać. *R.*

Norma ordynacyjna austryacka t. j. postanowienia o zapisywaniu i wydawaniu leków na rachunek funduszów publicznych, została rozporządzeniem ministerstwa spraw wewn. z 10. XII. 1906 w niektórych szczegółach zmieniona. Norma ordynacyjna, wedle § 1 tego rozporządzenia, obowiązuje przy zapisywaniu leków na rachunek kraju, powiatów, gmin, funduszów publicznych, przez nie zarządzanych, kas chorych, urządzonych wedle ustawy o zabezpieczeniu chorych i innych zakładów, pozostających pod nadzorem państwa. § 2. Na klinikach i w ambulatoryach klinicznych nie jest przepisywanie leków ograniczone do środków, zawartych w lekospisie urzędowym, w takim razie, jeżeli chory nie żąda leków na koszt funduszów publicznych. § 3. Leki, niezawarte w lekospisie urzędowym, wolno zapisywać tylko wyjątkowo, z dopiskiem *»necesse«* na recepcie. § 4. przepisuje to samo co do surowic leczniczych. W § 7 wprowadzono tę zmianę, że sole jodowe, bromowe i chloran potasowy wolno zapisywać w rozczynie (dawniej wszystkie sole w wodzie rozpuszczalne, wolno było tylko pierwszy raz zapisać w rozczynie). § 8. Wodę przekroploną wolno zapisywać tylko do rozczynów azotanu srebra, protargolu, do wód ocznych i rozczynów do wstrzykiwań; zresztą należy używać wody zwykłej (*aq. fontis*). § 10. Do proszków tylko wtedy wolno dodawać cukru, jeżeliby dawka samego proszku bez dodatku ważyła mniej, niż 0·2. § 11. Do słodzenia rozczynów wolno używać tylko *Syr. aurant.*, *Syr. rubi id.*, *Syr. simpl.* i *Mel. dep.* w ilości 10%. § 14. Do maści wolno używać tylko *Adeps lanae hydrosus*, *Axungia porci*, *Ung. simpl.* lub *Vaselinum*. § 16. Na lekarstwa, rozkładające się pod wpływem światła, przepisywać należy ciemne flaszki. § 17. zakazuje zwracać aptece flaszek z lekarstw, używanych przez chorych zakaźnych; lekarz ma wtedy na recepcie dopisać *»ad vitrum novum«*. Reszta §§ nie uległa ważniejszym zmianom. *R.*

Wyszynk wódek w aptekach. Na zapytanie namiestnictwa wiedeńskiego wyjaśniło ministerstwo spraw wewn. w rozporządzeniu z 11. XII 1906. L. 31293, że wprawdzie ustawy przemysłowe nie wyłączają udzielenia aptekarzom koncesyi na wyszynk i sprzedaż wódek, że jednak ze względów policyjno-sanitarnych taki rodzaj ubocznego zarobkowania, jako nie stojący w żadnym związku z zadaniami apteki, uchybiający zresztą stanowi aptekarskiemu, nie jest dopuszczalny. Nadto nie możnaby pod żadnym warunkiem zezwolić na wyszynk i sprzedaż wódek w tymsamym lokalu, w którym mieści się apteka, z drugiej zaś strony zarówno przemysł aptekarski, jak i szynkarski, musi być wykonywany osobiście. Na mocy rozporządzenia namiestnictwa galicyjskiego z 20. XII 1906 L. 167551 VI b. stosuje się ten przepis ministerstwa i do aptek galicyjskich. *R.*

Udział znawców lekarskich przy udzielaniu zezwolenia na zakłady przemysłowe określa rozporządzenie austr. ministerstwa handlu z 14. I. 1907 w ten sposób, że znawcy muszą być powołani, ilekroć według zdania rządowego lekarza powiatowego w danym przemyśle wchodzą w grę względy sanitarne. Znawcy powinni jednak zawsze pamiętać, że postęp sanitarny związany jest ściśle z rozwojem ekonomicznym, że przeto nie jest zadaniem organów sanitarnych zamykać źródła zarobku, ale raczej godzić postęp przemysłu z postępami na polu higieny.

Procesy o odszkodowanie, wytaczane lekarzom przez chorych, mnożą się w Austryi w niezwykły sposób. Najczęściej skargi są nieuzasadnione i budzą podejrzenie, że źródłem ich jest chęć wymuszenia jakiegoś odczepnego. »Ärztl. Standesztg.« (Nr. 1) nawołuje też nietylko do ubezpieczania się lekarzy od odpowiedzialności pieniężnej (Haftpflichtversicherung), ale i do energicznych kroków przeciw temu nowemu rodzajowi pieniactwa, w wysokim stopniu krzywdzącego lekarzy. W ostatnich 2 tygodniach odbyły się w Wiedniu znowu aż 2 takie rozprawy sądowe: przeciw prymaryuszowi Dr Frankowi i jego asystentowi Dr Fornamitiemu (chory, któremu z powodu powikłań po wyłuszczeniu nowotworu uda musiano amputować nogę, żądał 50.000 k. odszkodowania), oraz przeciw Prof. Dr Bergmeistrowi (chory, któremu z powodu grożącego zapalenia współczulnego musiano wyłuszczyć oko, żądał 20.000 k.). W obu przypadkach sądy uznały skargę za nieuzasadnioną i oddaliły pretensye strony skarżącej.

Sprawę te porusza równocześnie Gersuny w »Öster. Vereinsztg.« (Nr 1) Ubezpieczenie lekarzy od odpowiedzialności cywilnej nie jest, zdaniem jego, wystarczające, ponieważ zapobiega wprawdzie znacznym stratom pieniężnym w razie przegrania procesu lub ponoszenia jego kosztów, zawsze, nawet w razie wygranej, znacznych, ale nie ochrania lekarza od innych szkód procesu, choćby pomyślnie zakończonego, mianowicie od straty czasu, od niepokoju i krzywdzącej opinii. Dlatego proponuje G. ubezpieczanie się chorych od niespodziewanych i nieobliczalnych powikłań w toku choroby (np. po operacyi), na wzór np. ubezpieczeń na czas podróży. Wskutek takich powikłań chory niewątpliwie jest poszkodowany; ubezpieczywszy się jednak od nich, nie będzie już wytaczał bezpodstawnego procesu niewinnemu lekarzowi, któryby musiał przegrać, a jednak odszkodowanie otrzyma. G. sądzi, że od chorych zamożniejszych będzie można żądać, by się w ten sposób sami ubezpieczali i dowód na to, np. przed operacyą, przedstawili lekarzowi; niejeden wreszcie lekarz poniesie niekiedy chętnie sam koszta ubezpieczenia, ze względu na drażliwość chorego. Za niezamożnych płacić powinny kasy chorych, fundusze ubogich i t. d., pokrywające wogóle koszta leczenia ich w szpitalach i ambulatoryach. *R.*

Rewersy operacyjne, mające chronić operatorów od niesłusznych napaści i skarg o odszkodowanie, a podpisywane przez chorych lub upoważnionych do tego członków ich rodziny, mają być podobno zaprowadzone w szpitalach wiedeńskich (»Ärzt. St.« 1). *R.*

Organizacyę felczerów w Królestwie wysuwa na pierwszy plan »Przegląd felczerski« (Nr. 1) w artykule programowym, uważając — szczególnym sposobem — za cel jej główny walkę z lekarzami, jako przeciwnikami felczeryzmu. *R.*

Nowa szkoła felczerów z internatem na 24 miejsca powstała z końcem r. z. w Wilnie. Skasowanie szkoły felczerskiej w Warszawie nie osiągnie więc celu, jak długo będą mogli do Królestwa przybywać władający językiem ludności wychowańcy szkoły wileńskiej. *R.*

Kasy chorych w Rosyi mają być według projektu, opracowanego przez ministerstwo handlu i przemysłu, zaprowadzone na mocy przygotowywanych ustaw robotniczych, na razie we wszystkich kopalniach i fabrykach, a z czasem mają być rozszerzone na zakłady rzemieślnicze, przedsiębiorstwa transportowe i budowlane, oraz przemysł rolny (»Kraj« Nr. 51). Czas więc, aby i lekarze pomyśleli o przygotowaniu się na związaną z tą reformą zmianę stosunków, — chociaż, co prawda, w Rosyi zwykle daleko od projektu do ustawy, a od ustawy do rzeczywistego jej wykonania. *R.*

Partactwo lekarskie szerzy się w Prusiech coraz bardziej. Było tam w r. 1904 partaczy 4104, w r. 1906 już 5529. Gdzieniegdzie więcej jest partaczy, niż lekarzy. W okręgu frankfurckim jest lekarzy 389, partaczy 327. 7·8% osób, zajmujących się partactwem, było poprzednio karanych sądownie za takie sprawki, jak zawinienie śmierci cudzej (14 osób), ciężkiego uszkodzenia (55), spędzenie płodu (10), kradzież (21), oszustwo (29), fałszerstwo (7), krzywoprzysięstwo, bankructwo, włóczęgostwo i t. d. I takie ładne towarzystwo, zauważa »Ärztl. Standesztg« (Nr. 1) ma prawo w Niemczech trudnić się »leczeniem«!. W Szwajcaryi o tyle poprawiły się stosunki, że do walki z partactwem zabrała się w ostatnich czasach dzielnie prasa codzienna. Ale też doszło tam do ostateczności, skoro z 75 partackich środków okazało się przy urzędowem badaniu 59 niebezpiecznych dla życia; reszta nie miała żadnej wartości, a sprzedawaną była 30—50 razy drożej, niż w zwykłym handlu. *R.*

Fundusz pensyjny lekarzy okręgowych galicyjskich będzie, jak zapewnia »Głos lekarzy« (Nr. 1), niewątpliwie załatwiony przez Sejm w ciągu r. 1907. *R.*

Kasa wsparcia wdów i sierót Związku austr. Towarzystw lekarskich (»Oesterr. Aerztevereinsverband«) przeznaczyła do rozdziału na wsparcia za r. 1906 kwotę 19.959 koron. (Kwota ta, jak wiadomo, bywa w odpowiednim stosunku przekazywaną do rozdziału Izbom lekarskim). *R.*

W sprawie lekarzy szkolnych zapytywał rząd austryacki, mają ich w szkołach ustanowić, o opinię wszelakie instytucye pedagogiczne i t. d., pominął tylko najbardziej do wydania opinii powołane — koła lekarskie, w szczególności Izby lek. Izba morawska zaprotestowała przeci temu pominięciu, żądając powołania ankiety z udziałem Izb lekarskich. *R.*

może być na receptach wydrukowane, lecz tylko w razie potrzeby dopisane (§ 6). Nie wolno na receptach dopisywać »secundum meam praescriptionem« lub innych uwag, wskazujących na potajemny układ lekarza z aptekarzem (§ 9). Wszystkie apteki są obowiązane mieć w zapasie przynajmniej po 2 flaszeczki surowicy przeciwbłoniczej o 1000 jedn. odp. (§ 24). — W rozporządzeniu znajdujące się postanowienia, dotyczące aptek domowych, utrzymywanych przez lekarzy, pomijamy, gdyż lekarze ci muszą posiadać egzemplarz nowej taksy i lekospisu i dokładnie się z ich treścią zapoznać. *R.*

Norma ordynacyjna austryacka t. j. postanowienia o zapisywaniu i wydawaniu leków na rachunek funduszów publicznych, została rozporządzeniem ministerstwa spraw wewn. z 10. XII. 1906 w niektórych szczegółach zmieniona. Norma ordynacyjna, wedle § 1 tego rozporządzenia, obowiązuje przy zapisywaniu leków na rachunek kraju, powiatów, gmin, funduszów publicznych, przez nie zarządzanych, kas chorych, urządzonych wedle ustawy o zabezpieczeniu chorych i innych zakładów, pozostających pod nadzorem państwa. § 2. Na klinikach i w ambulatoryach klinicznych nie jest przepisywanie leków ograniczone do środków, zawartych w lekospisie urzędowym, w takim razie, jeżeli chory nie żąda leków na koszt funduszów publicznych. § 3. Leki, niezawarte w lekospisie urzędowym, wolno zapisywać tylko wyjątkowo, z dopiskiem »*necesse*« na recepcie. § 4. przepisuje to samo co do surowic leczniczych. W § 7 wprowadzono tę zmianę, że sole jodowe, bromowe i chloran potasowy wolno zapisywać w rozczynie (dawniej wszystkie sole w wodzie rozpuszczalne, wolno było tylko pierwszy raz zapisać w rozczynie). § 8. Wodę przekroploną wolno zapisywać tylko do rozczynów azotanu srebra, protargolu, do wód ocznych i rozczynów do wstrzykiwań; zresztą należy używać wody zwykłej (*aq. fontis*). § 10. Do proszków tylko wtedy wolno dodawać cukru, jeżeliby dawka samego proszku bez dodatku ważyła mniej, niż 0·2. § 11. Do słodzenia rozczynów wolno używać tylko *Syr. aurant.*, *Syr. rubi id.*, *Syr. simpl.* i *Mel. dep.* w ilości 10%. § 14. Do maści wolno używać tylko *Adeps lanae hydrosus*, *Axungia porci*, *Ung. simpl.* lub *Vaselinum*. § 16. Na lekarstwa, rozkładające się pod wpływem światła, przepisywać należy ciemne flaszki. § 17. zakazuje zwracać aptece flaszek z lekarstw, używanych przez chorych zakaźnych; lekarz ma wtedy na recepcie dopisać »*ad vitrum novum*«. Reszta §§ nie uległa ważniejszym zmianom. *R.*

Wyszynk wódek w aptekach. Na zapytanie namiestnictwa wiedeńskiego wyjaśniło ministerstwo spraw wewn. w rozporządzeniu z 11. XII 1906. L. 31293, że wprawdzie ustawy przemysłowe nie wyłączają udzielenia aptekarzom koncesyi na wyszynk i sprzedaż wódek, że jednak ze względów policyjno-sanitarnych taki rodzaj ubocznego zarobkowania, jako nie stojący w żadnym związku z zadaniami apteki, uchybiający zresztą stanowi aptekarskiemu, nie jest dopuszczalny. Nadto nie możnaby pod żadnym warunkiem zezwolić na wyszynk i sprzedaż wódek w tymsamym lokalu, w którym mieści się apteka, z drugiej zaś strony zarówno przemysł aptekarski, jak i szynkarski, musi być wykonywany osobiście. Na mocy rozporządzenia namiestnictwa galicyjskiego z 20. XII 1906 L. 167551 VI b. stosuje się ten przepis ministerstwa i do aptek galicyjskich. *R.*

Udział znawców lekarskich przy udzielaniu zezwolenia na zakłady przemysłowe określa rozporządzenie austr. ministerstwa handlu z 14. I. 1907 w ten sposób, że znawcy muszą być powołani, ilekroć według zdania rządowego lekarza powiatowego w danym przemyśle wchodzą w grę względy sanitarne. Znawcy powinni jednak zawsze pamiętać, że postęp sanitarny związany jest ściśle z rozwojem ekonomicznym, że przeto nie jest zadaniem organów sanitarnych zamykać źródła zarobku, ale raczej godzić postęp przemysłu z postępami na polu higieny.

Procesy o odszkodowanie, wytaczane lekarzom przez chorych, mnożą się w Austryi w niezwykły sposób. Najczęściej skargi są nieuzasadnione i budzą podejrzenie, że źródłem ich jest chęć wymuszenia jakiegoś odczepnego. »Ärztl. Standesztg.« (Nr. 1) nawołuje też nietylko do ubezpieczania się lekarzy od odpowiedzialności pieniężnej (Haftpflichtversicherung), ale i do energicznych kroków przeciw temu nowemu rodzajowi pieniactwa, w wysokim stopniu krzywdzącego lekarzy. W ostatnich 2 tygodniach odbyły się w Wiedniu znowu aż 2 takie rozprawy sądowe: przeciw prymaryuszowi Dr Frankowi i jego asystentowi Dr Fornamitiemu (chory, któremu z powodu powikłań po wyłuszczeniu nowotworu uda musiano amputować nogę, żądał 50.000 k. odszkodowania), oraz przeciw Prof. Dr Bergmeistrowi (chory, któremu z powodu grożącego zapalenia współczulnego musiano wyłuszczyć oko, żądał 20.000 k.). W obu przypadkach sądy uznały skargę za nieuzasadnioną i oddaliły pretensye strony skarżącej.

Sprawę te porusza równocześnie G e r s u n y w »Öster. Vereinsztg.« (Nr 1) Ubezpieczenie lekarzy od odpowiedzialności cywilnej nie jest, zdaniem jego, wystarczające, ponieważ zapobiega wprawdzie znacznym stratom pieniężnym w razie przegrania procesu lub ponoszenia jego kosztów, zawsze, nawet w razie wygranej, znacznych, ale nie ochrania lekarza od innych szkód procesu, choćby pomyślnie zakończonego, mianowicie od straty czasu, od niepokoju i krzywdzącej opinii. Dlatego proponuje G. ubezpieczanie się chorych od niespodziewanych i nieobliczalnych powikłań w toku choroby (np. po operacyi), na wzór np. ubezpieczeń na czas podróży. Wskutek takich powikłań chory niewątpliwie j e s t poszkodowany; ubezpieczywszy się jednak od nich, nie będzie już wytaczał bezpodstawnego procesu niewinnemu lekarzowi, któryby musiał przegrać, a jednak odszkodowanie otrzyma. G. sądzi, że od chorych zamożniejszych będzie można żądać, by się w ten sposób sami ubezpieczali i dowód na to, np. przed operacyą, przedstawili lekarzowi; niejeden wreszcie lekarz poniesie niekiedy chętnie sam koszta ubezpieczenia, ze względu na drażliwość chorego. Za niezamożnych płacić powinny kasy chorych, fundusze ubogich i t. d., pokrywające wogóle koszta leczenia ich w szpitalach i ambulatoryach. *R.*

Rewersy operacyjne, mające chronić operatorów od niesłusznych napaści i skarg o odszkodowanie, a podpisywane przez chorych lub upoważnionych do tego członków ich rodziny, mają być podobno zaprowadzone w szpitalach wiedeńskich (»Ärzt. St.« 1). *R.*

Organizacyę felczerów w Królestwie wysuwa na pierwszy plan »Przegląd felczerski« (Nr. 1) w artykule programowym, uważając — szczególnym sposobem — za cel jej g ł ó w n y walkę z lekarzami, jako przeciwnikami felczeryzmu. *R.*

Nowa szkoła felczerów z internatem na 24 miejsca powstała z końcem r. z. w Wilnie. Skasowanie szkoły felczerskiej w Warszawie nie osiągnie więc celu, jak długo będą mogli do Królestwa przybywać władający językiem ludności wychowańcy szkoły wileńskiej. *R.*

Kasy chorych w Rosyi mają być według projektu, opracowanego przez ministerstwo handlu i przemysłu, zaprowadzone na mocy przygotowywanych ustaw robotniczych, na razie we wszystkich kopalniach i fabrykach, a z czasem mają być rozszerzone na zakłady rzemieślnicze, przedsiębiorstwa transportowe i budowlane, oraz przemysł rolny (»Kraj« Nr. 51). Czas więc, aby i lekarze pomyśleli o przygotowaniu się na związaną z tą reformą zmianę stosunków, — chociaż, co prawda, w Rosyi zwykle daleko od projektu do ustawy, a od ustawy do rzeczywistego jej wykonania. *R.*

Partactwo lekarskie szerzy się w P r u s i e c h coraz bardziej. Było tam w r. 1904 partaczy 4104, w r. 1906 już 5529. Gdzieniegdzie więcej jest partaczy, niż lekarzy. W okręgu frankfurckim jest lekarzy 389, partaczy 327. 7·8% osób, zajmujących się partactwem, było poprzednio karanych sądownie za takie sprawki, jak zawinienie śmierci cudzej (14 osób), ciężkiego uszkodzenia (55), spędzenie płodu (10), kradzież (21), oszustwo (29), fałszerstwo (7), krzywoprzysięstwo, bankructwo, włóczęgostwo i t. d. I takie ładne towarzystwo, zauważa »Ärztl. Standesztg« (Nr. 1) ma prawo w Niemczech trudnić się »leczeniem«!. W S z w a j c a r y i o tyle poprawiły się stosunki, że do walki z partactwem zabrała się w ostatnich czasach dzielnie prasa codzienna. Ale też doszło tam do ostateczności, skoro z 75 partackich środków okazało się przy urzędowem badaniu 59 niebezpiecznych dla życia; reszta nie miała żadnej wartości, a sprzedawaną była 30—50 razy drożej, niż w zwykłym handlu. *R.*

Fundusz pensyjny lekarzy okręgowych galicyjskich będzie, jak zapewnia »Głos lekarzy« (Nr. 1), niewątpliwie załatwiony przez Sejm w ciągu r. 1907. *R.*

Kasa wsparcia wdów i sierót Związku austr. Towarzystw lekarskich (»Oesterr. Aerztevereinsverband«) przeznaczyła do rozdziału na wsparcia za r. 1906 kwotę 19.959 koron. (Kwota ta, jak wiadomo, bywa w odpowiednim stosunku przekazywaną do rozdziału Izbom lekarskim). *R.*

W sprawie lekarzy szkolnych zapytywał rząd austryacki, mają ich w szkołach ustanowić, o opinię wszelakie instytucye pedagogiczne i t. d., pominął tylko najbardziej do wydania opinii powołane — koła lekarskie, w szczególności Izby lek. Izba morawska zaprotestowała przeci temu pominięciu, żądając powołania ankiety z udziałem Izb lekarskich. *R.*

Asanacyę miast galicyjskich ułatwi osobny nowy fundusz, jaki według projektu wydziału krajowego ma utworzyć sejm wspólnie z rządem. Z funduszu tego, mającego wynosić 4,000.000 koron, otrzyma zasiłki na asanacyę (wodociągi, kanalizacyę i t. d.) przeszło 50 miast, które nie otrzymują dotacyi krajowej z tytułu wygaśnięcia prawa propinacyi. *R.*

Lekarzy w Austryi było z końcem r. 1906 11.937 (w r. 1905—11764), z tego w Galicyi 1480 (1479).

Premie dla matek w Krakowie. Krakowska »Kropla mleka oraz biuro porady dla matek« rozdzielać pocznie w r. b. na wzór zagranicy premie (po 10 koron w złocie) między te matki i wychowawczynie, które odznaczą się starannem i wzorowem pielęgnowaniem niemowlęcia. Warunek ubiegania się stanowi regularne uczęszczanie do wagi i kontroli w przepisanych terminach i ściśle przestrzeganie wskazówek lekarza co do żywienia niemowlęcia. Prawo do uzyskania premii nie jest ograniczone do osób, korzystających z »Kropli mleka«; owszem, pierwszeństwo będą miały matki karmiące. *Ż.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 30. grudnia 1906 do 5. stycznia 1907 doniesiono o 12 nowych przypadkach duru plamistego w 4 gminach, a mianowicie miasto Kraków (chora przywieziona z Podgórza), pow. Horodenka (m. Horodenka 3), Podgórze (m. Podgórze 1), Rawa (Biała 7), oraz o 1 przypadku nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych w pow. Przeworsk (m. Kańczuga 1). *Ż.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 1. do 5. I. 1907 przypadków: błonicy 4, † 2, płonicy 5, † 1, odry 20, duru brzusznego 1.

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 30. XII. 1906 do 5. I. 1907 urodziło się dzieci żywo 59, nieżywo 3; zmarło osób 55 (obcych 21), z tego z gruźlicy 14 (6), zapalenia płuc 2 (1), błonicy 3 (3), płonicy 3 (1), krztuśca —, odry —, cholery niemowląt —, zakażenia przyrannego 2 (2), śmiercią gwałtowną 2 (1).

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Wydział gospodarczy Zjazdu rozesłał wszystkim lekarzom i przyrodnikom polskim zaproszenia, zawierające ogólne postanowienia i wskazówki dla uczestników, oraz pogląd na organizacyę zjazdu i podział na sekcye.

Ilość sekcyi postanowił obecny Wydział powiększyć o jedną, całkiem nową, mianowicie przyrodniczo-dydaktyczną, w której omawiana będzie, szczególnie dla Królestwa ważna, sprawa nauczania nauk przyrodniczych. Z inicyatywy Radcy Dworu prof. dra L. Rydygiera ma być na Zjeździe wszechstronnie omówiony program badań nad istotą i leczeniem raka. Dla sprawy tej przeznaczono jedno posiedzenie zbiorowe; w miarę ilości i ważności zgłoszonego materyału utworzoną będzie dla tej sprawy osobna sekcya.

W czasie Zjazdu odbędzie się uroczyste odsłonięcie pomnika ś. p. Marcelego Nenckiego w budynku chemii lekarskiej Uniw. lwowskiego.

W przeddzień Zjazdu, 21. lipca, odbędzie się obchód jubileuszowy ćwierćwiekowego istnienia lwowskiej Akademii weterynaryjnej.

W czasie trwania Zjazdu wydawany będzie codzień rano »Dziennik Zjazdu«, podający sprawozdania z dnia poprzedniego i informacye oraz program na dzień następny. Ostatni numer tego wydawnictwa wyjdzie w możliwie najkrótszym czasie po Zjeździe. »Dziennik« stanowić będzie widoczny ślad dorobku naukowego Zjazdu. »Dziennik« pomieści w streszczeniu te jedynie wykłady, które równocześnie z ich zgłoszeniem, a przynajmniej tuż przed ich wypowiedzeniem, jako autoreferaty wręczone zostaną sekretarzowi odpowiedniej sekcyi. W razie przeciwnym tylko tytuł wykładu w »Dzienniku« umieszczony zostanie.

Prócz »Dziennika« otrzyma każdy członek Zjazdu »Przewodnik po Lwowie«, którego redakcyi podjął się prof. dr Józef Wiczkowski.

Dla zapewnienia członkom zamiejscowym odpowiedniego mieszkania zawiązał się osobny komitet kwaterunkowy, na którego czele stanął dr Teofil Stachiewicz. Komu zatem zależy na stosownem pomieszkaniu, musi najpóźniej na 14 dni przed rozpoczęciem Zjazdu zgłosić się z zamówieniem do sekretarza głównego (ul. Jagiellońska l. 8), wyszczególnić swe wymagania (ile osób, pokoi, łóżek, czy w hotelu, czy prywatnie i t. p.) i nadesłać z góry najniższe koszta za 4 dni pobytu (12 kor. od osoby, a 20 koron od dwu osób w jednym pokoju). Tym, którzy się zgłoszą później lub dopiero w czasie Zjazdu, komitet nie odmówi swego pośrednictwa, lecz nie może zaręczyć, czy wymagania ich zdoła zupełnie zadowolnić. Komitet postara się o urządzenie i wspólnych sypialni w opróżnionych salach szkolnych za bardzo małem wynagrodzeniem.

Wydział gospodarczy poczyni wszelkie zabiegi, aby dla członków Zjazdu otrzymać zniżenie opłaty na kolejach państwowych galicyjskich.

Dla ułatwienia prac i porozumienia się z lekarzami i przyrodnikami w różnych dzielnicach zawiązały się miejscowe komitety organizacyjne. Komitet organizacyjny warszawski tworzą: dwaj zastępcy członka »Stałej Delegacyi Zjazdów« prof. dra Baranowskiego, a zarazem komisarze Wydziału gospodarczego: dr Rychliński (Bracka 23) i p. Wł. Leppert (Aleja Jerozolimska 82), oraz członkowie: dr B Korybut Daszkiewicz (Sadowa 15) i dr Zembrzuski (Widok 11). Komitet organizacyjny poznański tworzą: członek »Stałej Delegacyi Zjazdów« dr Święcicki (pałac Działyńskich), zastępca dr Chłapowski (Ogrodowa 13) oraz dr Dembiński (Rycerska 3), dr Gantkowski (Rynek 60) i dr Łazarewicz, redaktor »Nowin lekarskich«. Komitet organizacyjny krakowski tworzą: prym. dr Borzęcki (Floryańska 33), doc. dr Gliński (Collegium medicum), prof. dr Łepkowski (Straszewskiego 27), prof. dr Morozewicz (Wolska 9) i prof. dr Siedlecki (Krzywa 7). W Ameryce stara się Wydział gospodarczy o współudział dra Fronczaka w Buffalo N. Y. (Fillmore Avenue 806).

Wykłady i demonstracye zgłaszać należy do gospodarzy odpowiednich sekcyi z dołączeniem krótkiego streszczenia dla »Dziennika Zjazdu«. Ostateczny termin zgłaszania się z wykładem ustanowiono na 1. czerwca 1907.

Wszelkie pisma, nie odnoszące się do wystawy lub do wykładów, adresować należy do Sekretarza głównego Wydziału gospodarczego X. Zjazdu, doc. dra Adama Szulisławskiego (Lwów, Jagiellońska 8). Tu też nadsyłać należy wkładkę, która wynosi 20 koron (8 rubli, 18 marek, 20 franków, 4 dolary) od członka Zjazdu. Połowę tej kwoty płaci każda osoba towarzysząca, n. p. panie, chcące wziąć udział w Zjeździe.

Sekcye X. Zjazdu będą następujące: 1. przyrodniczo-dydaktyczna: gospodarze: prof. dr Kazimierz Twardowski, prezes Tow. nauczycieli szkół wyższych, (Gołębia 10), prof. dr Tadeusz Wiśniowski (Turecka 1); 2. matematyczno-fizyczna (łącznie z astronomią): prof. dr Józef Puzyna (Pańska 18), prof. dr Maryan Smoluchowski (Długosza 8); 3. chemiczna i farmaceutyczna: prof. dr Bronisław Radziszewski (Długosza 6), prof. dr Stanisław Tołłoczko (Długosza 6), mag. farm. Karol Sklepiński (Grodzickich 2); 4. mineralogii, geologii, paleontologii, geografii fizycznej i meteorologii: R. Dw. prof. dr Julian Niedźwiedzki (Politechnika), prof. dr Emil Dunikowski (Tańskiej 1); 5. anatomiczno-zoologiczna: R. Dw. prof. dr Henryk Kadyj (Zielona 15), prof. dr Józef Nussbaum (Ścieżkowa 20); 6. botaniczna: prof. dr Teofil Ciesielski (Gołębia 3), prof. dr Maryan Raciborski (Dublany pode Lwowem); 7. przyrodniczo-rolnicza: prof. dr Kazimierz Miczyński (Dublany pode Lwowem); 8. filozoficzna: prof. dr Kazimierz Twardowski (Gołębia 10); 9. techniczna (mechanika, inżynierya, budownictwo, technologia chemiczna i elektrotechnika): Karol Epler, em. inżynier kolei państw. (Kraszewskiego 19), Roman Ingarden, c. k. st. radca budownictwa (Namiestnictwo); 10) fizyologiczna (fizyologia, chemia fizyologiczna, farmakologia i patologia doświadczalna): prof. dr Adolf Beck (Zyblikiewicza 4); 11. patologiczna (anatomia patologiczna, patologia ogólna, bakteryologia lekarska): prof. dr Andrzej Obrzut (Kraszewskiego 3), prof. dr Paweł Kučera (Łyczakowska 133); 12. medycyny wewnętrznej (łącznie z balneologią i hydroterapią). prof. dr Antoni Gluziński (Piekarska 14); 13. pedyatryczna: prof. dr Jan Raczyński (Sykstuska 42); 14. chirurgiczna (jako Zjazd chirurgów polskich): R. Dw. prof. dr Ludwik Rydygier (Mickiewicza 8); 15. oto-rynolaryngologiczna: dr Lesław Gluziński (Wałowa 14); 16. chorób skórnych i wenerycznych: prof. dr Włodzimierz Łukasiewicz (Kraszewskiego 5); 17. chorób nerwowych i umysłowych: prof. dr Henryk Halban (Kraszewskiego 5); 18. okulistyczna: prof. dr Emanuel Machek (Akademicka 11); 19. ginekologiczno-położnicza: prof. dr Antoni Mars (Kościuszki 14); 20. medycyny publicznej (higiena, policya lekarska, badanie środków spożywczych): R. Dw. dr Józef Merunowicz (Namiestnictwo, Biuro sanitarne), prof. dr Paweł Kučera (Łyczakowska 133); 21. medycyny sądowej (medycyna sądowa, toksykologia, psychopatologia sądowa, antropologia kryminalna, sprawy ubezpieczeń od wypadków, wynagrodzenie szkód, kasy chorych): prof. dr Włodzimierz Sie-

radzki (Czarnieckiego 3); 22. dentystyczna: doc. dr Andrzej Gońka (Kopernika 1); 23. spraw zawodowych stanu lekarskiego: prezes Izby lekarskiej dr Edward Festenburg (Dominikańska 11); 24. weterynaryjna: prof. Stanisław Królikowski (Kochanowskiego 33); 25. prasy lekarskiej: rektor prof. dr Józef Szpilman (Kochanowskiego 33); 26. wychowania fizycznego: dr Eugeniusz Piasecki (Trzeciego Maja 5); A) posiedzenie zbiorowe członków wszystkich sekcyi dla sprawy raka: R. Dw. prof. dr Ludwik Rydygier (Mickiewicza 8); B) posiedzenie zbiorowe dla sprawy alkoholizmu: prof. dr Stanisław Bądzyński (Gosiewskiego 4).

Sekcya wychowania fizycznego podaje do wiadomości następujący tymczasowy program obrad:

I. Posiedzenie wspólne z sekcyą higieniczną: A) Referaty: 1. Stan obecny higieny szkolnej w Polsce. Trzej sprawozdawcy, po jednym z każdej dzielnicy. 2. Nauka jedno- i dwurazowa. 3. Przerwy szkolne i ich znaczenie zdrowotne. 4. Szkoła wobec kwestyi płciowej. B) Odczyty zgłoszone.

II. Posiedzenie osobne (w razie większego napływu materyału, dwa posiedzenia). A) Referaty: 5. Postępy na polu wychowania fizycznego w Polsce od ostatniego Zjazdu (1900 r.). [Sprawozdawcy jak pod 1]. 6. Praca ręczna jako czynnik wychowania fizycznego: a) pogląd ogólny, b) systemy slöjdu, c) praca w polu młodzieży szkolnej — dla każdej części osobny sprawozdawca. B) Odczyty zgłoszone.

Komitet gospodarczy poczynił starania, aby referaty dostały się w ręce najbardziej powołane. Poza tem zaprasza wszystkich rodaków, zajmujących się danym działem, do uczestnictwa w pracach sekcyi i do zgłaszania odczytów na tematy dowolne z zakresu higieny szkolnej i wychowania fizycznego.

Gospodarz sekcyi: *dr Eug. Piasecki* (Lwów, ul. 3. Maja 2.).

VI posiedzenie Wydziału gospodarczego X. Zjazdu odbyło się 2. I. 1907. Na posiedzeniu tem przyjęto z uznaniem do wiadomości, iż młodzież akademicka ofiarowała swą pomoc w pracach komitetu; rozważano sprawę publicznych wykładów na posiedzeniach ogólnych; przyjęto do wiadomości układy, toczące się z księgarnią p. Altenberga co do wydawnictwa »Przewodnika po Lwowie«. Prof. Wiśniowski przedstawił program prac sekcyi przyrodniczo-dydaktycznej, poczem uchwalono na wystawie zjazdowej urządzić przeglądową wystawę szkolnych podręczników przyrodniczych, oraz wzorową pracownię przyrodniczą dla szkoły średniej.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 9. b. m. posiedzenie, na którem zarząd złożył sprawozdanie za rok ubiegły.

— Wyszedł z druku pierwszy zeszyt dzieła p. t. »Nauka położnictwa dla uczniów i lekarzy«, napisanego przez prof. dra Jordana ze współudziałem doc. dra Dobrowolskiego, a wydawanego przez »Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. E. Korczyńskiego« i jest do nabycia w księgarniach po cenie 7 kor. Drugi zeszyt, dopełniający, wyjdzie w czerwcu 1907.

— Stosunki zdrowotne Krakowa w świetle cyfr nie wyglądają niestety pomyślnie. Według wykazów wiedeńskiej centralnej komisyi statystycznej wynosiła w r. 1906 śmiertelność (od 1 stycznia po koniec listopada): we Lwowie 22·1, w Krakowie 27·3, w Wiedniu 17‰ (mieszkańców), śmiertelność zaś z chorób zakaźnych we Lwowie 2·92, w Krakowie 7·99, w Wiedniu 5·17% (zmarłych). Oto wymowny komentarz uwag naszych, pomieszczonych w Nr 52 r. z.

— *Otrzymujemy następujące pismo:*

Zarząd Biblioteki uczniów Wydziału lekarskiego Uniw. Jag. składa niniejszem najszczersze podziękowanie JWP. prof. drowi Józefowi Łazarskiemu za ofiarowane na cele Biblioteki 100 kor., a JWP. prof. drowi Waleremu Jaworskiemu za ofiarowane na tenże cel 30 kor. Hojne te dary na rzecz instytucyi humanitarnej, która już szeregowi pokoleń studenckich ułatwiła studya, zachęcą, mamy nadzieję, wielu lekarzy do poparcia Biblioteki, z której usług niegdyś korzystali.

Za Zarząd Biblioteki: *Feliks Blay*, prezes.

Lwów. Ćwierćwiecze istnienia Akademii weterynaryjnej, ubiegłe niedawno, obchodzić będzie Akademia uroczyście w czasie X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 21. lipca b. r. o godz. 9 rano. Dla upamiętnienia tej chwili ma być utworzone jubileuszowe wydawnictwo polskich podręczników weterynaryjnych.

— Wydatki na sprawy zdrowotne wynoszą w preliminarzu budżetu krajowego na r. 1907 kwotę 5,610.757 koron brutto, stanowiąc przeszło ⅛ ogółu wydatków. Dochody w tym dziale preliminowano na 2,176,408 koron.

— XXII posiedzenie naukowe Towarzystwa lekarskiego lwowskiego odbyło się 4. stycznia 1907 r. 1) Dokonano wyboru komisyi matki. 2) Dr Bocheński przedstawił chorą 23-letnią, która w październiku zgłosiła się do kliniki; przy badaniu zauważono w miednicy małej guz wielkości pomarańczy; odchody brudne. Rozpoznano *hygroma corporis uteri* i wykonano operacyę sposobem Döderleina przez pochwę; guz z łatwością dał się wyłuszczyć. Badanie mikroskopowe wykryło złośliwego nabłoniaka kosmówki (*chorionepithelioma*). 3) Dr Franke przedstawił młodego chłopaka ze zgorzelą kończyny dolnej prawej. Przed niedawnym czasem wystąpiły u chorego objawy drętwienia w obu kończynach dolnych. Drętwienie to ustąpiło po pewnym czasie w kończynie dolnej lewej, w prawej zaś dalej się utrzymywało; później nieco wystąpiły w kończynie prawej w dolnej części objawy zamartwicy. W całej kończynie dolnej prawej tętna wyczuć nie można. Chory ów przed niedawnym czasem przebył napad zapalenia wyrostka robaczkowego (dziś jeszcze wyczuć można zgrubiały wyrostek robaczkowy), a obecnie cierpi jeszcze na ostre zapalenie wsierdzia. Obie sprawy, t. j. zapalenie wyrostka i wsierdzia, mogły mieć swe źródło w przebytej grypie; zapalenie wsierdzia zaś dało najprawdopodobniej początek zatorowi w tętnicy udowej prawej i następowym zmianom stopy prawej. W obszernej dyskusyi, jaka się rozwinęła na temat zatorów tętnic, wzięli udział prof. Ziembicki, dr Pisek, prof. Kadyi, dr Stauber, prof. Mars, dr Wolf i prelegent. 4) Dr Reis omówił pokrótce przypadek »*Ankyloblepharon filiforme adnatum*«, ciekawy o tyle, że opisano przypadków podobnych zaledwie 5 albo 6.

— Redakcyę »Tygodnika lekarskiego« objął z dniem 1. stycznia wyłącznie prof. Sieradzki. Komisya redakcyjna nie uległa zmianie, a składają ją: prof. Beck, dr J. Feuerstein, doc. Herman, prof. Mars, prym. dr. Opolski, prof. Raczyński, doc. Rencki, dr J. Świątkiewicz. Aministracyę prowadzi dr M. Reichenstein.

— Kosztorysy i plany klinik mają być przez biuro budownicze Namiestnictwa ukończone w połowie stycznia, poczem rząd oznaczy kwotę, którą przyczynia się do kosztów budowy, gdyż pokrywa on tylko koszta budowy tych części, które służą wprost nauce. Koszta budowy części ściśle szpitalnej ponosi Wydział krajowy, który ofiarował już na to 420,000 koron, oraz połowę ceny gruntu: około 200,000 koron (»Tyg. lek.« 1).

— Zarząd miasta zamierza zbudować wielką łaźnię ludową, mieszczącą olbrzymi basen, łazienki i natryski. Według wypracowanych już planów mają koszta wynosić ćwierć miliona koron.

— Sąd wyższy orzekł, że nie ma podstawy do wydania dra Kraszewskiego władzom rosyjskim. Sprawę tę rozpatrzyć ma jeszcze w ostatniej instancyi ministerstwo sprawiedliwości.

— Na rzecz funduszu wdów i sierót po lekarzach, członkach Towarzystwa lek. galicyjskich, złożyli zamiast życzeń noworocznych dr Lachowicz 5 koron, dr Obtułowicz 6 kor., dr Świątkowski Jan 5 kor. i dr Szulisławski 5 kor.

Poznań. Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu uzyskał dzięki ofiarności dra Heliodora Święcickiego, własny lokal na posiedzenia i pomieszczenie biblioteki. Pierwsze posiedzenie we własnej sali odbył wydział 15. XII. 1906 (»Now. lek.« 1).

— Pierwszy zeszyt XIX. rocznika »Nowin lekarskich« dedykowano »w uznaniu pełnej poświęcenia pracy i niespożytych zasług« ustępującemu redaktorowi, dr Heliodorowi Święcickiemu. Zeszyt ten wypełnili zarówno w dziale prac oryginalnych, jak i w części sprawozdawczej, wyłącznie lekarze poznańscy, którzy skupiwszy się w liczbie 16 w komitet redakcyjny, dzielnie, jak widać, biorą się do pracy.

— Polskiemu Towarzystwu »higieniczno-społecznemu« (zwalczania chorób płciowych), utrzymującemu bezpłatną poliklinikę, odmówił magistrat poznański subwencyi pod pozorem, że miasto ma utworzyć bezpłatną poliklinikę w szpitalu miejskim.

Warszawa. Po 26-letniej pracy ustępuje dr Władysław Gajkiewicz ze stanowiska redaktora »Gazety lekarskiej«.

Z ustąpieniem dra Gajkiewicza zamyka się jedna karta w historyi »Gazety lekarskiej«, bo kierując »Gazetą« od założenia bez przerwy aż po dzień dzisiejszy, był wielce zasłużony jej

radzki (Czarnieckiego 3); 22. dentystyczna: doc. dr Andrzej Gońka (Kopernika 1); 23. spraw zawodowych stanu lekarskiego: prezes Izby lekarskiej dr Edward Festenburg (Dominikańska 11); 24. weterynaryjna: prof. Stanisław Królikowski (Kochanowskiego 33); 25. prasy lekarskiej: rektor prof. dr Józef Szpilman (Kochanowskiego 33); 26. wychowania fizycznego: dr Eugeniusz Piasecki (Trzeciego Maja 5); A) posiedzenie zbiorowe członków wszystkich sekcyi dla sprawy raka: R. Dw. prof. dr Ludwik Rydygier (Mickiewicza 8); B) posiedzenie zbiorowe dla sprawy alkoholizmu: prof. dr Stanisław Bądzyński (Gosiewskiego 4).

Sekcya wychowania fizycznego podaje do wiadomości następujący tymczasowy program obrad:

I. Posiedzenie wspólne z sekcyą higieniczną: A) Referaty: 1. Stan obecny higieny szkolnej w Polsce. Trzej sprawozdawcy, po jednym z każdej dzielnicy. 2. Nauka jedno- i dwurazowa. 3. Przerwy szkolne i ich znaczenie zdrowotne. 4. Szkoła wobec kwestyi płciowej. B) Odczyty zgłoszone.

II. Posiedzenie osobne (w razie większego napływu materyału, dwa posiedzenia). A) Referaty: 5. Postępy na polu wychowania fizycznego w Polsce od ostatniego Zjazdu (1900 r.). [Sprawozdawcy jak pod 1]. 6. Praca ręczna jako czynnik wychowania fizycznego: a) pogląd ogólny, b) systemy slöjdu, c) praca w polu młodzieży szkolnej — dla każdej części osobny sprawozdawca. B) Odczyty zgłoszone.

Komitet gospodarczy poczynił starania, aby referaty dostały się w ręce najbardziej powołane. Poza tem zaprasza wszystkich rodaków, zajmujących się danym działem, do uczestnictwa w pracach sekcyi i do zgłaszania odczytów na tematy dowolne z zakresu higieny szkolnej i wychowania fizycznego.

Gospodarz sekcyi: *dr Eug. Piasecki* (Lwów, ul. 3. Maja 2.).

VI posiedzenie Wydziału gospodarczego X. Zjazdu odbyło się 2. I. 1907. Na posiedzeniu tem przyjęto z uznaniem do wiadomości, iż młodzież akademicka ofiarowała swą pomoc w pracach komitetu; rozważano sprawę publicznych wykładów na posiedzeniach ogólnych; przyjęto do wiadomości układy, toczące się z księgarnią p. Altenberga co do wydawnictwa »Przewodnika po Lwowie«. Prof. Wiśniowski przedstawił program prac sekcyi przyrodniczo-dydaktycznej, poczem uchwalono na wystawie zjazdowej urządzić przeglądową wystawę szkolnych podręczników przyrodniczych, oraz wzorową pracownię przyrodniczą dla szkoły średniej.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 9. b. m. posiedzenie, na którem zarząd złożył sprawozdanie za rok ubiegły.

— Wyszedł z druku pierwszy zeszyt dzieła p. t. »Nauka położnictwa dla uczniów i lekarzy«, napisanego przez prof. dra Jordana ze współudziałem doc. dra Dobrowolskiego, a wydawanego przez »Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. E. Korczyńskiego« i jest do nabycia w księgarniach po cenie 7 kor. Drugi zeszyt, dopełniający, wyjdzie w czerwcu 1907.

— Stosunki zdrowotne Krakowa w świetle cyfr nie wyglądają niestety pomyślnie. Według wykazów wiedeńskiej centralnej komisyi statystycznej wynosiła w r. 1906 śmiertelność (od 1 stycznia po koniec listopada): we Lwowie 22·1, w Krakowie 27·3, w Wiedniu 17‰ (mieszkańców), śmiertelność zaś z chorób zakaźnych we Lwowie 2·92, w Krakowie 7·99, w Wiedniu 5·17% (zmarłych). Oto wymowny komentarz uwag naszych, pomieszczonych w Nr 52 r. z.

— *Otrzymujemy następujące pismo:*

Zarząd Biblioteki uczniów Wydziału lekarskiego Uniw. Jag. składa niniejszem najszczersze podziękowanie JWP. prof. drowi Józefowi Łazarskiemu za ofiarowane na cele Biblioteki 100 kor., a JWP. prof. drowi Waleremu Jaworskiemu za ofiarowane na tenże cel 30 kor. Hojne te dary na rzecz instytucyi humanitarnej, która już szeregowi pokoleń studenckich ułatwiła studya, zachęcą, mamy nadzieję, wielu lekarzy do poparcia Biblioteki, z której usług niegdyś korzystali.

Za Zarząd Biblioteki: *Feliks Blay*, prezes.

Lwów. Ćwierćwiecze istnienia Akademii weterynaryjnej, ubiegłe niedawno, obchodzić będzie Akademia uroczyście w czasie X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 21. lipca b. r. o godz. 9 rano. Dla upamiętnienia tej chwili ma być utworzone jubileuszowe wydawnictwo polskich podręczników weterynaryjnych.

— Wydatki na sprawy zdrowotne wynoszą w preliminarzu budżetu krajowego na r. 1907 kwotę 5,610.757 koron brutto, stanowiąc przeszło $^1/_8$ ogółu wydatków. Dochody w tym dziale preliminowano na 2,176,408 koron.

— XXII posiedzenie naukowe Towarzystwa lekarskiego lwowskiego odbyło się 4. stycznia 1907 r. 1) Dokonano wyboru komisyi matki. 2) Dr Bocheński przedstawił chorą 23-letnią, która w październiku zgłosiła się do kliniki; przy badaniu zauważono w miednicy małej guz wielkości pomarańczy; odchody brudne. Rozpoznano *hygroma corporis uteri* i wykonano operacyę sposobem Döderleina przez pochwę; guz z łatwością dał się wyłuszczyć. Badanie mikroskopowe wykryło złośliwego nabłoniaka kosmówki (*chorionepithelioma*). 3) Dr Franke przedstawił młodego chłopaka ze zgorzelą kończyny dolnej prawej. Przed niedawnym czasem wystąpiły u chorego objawy drętwienia w obu kończynach dolnych. Drętwienie to ustąpiło po pewnym czasie w kończynie dolnej lewej, w prawej zaś dalej się utrzymywało; później nieco wystąpiły w kończynie prawej w dolnej części objawy zamartwicy. W całej kończynie dolnej prawej tętna wyczuć nie można. Chory ów przed niedawnym czasem przebył napad zapalenia wyrostka robaczkowego (dziś jeszcze wyczuć można zgrubiały wyrostek robaczkowy), a obecnie cierpi jeszcze na ostre zapalenie wsierdzia. Obie sprawy, t. j. zapalenie wyrostka i wsierdzia, mogły mieć swe źródło w przebytej grypie; zapalenie wsierdzia zaś dało najprawdopodobniej początek zatorowi w tętnicy udowej prawej i następowym zmianom stopy prawej. W obszernej dyskusyi, jaka się rozwinęła na temat zatorów tętnic, wzięli udział prof. Ziembicki, dr Pisek, prof. Kadyi, dr Stauber, prof. Mars, dr Wolf i prelegent. 4) Dr Reis omówił pokrótce przypadek »*Ankyloblepharon filiforme adnatum*«, ciekawy o tyle, że opisano przypadków podobnych zaledwie 5 albo 6.

— Redakcyę »Tygodnika lekarskiego« objął z dniem 1. stycznia wyłącznie prof. Sieradzki. Komisya redakcyjna nie uległa zmianie, a składają ją: prof. Beck, dr J. Feuerstein, doc. Herman, prof. Mars, prym. dr. Opolski, prof. Raczyński, doc. Rencki, dr J. Świątkiewicz. Aministracyę prowadzi dr M. Reichenstein.

— Kosztorysy i plany klinik mają być przez biuro budownicze Namiestnictwa ukończone w połowie stycznia, poczem rząd oznaczy kwotę, którą przyczynia się do kosztów budowy, gdyż pokrywa on tylko koszta budowy tych części, które służą wprost nauce. Koszta budowy części ściśle szpitalnej ponosi Wydział krajowy, który ofiarował już na to 420,000 koron, oraz połowę ceny gruntu: około 200,000 koron (»Tyg. lek.« 1).

— Zarząd miasta zamierza zbudować wielką łaźnię ludową, mieszczącą olbrzymi basen, łazienki i natryski. Według wypracowanych już planów mają koszta wynosić ćwierć miliona koron.

— Sąd wyższy orzekł, że nie ma podstawy do wydania dra Kraszewskiego władzom rosyjskim. Sprawę tę rozpatrzyć ma jeszcze w ostatniej instancyi ministerstwo sprawiedliwości.

— Na rzecz funduszu wdów i sierót po lekarzach, członkach Towarzystwa lek. galicyjskich, złożyli zamiast życzeń noworocznych dr Lachowicz 5 koron, dr Obtułowicz 6 kor., dr Świątkowski Jan 5 kor. i dr Szulisławski 5 kor.

Poznań. Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu uzyskał dzięki ofiarności dra Heliodora Święcickiego, własny lokal na posiedzenia i pomieszczenie biblioteki. Pierwsze posiedzenie we własnej sali odbył wydział 15. XII. 1906 (»Now. lek.« 1).

— Pierwszy zeszyt XIX. rocznika »Nowin lekarskich« dedykowano »w uznaniu pełnej poświęcenia pracy i niespożytych zasług« ustępującemu redaktorowi, dr Heliodorowi Święcickiemu. Zeszyt ten wypełnili zarówno w dziale prac oryginalnych, jak i w części sprawozdawczej, wyłącznie lekarze poznańscy, którzy skupiwszy się w liczbie 16 w komitet redakcyjny, dzielnie, jak widać, biorą się do pracy.

— Polskiemu Towarzystwu »higieniczno-społecznemu« (zwalczania chorób płciowych), utrzymującemu bezpłatną poliklinikę, odmówił magistrat poznański subwencyi pod pozorem, że miasto ma utworzyć bezpłatną poliklinikę w szpitalu miejskim.

Warszawa. Po 26-letniej pracy ustępuje dr Władysław Gajkiewicz ze stanowiska redaktora »Gazety lekarskiej«.

Z ustąpieniem dra Gajkiewicza zamyka się jedna karta w historyi »Gazety lekarskiej«, bo kierując »Gazetą« od założenia bez przerwy aż po dzień dzisiejszy, był wielce zasłużony jej

Redaktor żywą jej tradycyą, czujnym strażnikiem tych wysokich ideałów, które przyświecały jej założycielom. Że przez całe ćwierćwiecze pozostała »Gazeta« tym ideałom wierną, to Jego w najznaczniejszej mierze jest zasługą. »Każdy« — pisze dr Gajkiewicz w słowie pożegnalnem — »choćby tylko pobieżnie obeznany, ile to — w naszych warunkach — godność redaktora pisma fachowego wymaga nakładu czasu, pracy i pieniędzy i na jakie naraża przykrości, zrozumie, dlaczego nie przyjąłem tego zaszczytnego obowiązku, powierzanego mi i nadal przez współwłaścicieli »Gazety««. — Ale też każdy, z tem wszystkiem »choć pobieżnie obeznany«, zrozumie, ile to energii, zapobiegliwości i wytrwałości, ile talentu i trudu włożył pierwszy Kierownik »Gazety« w długi poczet jej roczników, którym piśmiennictwo polskie słusznie chlubić się może.

Następcy na stanowisku redaktora, którym będzie dotychczasowy wydawca »Gazety«, dr Jan Pruszyński, życzymy, by rządy jego były niemniej od pierwszej zaszczytną kartą w historyi »Gazety lekarskiej«.

— Dzienniki donoszą, że w Petersburgu odmówiono zatwierdzenia warszawskiemu »Polskiemu Związkowi lekarzy i przyrodników«.

— W Łodzi musiało Pogotowie ratunkowe ograniczyć swą działalność i podobno wcale nie wyjeżdża na przedmieście Bałuty, gdyż walczące ze sobą partye robotnicze nie uznają zadań Pogotowia, zatrzymują je w chęci dobicia rannych i t. d. Wobec niebezpieczeństwa życia, grożącego samymże lekarzom Pogotowia, nie jest wyłączone zupełne zawieszenie jego czynności.

Z różnych stron. Niemiecki Zjazd dla medycyny wewnętrznej odbędzie się w Wiesbadenie 15—18. kwietnia b. r.

— I austryacki zjazd w sprawie ochrony dzieci odbędzie się 18—20. marca b. r. w Wiedniu.

— Losy »certyfikatu wyższych studyów lekarskich« we Francyi rozstrzygnęły się ostatecznie w ten sposób, że przechrzczono go na »certificat d'admissibilité à l'agrégation des Facultés de médecine«, stwarzając w ten sposób coś pośredniego między doktoratem a habilitacyą.

— O postępach amerykańskich w dziedzinie dyetetyki przytacza ciekawe szczegóły doc. Biernacki (»Tyg. lek.« 1). Z doświadczalnych stacyi rolniczych wyłonił się tam z amerykańską szybkością, w ostatnich latach 28, przez zajmowanie się tych stacyi sprawą żywienia z początku zwierząt, a potem ludzi, osobny urząd, zajmujący się sprawą żywienia się ludności, który opiera się na całej sieci instytucyi, badających tę sprawę statystycznie i doświadczalnie, a działających w sposób kooperatywny. Zebrano imponujące materyały co do składu, strawności pokarmów, przeróbki materyi, sposobu żywienia się (statystyka obejmuje 15,000 osób). Pokazało się przytem, że kuchnia amerykańska jest podobnie przetłuszczona, jak polska. Popularyzacya wyników badań i koniecznych reform dyetetycznych odbywa się na najszerszą skalę.

— Uniwersytet w Odessie przyznawał z końcem r. z. po raz pierwszy stopień lekarza. Uzyskało go 93 osoby.

— Władze rosyjskie zakazały X. Zjazdu im. Pirogowa, który miał się odbyć w Moskwie; zarząd Towarzystwa lekarzy rosyjskich zamierza więc zjazd ten zwołać do Helsingforsu.

Mianowani: dr Mingazzini profesorem neurologii w Rzymie;

dr T. Torczyński prymaryuszem zakładu w Kulparkowie.

Powołani: prof. Gerhardt z Jeny na dyrektora polikliniki lek. do Erlangen.

Zmarli: W Warszawie fizyk prof. Antoni Hołowiński w 64 r. ż. Nauka polska ponosi przez tę śmierć wielką stratę nietylko w zakresie ściśle przyrodniczym, ale i lekarsko-przyrodniczym, ś. p. Hołowińskiemu zawdzięczamy bowiem niezmiernie ciekawe badania nad rytmiką serca i tętna, wykonane wspólnie z dr J. Pawińskim, dalej pracę »O metodach badania fal fizyologicznych«, nagrodzoną przez Warszawskie Towarzystwo lekarskie i rzecz »O fotografowaniu tonów serca«, nagrodzoną przez Akademię nauk w Paryżu. Ś. p. Hołowiński, urodzony na Wołyniu w Wołosówce, gimnazyum ukończył w Petersburgu, potem w paryskiej szkole centralnej otrzymał stopień inżyniera (1863). Po kilkuletnich studyach w Karlsruhe i Heidelbergu, doktoryzował się z filozofii we Freiburgu. Po powrocie do kraju habilitował się w Szkole Głównej, a w r. 1869 rozpoczął wykłady w nowoutworzonym uniwersytecie warszawskim. Po opuszczeniu katedry aż do końca pracowitego żywota nie ustawał w żmudnych badaniach naukowych.

W Tarnowie dr Jan Metzger, były wieloletni lekarz miejski, w 79 r. ż.

W Washingtonie prof. medycyny sądowej w uniw. Howard dr Watts.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: *Gazeta lekarska Nr 51 i 52:* Sabatowski, Wretowski, Rontaler (dok.). — *Medycyna Nr 52:* Bregman: Ropień przerzutowy mostu Varola. Rotstadt (dok.). — *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych Nr 11—12:* Malinowski: Niezwykły przypadek przerzutów raka sutka w skórze i stosunek tej sprawy do choroby Pageta. Wiśniewski: Łuszczyca urazowa.

Redakcya otrzymała: L. Korczyński: W przededniu ankiety balneologicznej. — Balneologia ongi, a dziś. — Kilka uwag o wodach Szczawnickich. — Kilka uwag ogólnych o urządzeniu Szczawnicy. Kraków 1906. — Majewski K. W.: Przypadek załamania rogówki. »Postęp okul.« 1906. — Brodzki: Zur Ausscheidung gerinnungsalterierender pathologischer Eiweisskörper im Harn bei Nephritis. »Zeits. f. klin. Med.« 1906. — Jordan ze współudziałem Dobrowolskiego: Nauka o położnictwie. Kraków 1907. (Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich). Zeszyt I. (Cena 7 koron).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 16. stycznia 1907 o godzinie 6 wieczorem w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) Kol. doc. Lewkowicz: O mongołowatości (z przedstawieniem przypadku). 2) Kol. doc. Chlumsky: O leczeniu skazy moczanowej i chorób stawów gorącem powietrzem.

Rok XLVI. Kraków, dnia 19. stycznia 1907. Nr 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chirurgicznej Uniw. Jag. prof. Kadera w Krakowie.

O wycinaniu zwężeń cewki moczowej.

Napisał

Feliks Majewski

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy.)

Bez względu na to, jakie czynniki wywołują powstawanie zwężeń cewki, jest leczenie od chwili, kiedy zwężenie już powstało i objawiło się tem lub innem zaburzeniem w oddawaniu moczu, prawie zawsze jednakowe. Najczęściej wykonywa się w takich razach rozszerzanie zwężenia przy pomocy zgłębników (t. zw. świeczek — *bougies*). Leczenie to w większości przypadków doprowadza cewkę do szerokości dostatecznej, ażeby zapewnić choremu dokładne i łatwe opróżnienie pęcherza, wymaga jednak ciągłej baczności i często musi być powtarzane. W przebiegu takiego leczenia, zresztą łatwego, mogą się nasunąć trudności, zniewalające lekarza do chwycenia się innych sposobów. Zdarzają się n. p. przypadki, w których blizny wytworzone w ścianie cewki, są nadzwyczaj twarde i niepodatne *(stricture calleuse)* i nie poddają się działaniu zgłębników. W innych znowu przypadkach wprawdzie rozszerzanie postępuje zrazu raźno, przy zastosowaniu jednak grubszych rozszerzadeł napotykamy na niepokonalne trudności. W pewnej liczbie przypadków, w których wreszcie się udało przezwyciężyć początkowy opór i cewkę rozszerzono w dostatecznym stopniu, powraca zwężenie, skoro tylko przerwie się leczenie i nadzwyczaj szybko dochodzi do dawnego stopnia, a nawet się zwiększa *(retrécissement retractil)*. Wytwarza się wskutek tego u chorego błędne koło w leczeniu.

W przypadkach takich, w których rozszerzanie na tępo postępuje bardzo opornie, należy stosować inne sposoby leczenia. Z tych największem uznaniem cieszą się rozcięcie cewki od wnętrza i elektroliza. Wszelkie inne, dawniej proponowane sposoby szybkiego rozszerzania cewki od wnętrza pomijam, jako nie mające obecnie praktycznego znaczenia. Rozcięcie cewki od wnętrza *(urethrotomia interna)* jest zabiegiem znanym, który już dawno wywalczył sobie prawo obywatelstwa w urologii, elektroliza zaś wprawdzie powoli, ale stale toruje sobie do niego drogę. Niedawno jeszcze zabierał w obronie elektrolizy głos w »Przeglądzie lekarskim« Reiss, który opierając się na kilkunastu własnych spostrzeżeniach, podnosił wielkie jej zalety, jak: szybkość wykonania, zupełne bezpieczeństwo i rychłe uzyskanie w miejscu, poprzednio zwężonem, szerokiego kanału, dochodzącego do numeru 24—25 skali Charrierea. Warunkiem nieodzownym wykonania zarówno elektrolizy, jak i rozcięcia cewki od wnętrza, jest jednak drożność cewki dla przeprowadzenia przez zwężenie przewodników, wytykających kierunek narzędziu, użytemu do operacyi. Bez tego rozcięcie cewki od wnętrza jest niemożliwe, elektroliza zaś straciłaby jedną ze swoich głównych zalet t. j. bezpieczeństwo wykonania. To jest powodem, dla którego w całym szeregu zwężeń, nie przepuszczających nietylko przewodnika, ale najcieńszego zgłębnika, zmuszeni jesteśmy szukać innych sposobów. Tymi sposobami są: rozcięcie cewki od zewnątrz *(urethrotomia externa)* (Syme) i wycięcie blizny, tamującej odpływ moczu: *urethrectomia* (König, Mollière, v. Wahl), albo, jak ją nazywa Pousson: *stricturectomia*.

Któremu z zabiegów oddać należy pierwszeństwo: rozcięciu cewki od zewnątrz, czy też wycięciu blizny? Sądzę, że z punktu widzenia chirurgicznego jedna tylko może być odpowiedź: należy wybrać zabieg, który leczy doszczętniej. Dlatego, pozostawiając rozcięcie cewki od zewnątrz, jako zabieg łagodzący (paliatywny) tylko dla przypadków, wymagających jaknajszybszego ukończenia operacyi, oddać należy pierwszeństwo doszczętnemu wycięciu blizny zwężającej.

Nadzieje, jakie pokładano w tym sposobie leczenia zwężeń cewki, zupełnie się ziściły. Za tym sposobem leczenia przemawiały także wyniki badań doświadczalnych. Stwierdzono doświadczeniami na zwierzętach (Kaufmann), że rany cewki w warunkach, jaknajmniej sprzyjających zakażeniu lub przynajmniej ograniczających jego wpływ szkodliwy do minimum, goją się bliznami nieznacznemi, jeżeli brzegi śluzówki przylegają do siebie, lub znajdują się w niewielkiej od siebie odległości.

Stosownie do sposobu, w jaki, i przestrzeni, na jakiej wycina się cewkę, rozróżniamy wycięcie blizny pozaśluzówkowe, wycięcie cewki częściowe i całkowite. Podśluzówkowe wycięcie zwężenia (Dittel), którego zasadą jest wycięcie blizn, znajdujących się w sąsiedztwie śluzówki, bez jej naruszenia, okazało się w praktyce niemożliwe do ścisłego przeprowadzenia, albowiem blizny, rozwijające się w tkance podśluzowej, wchodzą w zbyt blizki związek z samą błoną śluzową.

Częściowem wycięciem cewki posługiwać się można wtenczas, jeżeli blizny zwężające nie otaczają cewki pierścieniasto, ze wszystkich stron, ale rozwinięte są w kształcie wysepki przeważnie tylko na pewnej części obwodu cewki. Tego rodzaju zabiegów wykonano jeszcze niewiele, a to dlatego, że w przypadkach takich najczęściej inne,

łatwiejsze sposoby rozszerzania cewki również pozwalają osiągnąć pomyślny wynik, chociaż wymagają znacznie więcej czasu.

Całkowite wycięcie zwężenia oznacza wycięcie części zbliznowaciałej okrężnie, na całym obwodzie cewki. Wycięcie takie zastosowane być może przy każdym rodzaju zwężeń organicznych, tak przy zwężeniach pochodzenia zakaźnego, jak też przy urazowych. O jego zastosowaniu rozstrzyga nie etyologia, ale sam przebieg choroby. Tak, jak co do rozcięcia cewki od zewnątrz, tak i co do całkowitego wycięcia zwężenia sprowadzają się wskazania do następujących przypadków: 1. Zwężenia twarde *(retrécissements calleux)*, zwężenia prędko i łatwo powracające *(retrécissements retractils)* i wszystkie inne zwężenia, na które żaden z prostszych zabiegów nie może skutecznie zadziałać. 2. Zwężenia, klinicznie nie dające się zgłębnikować. 3) Zwężenia, anatomicznie zupełnie zamknięte.

Różni autorowie podawali różne sposoby wycięcia zwężenia. Sposoby, dziś używane, z małemi tylko różnicami posiadają jeden i ten sam plan działania, a mianowicie: 1. wycięcie blizn, 2. połączenie brzegów rany cewki tym lub innym szwem. Szczególniejszą wagę posiada dla dalszych zabiegów leczniczych na zwężonej cewce stan jej ściany górnej. O ile w ścianie tej nie ma żadnych znacznych blizn i nierówności, rozszerzanie przewodu moczowego zapomocą rozszerzadeł nie napotyka trudności. Dlatego głównem dążeniem wycięcia zwężenia jest wytworzenie w górnej ścianie cewki warunków, jaknajwięcej zbliżonych do prawidłowych.

W klinice krakowskiej staramy się w pierwszej linii rozszerzyć zwężenie drogą niekrwawą. Udawało się to nam nawet w przypadkach trudnych, ze znacznem zwężeniem i małą podatnością blizn dzięki ostrożnemu stopniowaniu grubości rozszerzadeł, zaopatrzonych przewodnikiem *(conducteur)*. Tam, gdzie z jakiegokolwiek powodu rozszerzanie wykonać się nie dało, przystępowaliśmy do zabiegu operacyjnego, o ile warunki pozwalały, jak najdoszczętniejszego, n. p. do wycięcia zwężenia. (C. d. n.)

O białaczce i chorobach pokrewnych.

Podał

Dr E. Stahr.

Białaczkę, jako chorobę najzupełniej odrębną i swoistą rozpoznał pierwszy Virchow w r. 1845 (Virchows Archiv T. 5, str. 43). Inni badacze, jak Piorry, Bennet i Rokitansky mieli również, o ile z zapisków przez nich podanych sądzić można, już dawniej sposobność spostrzegać podobne przypadki, ale uważali je za ropnicę *(pyaemia)*. Virchow, a za nim Mosler (Ziemssens Handbuch der Pathologie u. Therapie, T. VIII) odróżniał dwa rodzaje białaczki: jedną, wśród której w krwi znajdują się komórki małe, jednojądrzaste w znacznej przewadze i tę uważał za chorobę gruczołów i nazywał ją *»lymphaemia«*; — drugą zaś, wśród której zjawiają się komórki wielkie, przeważnie wielojądrzaste, tłomaczył zmianami śledziony i nazywał *»splenaemia«*. Tak więc rozróżniano z początku białaczkę gruczołową, której towarzyszył obrzęk gruczołów chłonnych i białaczkę śledzionową, która się cechowała przedewszystkiem obrzękiem śledziony.

Określenie *»leukaemia«* (λευκός, biały, αἷμα, krew), dosłownie »biała krew« odnosił Virchow do krwi, spotykanej w zwłokach, a nie u ludzi żywych; wyraźnie podkreśla, że w przypadku, w którym na sekcyi znalazł »białą krew«, krwotok nosowy tuż przed śmiercią dostarczył krwi najzupełniej prawidłowo wyglądającej.

Zapatrywanie Kossmanna (Inaug. Dissert. Berlin 1871) i Biesiadeckiego (Wiener med. Jahrbücher 1876), że przyczyna, wywołująca białaczkę, znajduje się w krwi samej, i że zmiany w narządach krwiotwórczych są sprawą wtórną, nie zdołało się utrzymać. Takie bowiem przypuszczenie, że krwinki, pierwotnie w krwi się znajdujące, nagle ulegają gwałtownemu pomnożeniu, nie tłomaczy zjawiania się w krwi białaczkowej komórek nietypowych i obcych krwi prawidłowej, których pochodzenie natomiast z narządów krwiotwórczych jest pewne. A z drugiej strony nie spotkano nigdy dotąd przypadku białaczki, w którymby dokładnie wykonane badanie nie stwierdziło jakiejś pierwotnej zmiany w narządach krwiotwórczych. Naturalnie mimo to nie jest wyłączonem, że czynnik, wywołujący białaczkę, najpierw dostaje się do krwi i tamże krąży, a że białaczkę dopiero wtedy wywołuje, kiedy z krwią dostanie się do narządów krwiotwórczych i tam się zatrzyma.

Kiedy później zaczęto opisywać i takie przypadki, w których równocześnie i gruczoły chłonne i śledziona były zajęte, zaczęto obok postaci typowych t. j. gruczołowej i śledzionowej, wyróżniać jeszcze postać mieszaną: gruczołowo-śledzionową.

Wtedy zjawiły się prace Neumanna (Ctrblatt für med. Wissenschaften 1868 i 1869, cyt. wedle Limbeka), które dowiodły, że szpik kostny ma dla wytwarzania krwi znaczenie bardzo ważne i że w białaczce bywa zajęty. Odtąd zaczęto na ten narząd krwiotwórczy baczniejszą zwracać uwagę i w przypadkach białaczki, w których nie zdołano stwierdzić żadnych zmian ani w gruczołach, ani w śledzionie, zaczęto dopatrywać się wyłącznego źródła choroby w szpiku kostnym; odtąd zaczęto odróżniać trzecią postać białaczki, a mianowicie białaczkę szpikową *(myelaemia)*. A ponieważ Neumann coraz bardziej zaczął przekonywać, że nie ma białaczki bez zajęcia szpiku kostnego, zaczęto się skłaniać do zapatrywania, że właściwie obie białaczki, zarówno gruczołowa, jak i śledzionowa, są postaciami mieszanemi, a mianowicie, że pierwsza jest właściwie białaczką gruczołowo-szpikową, a druga śledzionowo-szpikową.

Tak więc wedle Neumanna (Berl. kl. Wochenschr. 1878, Nr 6, 7, 9, 10) każda białaczka jest albo wyłącznie chorobą szpiku kostnego, albo przynajmniej na równoczesnem zajęciu szpiku kostnego polega, czyli zawsze jest chorobą szpiku kostnego.

Do zapatrywania tego przyłączył się w ostatnim czasie Askanazy (zobacz sprawozdanie ze zjazdu wrocławskiego 1904), przyjmując zgodnie z Neumannem dla wszelakich białaczek zawsze jednakową patogenezę, a mianowicie: Bujający szpik kostny w każdej postaci białaczki nie może się pomieścić w swem łożysku kostnem i niejako przelewa się do krwi. Każda białaczka polega na biernem wypłukaniu leukocytów ze szpiku. Słuszności tego zapatrywania dowodzić ma to, że składniki krwi białaczkowej równają się we wszystkich tak dodatnich, jak ujemnych własnościach (brak kryształów Charcota w limfemii) zawsze składnikom białaczkowego szpiku. Do dziś dnia, twierdził Askanazy, to samo głosi Pappenheim[1]), nie

[1]) Przypadki »białaczki bez zajęcia szpiku kostnego« nie wytrzymały wedle Pappenheima ścisłej krytyki naukowej. Do przypadków Moslera (Virch. Arch. 25) i Heucka (Virch. Arch. 28) odnosi się krytyka Neumanna (Berl. klin. Wochenschr. 1880); przypadek Leube-Fleischer (Virch. Arch. 83) nie wytrzymuje krytyki Askanazego (Deut. med. Wochs. 1895, Nr 52). Dotąd znane są tylko trzy przypadki, w tym względzie niejasne, jednak nie wszechstronnie wedle modnych wymagań zbadane: Eichhorsta (Virch. Arch 113), Fleischer-Penzolda (Deut. Arch. für klin. Med. 26, 1880) i najnowszy Hirschlaffa (Ibidem 62). (Podane za Pappenheimem).

stwierdzono pewnego przypadku białaczki bez zajęcia szpiku kostnego.

Neumann opierał się w wywodach swoich na badaniach anatomiczno-patologicznych narządów krwiotwórczych, natomiast Ehrlich oparł się wyłącznie na cytologii krwi. Zwrócił on uwagę, że drobnowidowo inaczej wygląda krew w białaczce gruczołowej, a inaczej w postaci, zwanej niesłusznie śledzionową. W pierwszym przypadku ma krew cechy limfatyczne (lymphocytisch), w drugim przypomina utkanie szpiku kostnego (myelocytisch). Zgodnie też z wynikami prac Neumanna, uzyskanymi na innej drodze, dowodzi Ehrlich, że białaczka t. zw. śledzionowa jest właściwie chorobą nie śledziony, ale wyłącznie i pierwotnie sprawą szpikową *(myelaemia)* z towarzyszącym obrzękiem śledziony. Na podstawie badań ucznia swojego Kurłowa (jak Ehrlich pisze: Kurloffa) odmawia Ehrlich śledzionie wszelkiego znaczenia dla wytwarzania krwi i dlatego wyłącza z góry możność istnienia białaczki czysto śledzionowej. Co się zaś tyczy białaczki gruczołowej, to uważa ją mimo badań Neumanna za wyłączną i pierwotną chorobę gruczołów chłonnych *(lymphaemia)*, wśród której może, ale tylko przypadkiem, zachorzeć i szpik kostny. Dlatego Ehrlich dzieli (zobacz VIII Tom w podręczniku Nothnagla. Cz. I, str. 116) białaczkę na gruczołową (lymphatische Leukaemie) i szpikową (myelogene Leukaemie). Białaczka gruczołowa występuje klinicznie w dwóch postaciach: ostrej i przewlekłej. W obu razach głównym morfologicznym składnikiem krwi są limfocyty (do 100%). Białaczka szpikowa ma zaś wedle Ehrlicha zawsze przebieg przewlekły i cechuje się zawsze typowym obrazem krwi. Nie ilość leukocytów stanowi o niej, ale wzajemny stosunek i rodzaj leukocytów, zjawiających się w krwi. Obok krwinek białych wielojądrzastych ziarnistych pojawiają się i ziarniste leukocyty jednojądrzaste, a więc neutrofilne, eozynofilne i bazofilne myelocyty, zjawiają się dalej nieprawidłowe postacie, mianowicie karłowate postacie poszczególnych rodzajów leukocytów, jakoteż krwinki białe z mitozami, a wreszcie jądrzaste krwinki czerwone. Objawem niezbędnym dla rozpoznania jest wzmożenie się ilości komórek eozynofilnych i tucznych. O zachowaniu się limfocytów i wielkich jednojądrzastych nie mówi Ehrlich szczegółowo. Lazarus tylko w ostatniej części dzieła Ehrlicha (l. c. str. 116) podaje szereg przypadków z dokładnym obrazem krwi i podaje, że ilość limfocytów i wielkich jednojądrzastych jest zawsze zmniejszona i nigdy prawidłowej liczby ($20-25\%$) nie dochodzi.

Ehrlich zatem głosił, że jak wśród pierwotnej szpikowej białaczki obrzęk śledziony, albo czasem zjawiające się też i obrzęki gruczołów są sprawą wtórną i przypadkową, tak znowu odwrotnie wśród białaczki gruczołowej limfadenoidalne zwyrodnienie szpiku jest także przypadkową przerzutową zmianą, która bierze początek w pierwotnie zajętych gruczołach.

Tymczasem pojawiły się znowu prace [2]) Walza, Pappenheima, Körmöcziego, Denninga i innych, w których autorowie opisywali przypadki ostrej i przewlekłej białaczki gruczołowej bez żadnych, nawet mikroskopowych zmian śledziony lub gruczołów chłonnych; jedynie i wyłącznie w szpiku kostnym można przy ścisłem badaniu mikroskopowem stwierdzić limfadenoidalne zwyrodnienie i bujanie. I wtedy nasunęła się badaczom myśl, że obok białaczki limfatycznej w rozumieniu Ehrlicha musi też istnieć białaczka limfatyczna pochodzenia szpikowego. Tak więc, jak obok białaczki szpikowej z obrzękiem śledziony odróżniamy i białaczkę gruczołową z obrzękiem śledziony, tak samo należy odróżniać białaczkę szpikową pochodzenia szpikowego od białaczki limfatycznej, która może być także wyłącznie szpikowego pochodzenia.

I dlatego podział Ehrlicha (w pierwszej części podręcznika Nothnagla T. VIII), który zna tylko białaczkę gruczołową, pochodzenia gruczołowego z obrazem krwi limfatycznym i białaczkę szpikową, pochodzenia i utkania szpikowego, musieli uczniowie Ehrlicha, Pinkus i Lazarus, piszący w drugiej części podręcznika Nothnagla o białaczkach szczegółowo, nieco zmienić. I nie spotykamy odtąd »myelogene« i »lymphatische Leukaemie« — ale »myeloide« i »lymphatische«, lepiej »lymphadenoide Leukaemie«.

Przez »myeloide Leukaemie« rozumieją autorowie taką postać białaczki, która polega wyłącznie na bujaniu tkanki szpikowej, znajdującej się w warunkach prawidłowych tylko w szpiku kostnym, — a przez »lymphatische Leukaemie« — a jak już wyżej wspomniałem, lepiej »lymphadenoide Leukaemie« — rozumieć się ma tę postać białaczki, która polega na bujaniu zwykłej tkanki siatkowatej limfadenoidalnej bez względu na to, czy ona się znajduje w gruczołach chłonnych, czy w śledzionie, czy też także, jak Pappenheim utrzymuje, i w szpiku.

Dla ułatwienia pozwolę sobie na tem miejscu zaznaczyć, że odtąd przymiotników »gruczołowy« *(lymphaticus)*, »śledzionowy« (*lienalis*), »szpikowy« (*myelogenes*, *medullaris)* będę używał dla oznaczenia narządu, w którym się sprawa toczy, przymiotniki zaś »*myeloides*« (szpikowaty) i »*limphadenoides*« (gruczołowaty) oznaczać będą histologiczne cechy sprawy. Niektórzy autorowie używają zamiast »*lymphadenoid(es)*« przymiotnika »*lymphoid(es)*« i sprawiają przez to zamieszanie, bo nazwy »*lymphoid(es)*« używają poważni autorowie dla określenia czerwonego szpiku kostnego płodowego i w tem tylko znaczeniu powinno się nazwy tej używać. Formuła hematologiczna (limfocytowa, myelocytowa) będzie nam zatem wskazywać tylko, jaka tkanka krwiotwórcza w chorym ustroju buja, bez względu na to, który narząd jest zajęty sprawą chorobową; na narząd zaś zajęty wskazuje tylko o tyle, że tkanka szpikowa znajduje się przypadkowo wyłącznie w szpiku kostnym w warunkach prawidłowych i dlatego obraz krwi myelocytowy, wskazując tkankę zajętą, wskazuje równocześnie chory narząd (szpik kostny). Tymczasem formuła limfocytowa niekoniecznie zawsze, chociaż przeważnie, wskazuje na gruczoły (lub też śledzionę), bo tkanka limfatyczna znajduje się w ustroju i poza obrębem gruczołów i w bardzo wielu innych narządach. Z tego zatem wynika, że jest rzeczą przypadkową i drugorzędną, w jakim narządzie toczy się sprawa chorobowa, — rozstrzyga tylko to, który rodzaj zawartej w tym narządzie tkanki krwiotwórczej, limfatyczna czy szpikowa, uległ chorobowemu bujaniu, a bujając chorobliwie odzwierciedla się w obrazie krwi. Gdziekolwiek w ustroju zacznie bujać białaczkowo tkanka limfadenoidalna, czy w gruczołach, czy w śledzionie, skórze lub jelitach, a nawet powiedzmy i w szpiku kostnym, jak to twierdzi Pappenheim, to wywoła białaczkę limfadenoidalną. I dlatego w myśl zapatrywań Pinkusa i Lazarusa nie możemy zgodzić się na zapatrywanie Ehrlicha; że zwyrodnienie limfadenoidalne w szpiku wśród białaczki limfadenoidalnej jest sprawą następową, jakby sprawą przerzutową z pierwotnie zajętych gruczołów, ale musimy je uważać za samoistne, czynne bujanie miejscowych limfocytów w szpiku, które jest równorzędne z równoczesnem bujaniem w gruczołach i samoistnie zmienia skład krwi tak, jakby to czyniła białaczka limfadenoidalna, ograniczona co do swej siedziby wyłącznie do szpiku kostnego bez wszelkiego zajęcia gruczołów. Czy wśród białaczki limfadenoidalnej szpik kostny jest sam tylko, czy równocześnie z gruczołami zajęty, jest rzeczą czystego przypadku; tak samo jest rzeczą przypadkową, czy wśród białaczki limfadenoidalnej

[2]) Walz: Über die Beziehungen der lymphatischen Leukaemie zum Knochenmark und zum reticulären Gewebe. Arb. aus d. patholog. Instit. Tübingen. T. 2. Z. 4. 1899. — Pappenheim: Über Lymphaemie ohne Lymphdrüsenschwellung. Zeitschrift für klin. Med. T. 39. 1900. — Körmöczy: Das haematologische Bild der Lymphaemie ohne anatomischen Befund. Deut. med. Wochs. 1899 Str. 238. — Denning: Über einen Fall von akuter Leukaemie ohne mikroskopisch nachweisbare Veränderungen der blutbildenden Organe. Münch. med. Wochs. 1901. Nr 4.

z obrzękiem gruczołów jest szpik zajęty, czy nie; krótko mówiąc, jest prostym przypadkiem (przynajmniej dotąd nie umiemy sobie tego wytłómaczyć inaczej), czy wśród białaczki limfadenoidalnej buja tkanka limfatyczna wszędzie, a więc w gruczołach, śledzionie i szpiku, czy n. p. tylko w gruczołach, jak to wedle Pinkusa bywa w przeważnej liczbie przypadków. (C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

Nauka o położnictwie dla użytku uczniów i lekarzy, napisana przez prof. Jordana ze współudziałem doc. St. Dobrowolskiego. Zeszyt pierwszy. Kraków, 1907.

Mamy tedy własny podręcznik o położnictwie. Szkoła krakowska nie mogła lepiej rozpocząć Nowego Roku, jak od rozpoczęcia wydania »Nauki o położnictwie«, napisanej przez czcigodnego prof. Jordana ze współudziałem pracowitego i utalentowanego docenta Stanisława Dobrowolskiego. Już przed szeregiem lat rozpoczął prof. Jordan wydawać podręcznik o położnictwie i już wówczas podnoszono zalety jego dzieła.

»Stowarzyszenie do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich imienia Edwarda Korczyńskiego w Krakowie« dobrze się piśmiennictwu polskiemu przysłużyło, że dzieło to nakładem swoim wydaje.

Rzadko kiedy odczytywałem książkę jaką z takiem zaciekawieniem, a zarazem zajęciem i przyjemnością, jak ten pierwszy zeszyt nauki o położnictwie. Jeżeli mam z góry o dziele tem wypowiedzieć zdanie, to zaznaczam, że poglądowe i logiczne przedstawienie przedmiotu, jasność formy i dokładność treści, oraz uwzględnienie najnowszych zdobyczy nauki przykuwają do dzieła uwagę czytelnika, mającego w ręku rzecz dobrą i pożyteczną. Studenci z chęcią czerpać będą z takiego dobrego i rodzimego źródła swe wiadomości, a lekarze praktycy nieraz udawać się będą do podręcznika po poradę i naukę. Dobrą była myśl, że dzieło powyższe zaopatrzono wprost wspaniałymi rysunkami z wykładów położniczych Bumma. Rysunki przedstawiające n. p.: (na str. 27) układ włókien mięśniowych w macicy, przekrój macicy i łożyska (str. 66), ustawienie potylicy (str. 175) są bardzo pouczające i odrazu spamiętać je łatwo. Ważną i dobrą rzeczą w podręczniku tym jest łatwe oryentowanie się w przedmiocie. Część pierwsza przedstawia anatomiczne stosunki części ciała niewiasty, odnoszących się do sprawy płodzenia, następuje fizyologia i dyetetyka sprawy płodzenia w ustroju niewieścim, a na końcu zeszytu pomieszczony jest początek patologii i terapii ciąży, porodu i połogu. Sądząc z pierwszego zeszytu, będzie to dzieło dość obszerne, które stanie się nietylko ozdobą piśmiennictwa polskiego, ale które zawodowi naszemu i jego adeptom wielkie odda usługi.

Przechodząc do treści dzieła, uważam przedstawienie dyetetyki ciąży, porodu i połogu, oraz opis mechanizmu porodu za najlepiej opracowane. Przez to nie twierdzę wcale, aby i reszta treści nie była dobrą. Że tu i owdzie recenzent miałby jaką drobnostkę do nadmienienia, jakości dzieła nie ma uwłaczać; recenzent wypowiada tylko swoje indywidualne zapatrywania.

Na str. 29 czytamy, że cała macica zaopatrzona jest w nerwy, ale z dalszego opisu nie wynika, że w całej macicy, nietylko przy szyjce, znajdują się liczne zwoje, z których na wszystkie strony rozchodzą się pojedyncze gałązki nerwowe. Czego się nie udało stwierdzić Labhardtowi, wykazał to zapomocą metody Ramon y Cajala w ostatnich czasach włoski badacz la Tore.

Na str. 43 mowa o zapłodnieniu. Czy nie dobrze byłoby tutaj rozróżniać inseminacyę od impregnacyi, choćby już dlatego, że oba działania miejscowo i czasowo od siebie się różnią? Z przedstawienia dalszego nie zdaje się wynikać, że impregnacya następuje nie w macicy, lecz w strzępkach jajowodu, bo na str. 44 czytamy: »Ruchliwe plemniki posuwają się coraz dalej przez całą długość trzonu macicy i przez jajowody aż do jajników i łatwo na tej drodze mogą napotkać jajko, wydzielone z jajnika. Najłatwiej następuje jednak to zetknięcie w przewodzie jajowodu«. Oto jajko, jeżeli się dostało już do macicy, wówczas sposobność do zapłodnienia minęła niepowrotnie!

Na str. 117 i 118 opisując objaw Hegara, jako znak rozpoznawczy ciąży, mówią autorowie, że »odcinek macicy, leżący tuż ponad ujściem wewnętrznem, jest bardzo miękki«; możeby należało było dodać: »i łatwo dający się ścisnąć«. Przed opisem objawu Brauna zwróciłbym był uwagę na to, że już od 6. tygodnia ciąży macica robi wrażenie ciastowate, a co Loehlein wcale dobrze nazywa: »cystische Weichheit«.

Na str. 116 czytamy: »tętno płodowe dowodzi także niezbicie, że jest ciąża i że płód żyje; ale słyszeć je możemy zwykle dopiero od połowy ciąży«. Skutsch, a głównie Sarvey już o wiele wcześniej, bo już nawet od 13 tygodnia słyszeli tętno płodowe. W 98,2 prc. przypadków Sarvey słyszał je zawsze i to w miejscu przedniej ściany macicy, leżącej ponad płaszczyzną poziomą ujścia wewnętrznego macicy. Choćby spostrzeżenia Sarveya nie dały się stale potwierdzić, to w każdym razie, na co już Herff zwrócił uwagę, można przed 18. tygodniem ciąży wysłuchać tony serca płodu, a więc już przed połową ciąży.

Na str. 125 czytamy: »czas trwania ciąży i jej kres prawidłowy.... średnio przypada 271. dnia«. Tutaj byłbym dodał: »ale w rzadkich przypadkach trwać może ciąża aż do 310 dni (Winckel)«. Uwaga ta byłaby może dla lekarza praktyka i ze względu sądowo-lekarskiego nieraz nie bez znaczenia.

Na str. 133 czytamy: »Jakkolwiek ciąża jest stanem fizyologicznym, to przecież w tym czasie zachodzą w ustroju niewiasty wielce doniosłe zmiany, które ją usposabiają do ciężkich chorób«. Byłbym tutaj zwrócił uwagę na prace Józefa Starzewskiego i Davisa o szkodliwem działaniu płodowych wydalin i składników na ustrój matki, aby w ten sposób przedstawić i uwydatnić czytelnikowi powód owych doniosłych zmian w ustroju wskutek ciąży. Chemiczna korelacya w ustroju nietylko w czasie ciąży, ale wogóle większą i donioślejszą odgrywa rolę, niż obecnie przypuszczamy! Tutaj pole nauki prawie jeszcze odłogiem leży. Co się zaś tyczy różnych objawów w czasie ciąży, to zdaje się podług Starlinga, że płód sam, a nie łożysko, nie kosmki kosmówki są głównym zmian tych powodem. A przytem płodu za pasorzyta wcale uważać nie można, przeciwnie żyje on z matką w zupełnej symbiozie. Doświadczenia Bara i Daunaya dowiodły, że kobieta w ostatnich miesiącach ciąży dziennie 3—4 gr. więcej zatrzymuje w sobie azotu, niż przy równych warunkach odżywiania w stanie zwykłym. Ciąża więc nie zmusza matki do naruszenia niejako swego azotu, aby potrzebom płodu zadość uczynić.

Mówiąc o przyczynach bolów porodowych i porodu (str. 157) nie godziłbym się na zdanie, że »kurczenie się macicy jest, jak każda czynność w ustroju, wynikiem działania nerwów«. Skurcze macicy powstają, mniemam, w dwojaki sposób: *a*) na drodze nerwowej przez drażnienie zwojów nerwowych w macicy lub na drodze odruchowej, *b*) na drodze mięśniowej przez drażnienie bezpośrednie mięśni. Teorya myogeniczna nietylko do serca się stosuje. Przy opisywaniu czynników, wywołujących wystąpienie bolów porodowych, należało może zwrócić uwagę na to, że podczas gdy ruchy dziecka przy końcu ciąży stają się silniejsze, ilość wody płodowej jest stosunkowo mniejsza i wskutek tego działanie ruchów dziecka na macicę staje się tem silniejsze. Przed 14 laty, dając w »Nowinach lekarskich« pogląd na dotychczasowe teorye, objaśniające powód rozpoczynania się porodu, wspomniałem przy końcu o doświadczeniach fizyologicznych Kroneckera, który stwierdził, że małe, na nerwy działające bodźce mają wpływ kumulacyjny czyli nagromadzający tak, że słabe prądy elektryczne żadnych, lub słabe tylko wywołują poruszenia; działając jednakże przez czas dłuższy, wywołują nawet napady padaczkowe. Oto opierając się na tym fakcie fizyologicznym, pisałem wówczas, że jajo działa od samego początku ciąży na macicę jako słaby bodziec, ale działając stale przez cały przebieg ciąży, nagromadza się niejako pobudliwość w macicy do tego stopnia, że wywołuje ona przy końcu ciąży bole porodowe. Cybulski w swej »Fizyologii« o zapatrywaniu tem wspomina, a w czasach ostatnich doświadczenia Blumreicha (Arch. f. Gyn. T. 71, zeszyt 1) potwierdzają zapatrywanie moje ówczesne, bo dowodzą, że wrażliwość oddziaływania macicy na bodźce mechaniczne w ciąży wzmaga się i że są one w możności poród wywołać.

Znakomite przedstawienie mechaniki porodu w podręczniku autorów byłoby może jeszcze więcej zyskało, gdyby oprócz rysunków Bumma dodali autorowie jeszcze kilka rysunków z wybornego dzieła Hugona Sellheima z Düsseldorfu p. t.: »Die Beziehungen des Geburtskanals und des Geburtsobjectes zur Geburtsmechanik«. Głównie zaś rysunki, objaśniające mechanicznie rotacyę przez współdziałanie zgięcia się przewodu porodowego z nierównomiernem zginaniem się walca płodowego, byłyby jeszcze więcej przyczyniły się do łatwego zrozumienia przedmiotu. Ale to rzecz mniejszej wagi.

Na str. 320 czytamy, że niedokrwistość złośliwa »przydarza się wyjątkowo także u mężczyzn, najczęściej jednak u kobiet ciężarnych«. Statystyki ostatnie, o ile znam piśmiennictwo, tego nie potwierdzają. Według tekstu str. 321 ma do rozpoznania niedokrwistości złośliwej między innemi przyczyniać się zachowanie się megalocytów, a więc owych nadmiernie wielkich krwinek o wielkich jądrach, a które to krwinki znajdują się stale w krwi płodowej. Megalocyty znamiennym objawem przy niedokrwistości złośliwej być nie potrzebują, bo mogą one także wcale w tej chorobie we krwi się nie pojawić.

Na str. 324 i 327 zamiast »płód ulega wymoczeniu« i »płód wymiękły«, wolałbym osobiście wyrażenie płód »zbutwiały«, ale że Słownik nasz lekarski polski wyrazu tego nie podaje, — przeciwnie te wyrazy, których autorowie użyli, — nie przywiązuję do tego znaczenia, bo inaczej powstałby grzeszny tylko zamęt w słownictwie naszem. Mówiąc o sekcyi takich płodów, należało, zdaje mi się, zwrócić uwagę na potrzebę badań mikroskopowych celem ewentualnego wykrycia krętka bladego w poszczególnych narządach. Badanie płodów zmacerowanych także na krętki blade będzie może w przyszłości konieczne i potrzebne, skoro Simmonds znalazł je w takich płodach. Słusznie też Herff dziwi się, że dotąd płodów zmacerowanych nie uważa się za materyał zakaźny.

Przy opisywaniu leczenia rzucawki za mało, zdaje mi się, zaakcentowany jest upust krwi, który w ostatnim mianowicie czasie znów przy leczeniu choroby tej ważną zaczyna odgrywać rolę. Zweifel i inni bardzo za upustem krwi w rzucawce przemawiają, gdyż upust usuwa choć część jadu, krążącego w krwi, zmniejsza nadmierne ciśnienie krwi oraz zapobiedz może wytworzeniu się obrzęku płuc.

Na jedno jeszcze pozwolę sobie zwrócić uwagę. Nie tyczy się to wprost pracy autorów, jak raczej grecko-łacińskiego mianownictwa lekarskiego wogóle. Jest ono siekiem błędów najróżnorodniejszych. Używamy je mimo to stale, a przecież od czasów cennych, a tak mało znanych prac Kossmana o tym przedmiocie, nie trudną byłoby rzeczą sprawę tę ujednostajnić w sposób, odpowiadający wymogom nauki. To też gdybym dzieło powyższe był pisał, dodałbym za każdem wyrażeniem łacińskiem lub łacińsko-greckiem wyrażenie poprawne, choćby tylko w nawiasie, aby przypomnieć czytelnikowi, jak się mówi i pisze fałszywie, a jakby pisać należało. Przytoczę kilka tylko przykładów. Nie powinno się pisać *menstruatio*, lecz *menstruum* (str 37), nie *iliacus*, lecz *ilicus* (str. 15), nie *hypogastricus*, lecz *hypogastrius*, nie *umbilicalis*, lecz *umbilicaris* itd.

Może zadługo rozpisałem się, ale dzieła tak poważnego kilku ogólnikami zbyć nie godziło się.

Kończąc, winszuję z głębi serca czcigodnemu kierownikowi naszej szkoły krakowskiej, oraz jego współpracownikowi, że przez dzieło swe oddali naszej ubogiej nauce rodzimej wielką przysługę. Oby niezadługo podręcznik został ukończony, a po upływie krótkiego następnie czasu powtórnego doczekał się wydania. Znakomity rozkład oraz dobra treść dzieła na to zasługują. Byłby to w piśmiennictwie naszem nie za częsty wypadek.

Heliodor Święcicki.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Doc. Czystowicz. **O budowie nowotworów zapalnych, rozwijających się na miejscu wprowadzenia części składowych prątków gruźliczych.** (*Charkow. med. żurn.* 1906, paźdz.). Autor wstrzykiwał morskim świnkom podskórnie 1 prc. zawiesinę wosku, uzyskanego z prątków gruźliczych (po 0·5 cm.³) i zawiesinę prątków gruźliczych, pozbawionych tego wosku. W miejscu wstrzyknięcia powstawały wkrótce niewielkie gruzełki. Te, które powstawały po wstrzyknięciu prątków, pozbawionych wosku, ulegały zazwyczaj po 1½—2 tyg. zupełnemu wessaniu. Wnioski autora są następujące: 1) odporność prątków gruźliczych względem kwasów zależy nietylko od wosku gruźliczego, lecz i od innych nieznanych jeszcze dokładniej składników ich protoplazmy, nie niszczejących pod wpływem substancyi wosk rozpuszczających. Być może, że w związki te wchodzą i kwasy tłuszczowe. 2) Wosk gruźliczy, wprowadzony pod skórę, wywołuje powstanie aseptycznego ropnia, naokoło którego zjawiają się komórki olbrzymie i otoczka włóknista. Udział jednojądrzastych komórek nabłonkowatych jest przy tem nieznaczny. 3) Gruzełek, powstały wskutek wstrzyknięcia wosku gruźliczego, albo przebija na zewnątrz, albo długi czas nie ulega żadnym zmianom. 4) Na miejscu wstrzyknięcia prątków, pozbawionych wosku, gromadzą się naprzód wielojądrzaste leukocyty, które wchłaniają prątki, a które potem wypiera tkanka ziarninowa, złożona z komórek nabłonkowatych i fibroblastów, silnie unaczyniona. Komórek olbrzymich nie można prawie nigdy zauważyć. Znajdują się one, jak i otoczki włókniste, tylko wtedy, jeżeli wstrzyknięto bardzo dużo źle rozdrobionych prątków, przy zanieczyszczeniu watą i t. d. Tkanka ziarninowa znika bez śladu w ciągu 2—3 tygodni. 5) Strawienie odtłuszczonych prątków wewnątrz leukocytów jednojądrzastych odbywa się przez przeistoczenie prątków w masy bezbarwne, błyszczące, nie barwiące się sposobem Ziehla i Kühnego. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

Doc. Sławcow. **W sprawie jednolitości sernika.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 46). Autor starał się sprawdzić twierdzenie prof. A. Danilewskiego i Radenhausena, że osad białka, otrzymywanego z mleka przy pomocy kwasów (z kazeinogeny), składa się z mieszaniny 2 rodzajów białka, z których jeden rozpuszcza się w wyskoku. Autor stwierdził, że po oziębieniu wyskokowego (4 prc.) wyciągu z sernika mleka krowiego (uzyskanego sposobem Hammarstena), powstaje drobnoziarnisty osad, zawierający niekiedy ślady tłuszczu, które najlepiej usunąć eterem. Osad ten, wysuszony nad kwasem siarkowym przy zwykłej ciepłocie, łatwo r zpuszcza się w słabych alkaliach i 5 prc. roztczynie fosforanu sodowego. Rozczyny jego dają odczyny: biuretowy Milona i ksantoproteinowy, po dodaniu kwasu octowego wydzielają osad. Pod wpływem kwasu sulfosalicylowego zjawia się lekki męt, który przy nagrzewaniu zmniejsza się, a przy oziębieniu znów się zwiększa. Na podstawie tych danych i innych odpowiednich badań autor dochodzi do wniosku, że w wyskokowym wyciągu sernika znajduje się ciało białkowe, bardzo pokrewne kazeinogenie, lecz typu albumozy. Autor wypracował metodę dokładnego oddzielenia tych 2 rodzajów białka sernika, przyczem żadne z nich nie traci swoich własności: do rozczynu kazeinogeny w 0,5 prc. fosforanu sodowego dodaje się ½ objętości nasyconego rozczynu siarczku amonowego; otrzymuje się duży męt, który po dobie lub dwóch zlepia się w śluzową masę. Przeźroczystą część odcedza się (z wielkim mozołem), rozprowadza się wodą i osadza się kwasem octowym, zbiera się na sączku, przepłukuje się wodą, wyskokiem i eterem i wysusza się na zimno. Otrzymana w ten sposób frakcya kazeiny ma wszystkie wspomniane własności ciała białkowego typu albumozy, rozpuszczającego się w 50 prc. spirytusie przy ogrzewaniu, śluzowa masa zawiera zaś tylko czysty sernik bez żadnych domieszek. W ten sposób przez badania autora stwierdzono, że sernik rzeczywiście składa się z 2 ciał o bardzo podobnym składzie.

Z. Orłowski (Ptbg.).

Doc. A Bumm. **O zaniku mięśni przy zapaleniu stawów.** (*Wiener med. Presse* 1906, Nr 51). Autor badał doświadczalnie na psach wpływ zapaleń stawów na zanik mięśni, czynnych przy ruchach tychże stawów i doszedł do wniosku, że 1) u psów występuje po dłuższem unieruchomieniu tylnych kończyn wybitny zanik mięśni prostujących; histologicznie znamionuje ten zanik pomnożenie jąder, tu i ówdzie zmniejszone prążkowanie poprzeczne, a stale zmniejszenie się szerokości włókien tych mięśni; 2) sztucznie wywołane zapalenie stawu kolanowego niema wpływu na powstawanie i rozwój zaniku mięśni. Natomiast bolesność zapalonego stawu, hamując jego ruchy, działa, jak się zdaje, podobnie do sztucznego unieruchomienia.

Dr Blassberg.

Medycyna wewnętrzna.

Fock. **W sprawie podawania przetworów wyskokowych w przebiegu zapalenia płuc.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 44). Autor zasięgał wiadomości w sprawie stosowania przetworów wyskokowych w zapaleniu płuc od kierowników klinik i oddziałów szpitalnych Niemiec, Austryi, Szwajcaryi, Danii, Szwecyi i Anglii. Pokazało się, że zdania co do działania i pożyteczności wyskoku. oraz szczegółowych wskazań do jego stosowania w tej chorobie są niezmiernie rozstrzelone. Zdaje się jednak nie ulegać żadnej wątpliwości, że możnaby się wogóle bez przetworów wyskokowych obejść zupełnie. Szczegółowe badania, a nadewszystko obszerna statystyka są w tym kierunku bardzo pożądane. *Dr Maryan Godlewski.*

Prof. Veit. **Gruźlica i ciąża.** (*Therapie der Gegenwart* 1906, Z. 11). Zajście w ciążę u kobiety gruźlicą dotkniętej uważane bywa powszechnie za przypadek bardzo niepomyślny, prędzej czy później śmiercią się kończący. Autor na zasadzie swego obfitego materyału nie jest takim pesymistą i twierdzi, że nigdy nie należy wzniecać poronienia, gdy ciężarna dotknięta gruźlicą stale przybiera na wadze; zabieg ten zaś chybia znów zgoła

celu, jeżeli ciężar ciała stale spada pomimo forsownego żywienia. Jedynie tylko wtedy należy nad nim się zastanowić, jeżeli przybytek wagi jest nieregularny lub niedostateczny.

Wilczyński.

Krehl. **O nerwowych chorobach serca i o t. zw. słabości serca.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 48). Rozpoznawanie słabości serca z pewnych właściwości tętna, towarzyszących pewnym objawom podmiotowym, jest nieścisłe i niewłaściwe. Pojęcie nerwowej choroby serca należy zupełnie zmienić. Dotychczas łączono z tem pojęciem schorzenie lekkie, życiu nie zagrażające. W znacznej mierze polega to na tem, że badania anatomiczno-patol., dotyczące nerwowych elementów serca, są jeszcze w zawiązku. Nie ulega jednak żadnej wątpliwości, że układ nerwowy i mięśniowy serca tworzy nierozerwalną całość, a zwłaszcza w dusznicy bolesnej objawy nerwowe i mięśniowe nawzajem się wikłają. Niewątpliwie należałoby wyróżnić grupę psychicznych zaburzeń serca. Badania z zakresu psychiatryi powinny rozstrzygnąć, czy podlegające im osoby można uważać za psychicznie zdrowe. *Dr Maryan Godlewski.*

Doc. W. Janowski. **O tętnie dwubitnem przy niedostateczności zastawek aorty.** (*Nowiny lekarskie* 1906, Nr 10). Na podstawie trzech przypadków własnych wypowiedział Goldscheider, a przed nim Geigel na podstawie jednego przypadku zdanie, że wyraźna dwubitność tętna w przebiegu niedomykalności zastawek aorty może zależeć od wikłającej ją wady zastawki dwudzielnej. Janowski rozpatrzywszy szczegółowo te cztery spostrzeżenia wywodzi, że dwubitność tętna przy wadzie aorty nie ma wartości rozpoznawczej dla wikłającej niedomykalności zastawki dwudzielnej, albowiem dwubitność w tych wszystkich przypadkach zależała od stanu gorączkowego, który i bez powikłania obu wad wywołuje dwubitność przy czystej niedomykalności zastawek aorty. Zdaniem J. powodem dwubitności tętna bywa: 1) najczęściej cierpienie gorączkowe, bez względu na rodzaj zarazka, który je wywołuje i na jego usadowienie w ustroju, 2) dyskompenzacya serca, 3) cierpienia nerwów naczynioruchowych (choroba Basedowa) i 4) wyjątkowo niektóre otrucia, np. azotanem amylowym. *Dr M. Blassberg.*

Veiel Eberhard. **O digalenie.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 44). Z doświadczeń autora wynika, że przy podawaniu digalenu tak, jak i przy naparze naparstnicy, zaburzenia w zakresie przewodu pokarmowego wystąpić mogą. Natomiast niezaprzeczoną wyższość tego przetworu stanowi ta okoliczność, że stosowany śródżylnie (w ilości 1—5 ctm.) działa nadzwyczaj szybko, należy więc w ten sposób stosować go w szczególności wtedy, gdy chodzi o zwalczenie ostrej niedomogi serca w chorobach zakaźnych w czasie przełomu choroby. Stosowaniu podskórnemu stoi na przeszkodzie wielka bolesność; Eulenburg zaleca wstrzykiwania śródmiąższowe. *Dr M. Godlewski.*

Prof. S. Lewaszow. **O współczesnem farmaceutycznem leczeniu chorób serca.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 44, 45). Na podstawie swojej wieloletniej działalności lekarskiej omawia autor (Odessa) farmaceutyczne leczenie chorób serca. Autor stanowczo przeczy, jakoby oprócz naparstnicy nie było innych prawdziwie skutecznych środków sercowych. Bezwarunkowo jest to środek najlepszy, lecz nie jedyny, i przy umiejętnem stosowaniu innych środków można osiągnąć wyniki wcale nie gorsze. Ujemne strony naparstnicy stanowią: działanie zbiorowe, powolne wchłanianie i jeszcze powolniejsze wydalanie; różnica między leczniczą i śmiertelną dawką jest nieznaczna, osobliwie co do digitoksyny. W niektórych postaciach przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego (*myocarditis*) i przy zmianach wieńcowych naczyń serca naparstnica działa wprost ujemnie; natomiast inne środki, umiejętnie stosowane, sprawiają takim chorym znaczną ulgę i przedłużają ich życie. Zamiast naparstnicy niektórzy autorowie polecają strofantus, lecz autor uważa go za środek niepewny i bardzo niebezpieczny, często wywołujący nagłe zejście śmiertelne; w tych dosyć rzadkich przypadkach, gdzie przy jego pomocy udaje się poprawić działalność serca, często zjawiają się nagłe bicia serca, spadek ciśnienia krwi, sinica itd.; wogóle autorowi nie powiodło się nigdy zapomocą strofantusa utrzymywać w równowadze działalność serca w ciągu długiego czasu, jak tego właśnie w większości chorób serca potrzeba. Miłka (*adonis vernalis*) stawia autor co do działania na równi z naparstnicą, o ile się go poda w odpowiedniej postaci i dostatecznej ilości; przewyższa on zaś naparstnicę tem, że nie działa zbiorowo, można go więc podawać przez długi czas bez obawy i bez ścisłego nadzoru lekarskiego. Szczególnie dobre wyniki daje miłek przy chorobach naczyń wieńcowych serca i przy otłuszczeniu serca, a dobre wyniki w większości wad zastawek serca. Ujemną stronę tego środka stanowi drażniące jego działanie na przewód pokarmowy, które zresztą w pewnych przypadkach może być korzystne, regulując stolec, np. u osób dotkniętych otłuszczeniem serca lub stwardnieniem tętnic; zmniejszenie apetytu po podaniu miłka może być korzystne u osób otyłych, chorych na serce. Żeby jednak drażniące działanie tego środka nie przekraczało pewnych granic, trzeba go koniecznie przepisywać z odwarami śluzowymi i ulepkami i używać tylko po jedzeniu; dla uniknięcia działania przeczyszczającego można dodać makowiec. Najlepiej działa napar miłka (*infusum*); inne przetwory są niepewne. Co się tyczy dawkowania, to tylko ze wskazań życiowych można zaczynać od wielkich dawek; w ogromnej zaś większości przypadków należy zaczynać od małych dawek; chory ustrój przy dłuższem użyciu środków sercowych przyzwyczaja się do nich, trzeba ciągle zwiększać dawki, aż nareszcie i toksyczne dawki przestają działać. Że to zjawisko zależy nie od zwyrodnienia mięśnia sercowego, ale od przyzwyczajenia się do środka, widać stąd, że zastąpienie leku już nie działającego innym, nawet słabszym, zaraz polepsza działalność serca. Autor tak też i radzi postępować: przepisując naprzemian naparstnicę i miłek zdołał utrzymywać w równowadze serce w ciągu 10—15 lat. Kapusta psia (*apocynum cannabinum*) i ostrawka lekarska (*scilla maritima*), chociaż niekiedy dobrze działają na serce, lecz nadzwyczaj drażnią przewód pokarmowy. Inne środki, jakoto konwalia (*convallaria majalis*), ciemiernik (*helleborus neger*), sparteina, periplocyna (*per os*) itd. działają niestale i słabo. W późniejszych okresach choroby, gdy wskutek głębokich anatomicznych zmian środki sercowe zaczynają źle działać i powstają obrzęki, dobrze jest dla wzmocnienia działania naparstnicy i miłka dodawać kofeinę. Osobliwie dobre wyniki daje czysta teobromina, lepsze, niż diuretyna, aguryna, uroferyna i t. d. Najlepsze wyniki daje teobromina, podawana w małych dawkach, lecz często (dla kobiet 0,2, dla mężczyzn 0,3—5—6 razy dziennie po jedzeniu). Duże dawki (0,5—1,0—trzy razy dziennie) bardzo często wywołują wymioty, bole głowy itd., a nie działają wcale skuteczniej. U chorych z wrażliwym przewodem pokarmowym dobrze jest przepisywać teobrominę z *pulv. gummosus*, *pulv. altheae*, *pulv. sago* i t. d. W późnym okresie choroby, gdy środki sercowe, moczopędne i t. d., podawane wewnętrznie, przestają działać zupełnie, trzeba uciekać się do podskórnych lub śródżylnych wstrzykiwań. Ostatnimi czasy autorowie zalecają do tego osobliwie digalen i digitolan. Autor przyznaje, że digalen jest dzielnym środkiem sercowym przy wstrzykiwaniach śródżylnych i przy podawaniu wewnętrznem niema żadnej przewagi nad naparstnicą. (O digitolanie autor zdania sobie jeszcze nie wyrobił). Ujemną stroną obu tych środków jest to, że 1) oba leki są środkami tajnymi, 2) dosyć łatwo się psują, 3) są nadzwyczaj drogie. Wobec tego autor gorąco zaleca inny środek tani, o znanym składzie i nie psujący się, który należy postawić na równi z digalenem i digitolanem. Tym środkiem jest periplocyna, lecz nie wewnętrznie i nie podskórnie (z powodu niemiłego ubocznego działania miejscowego), ale w postaci wstrzykiwań śródżylnych. Autor niejednokrotnie przekonał się, że środek ten działa świetnie i długi czas nawet w tych przypadkach, w których wszelkie inne środki sercowe przestały już działać. Przy wstrzykiwaniach do żył periplocyna wcale nie drażni ścian żył i nie wywiera żadnego niepożądanego wpływu na postaciowe składniki krwi. Świeże jałowe rozczyny periplocyny można przyrządzić każdej chwili *ex tempore*, gdyż łatwo rozpuszcza się w wodzie. Dawka (*pro die et dosi*), której autor używał = 0,001. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

Prof. Gluziński. **Kilka uwag o klinicznem badaniu sprawności narządu krążenia.** (*Tyg. lek.* 1907, Nr 1). Autor zaznacza doniosłość oceniania sprawności mięśnia sercowego i sprawności naczyń obwodowych, stanowiącego konieczne uzupełnienie klinicznego rozpoznania i pozwalającego na wytknięcie należytego kierunku postępowania leczniczego. W przypadku autora u młodego człowieka, ozdrowieńca po durze brzusznym, bez żadnych wykazalnych zboczeń w narządzie krążenia, skarżącego się jednak na podmiotowe dolegliwości sercowe, stwierdzono sposobem Katzensteina (por. spr. w *Przegl. lek.* 1907, Nr 2) znaczniejsze upośledzenie sprawności mięśnia sercowego. — Chory ten, który mimo przedstawień opuścił klinikę w szóstym tygodniu rekonwalescencyi, po pewnych wysiłkach dostał bicia serca, silnych zawrotów głowy i uczucia omdlewania, trwającego przez całą noc, które go w dobę po wyjściu sprowadziły z powrotem na klinikę. *Dr M. Blassberg.*

J. Sędziak. **Przyczynek do kwestyi porażeń nerwu wstecznego pochodzenia toksycznego.** (*Tyg. lek.* 1907, Nr 2).

Porażenia toksyczne nerwu krtaniowego dolnego (wstecznego) nie należą do zbyt rzadkich. Autor znalazł w piśmiennictwie 95 takich przypadków, co na ogólną liczbę przeszło 1000 przypadków porażeń tego nerwu, zebranych przez autora, wynosi przeszło 9.5 %. Porażenia te występowały najczęściej między 20. a 30. rokiem życia, i to w trójnasób częściej u mężczyzn, aniżeli u kobiet. Przyczyną tych porażeń były najczęściej ostre sprawy zakaźne, o wiele rzadziej różnorodne zatrucia. Z chorób zakaźnych najczęściej wywoływały porażenie dur wysypkowy i dur brzuszny, i to przeważnie w 3. i 4. tygodniu choroby, rzadziej już ostry gościec stawowy, na trzeciem miejscu grypa, potem błonica. Z trucizn nieorganicznych najczęściej spostrzegano porażenia nerwu wstecznego w następstwie zatruć ołowiem, potem wyskokiem, arszenikiem, fosforem i jodem.

Dr Blassberg.

Fiłosofow. **W sprawie wpływu różnych białek pokarmu na wydzielanie cukru i rozwój acydozy przy cukrzycy.** (*Russk. Wracz.* 1906, Nr 47.) Jak wiadomo, w ciężkich przypadkach cukrzycy chorzy nawet przy ściśle białkowej dyecie wydzielają z moczem znaczną ilość cukru, chociaż ustrój oddał już wszystek swój glikogen. Zjawisko to autorowie objaśniają w ten sposób, że cukier może wytwarzać się w ustroju z białka i najprawdopodobniej z zawierających się w drobinie białka kwasów aminowych; im więcej białko zawiera kwasów aminowych, tem więcej przy rozpadzie jego powinno być cukru w moczu. Autor starał się to stwierdzić, badając wpływ różnych białek pokarmu na stopień cukromoczu u chorych na cukrzycę i jednocześnie wpływ na acetonuryę. Dla badań użył autor 13-letniego chorego, wydzielającego 3—3½ litra moczu, 6—7% cukru, a acetonu około 150 mlgrm. na dobę. Choremu temu podawano ścisłą białkowo-tłuszczową dyetę, zawierającą zawsze jednakowe ilości N i tłuszczów. W pierwszym okresie chory otrzymywał przeważnie jaja, w drugim — przeważnie mięso, w trzecim dodawano do tego po 2 jabłka; 4-ty okres przejściowy bez jabłek; w piątym prócz jaj i mięsa podano twaróg. Każdy okres trwał po 5 dni, tylko 4-ty — 2 dni. Najwięcej cukru wydzielał chory w 5-ym okresie (twaróg), mniej w 2-gim (mięso), a najmniej w 1-ym (z przewagą białka jaj), jakby rzeczywiście białka, zawierające więcej kwasów aminowych, dawały większą ilość cukru, gdyż najwięcej tych kwasów zawiera sernik, mniej mięso, najmniej — białko jaj. Acetonu największa ilość przypadała na okres z najniższą ilością cukru i naodwrót, t. j. aminowe kwasy są, podobnie do węglowodanów, substancyami antyketoplastycznemi. Ciekawe dane dał 3-ci okres (z dodatkiem jabłek): od pierwszego dnia ilość acetonu spadła z 69 cntgrm. na 13 cntgm., znikł odczyn na kwas acetooctowy, ilość cukru też zmniejszyła się, a znacznie wzrosła ilość przyswajanego N, tak, że gdy w innych okresach w ogólnym bilansie chory tracił N, tu przeciwnie zatrzymywał go; to sprawia wrażenie, że dodatek niewielkiej ilości węglowodanów do dyety chorych na cukrzycę bynajmniej nie szkodzi.

Z. Orłowski (Ptsbg.).

Neurologia.

Żalplachta J., Parhon i Shunda. **Dwa przypadki achondroplazyi** (*Nouv. Icon. de la Salpetr.* 1905, Nr 5). Opis 2, spostrzeganych w Rumunii (Ż., nasz rodak, jest lekarzem szpitala Marcoutza) przypadków tej rzadkiej zmiany (autorowie zebrali z piśmiennictwa ogółem tylko 42 spostrzeżenia). Oba przypadki dotyczyły mężczyzn; w obu ze znamiennych objawów stwierdzono: karłowatość, będącą głównie skutkiem wrodzonego skrócenia kończyn, i to stosunkowo znaczniejszego w kościach bliższych tułowia, niż w obwodowych (*micromélie rhizomélique* P. Mariego), znamienny kształt rąk (*main en trident* P. Mariego), siodłowatość lędźwi. U jednego z tych mężczyzn (najniższego z dotąd opisanych przypadków achondroplazyi, bo mierzącego tylko 105 ctm.) były nadto: wielkogłowie, spłaszczenie nasady nosa, upośledzenie umysłowości, które stwierdzano w znacznej większości opisanych dotąd przypadków achondroplazyi; u drugiego cech tych brakło. — Autorowie uważają karłowatość wskutek achondroplazyi wrodzonej za przeciwieństwo olbrzymiości; stąd też tak, jak jako przyczynę olbrzymiości przypuszcza się nadmierną czynność przysadki mózgowej, utrzymanie się grasicy i brak wydzielania wewnętrznego gruczołów płciowych, tak znów możnaby przypuszczać, że przyczyną karłowatości achondroplastycznej są stany odwrotne: brak czynności przysadki, przedwczesny zanik grasicy, a przedewszystkiem nadmierne wewnętrzne wydzielanie gruczołów płciowych. Przypuszczenie to starają się autorowie uczynić prawdopodobnem przez zestawienie objawów klinicznych i obrazów sekcyjnych, spotykanych w przypadkach achondroplazyi i olbrzymiości. *W.*

Żalplachta Jan. **Przyczynek do anatomii patologicznej zniedołężnienia przedwczesnego** (*dementia praecox*) (*Revista stiint. med.* 1906, Nr 7—10). Autor zbadał drobnowidowo układ nerwowy ośrodkowy w 4 przypadkach zniedołężnienia przedwczesnego i stwierdził we wszystkich tych przypadkach zmiany jednakowe, różniące się tylko stopniem. Zmiany te polegają na zwyrodnieniu komórek nerwowych kory mózgowej, przedewszystkiem warstw jej najgłębszych, mianowicie najgłębiej położonych komórek piramidalnych i wielokształtnych, oraz na bujaniu komórek glejowych. Najsilniejsze zmiany rozwijają się zawsze w płatach czołowych; posuwając się ku płatom potylicznym, znajduje się zmiany coraz mniejsze. Spotykanym zmianom w naczyniach (nagromadzenie limfocytów około naczyń, złogi barwika w ich ścianach), jako nieznacznym i niestałym, nie przypisuje autor większego znaczenia. Natomiast zmiany komórek nerwowych uważa autor ze względu na ich siedzibę (najgłębsze warstwy kory mózgowej) za znamienne dla zniedołężnienia przedwczesnego i przypuszcza, że siedziba taka może być w związku z najznamienniejszymi objawami klinicznymi tej choroby. *W.*

Kellner. **Wyniki leczenia padaczki makowcem i bromem.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 48). Według autora najlepsze wyniki lecznicze w padaczce otrzymać można, łącząc leczenie makowcem i bromem i wodoleczenie. Autor zaczyna od leczenia makowcem, podając go ogółem przez 50 dni. Początkową dawkę 0,5 *extr. opii* 3 razy dziennie zwiększa autor co drugi dzień o 0,01, dochodząc w końcu do 0,29 na dawkę. W 51. dniu leczenia dostaje chory rano jednorazowo 0,30 makowca, poczem tegoż dnia w południe i wieczór po 2 gr., a w 52. i 53. dniu 3 razy dnia po 2 gr. mieszanki bromowej. Potem co dwa dni zwiększa autor dawkę dzienną mieszanki o jeden gram, od 58. dnia leczenia podaje autor 9 gramów mieszanki dziennie i to przez czas dłuższy. W razie (rzadko się zdarzającego) zaparcia stolca podaje autor sól karlsbadzką. W ciągu leczenia makowcem zażywają chorzy 3 razy dziennie po łyżce 1 % roztworu kwasu solnego. Leczenie kąpielami stosuje K. w czasie pięćdziesięciodniowego leczenia makowcem, codziennie, również według stałego planu. W I dniu kąpiel o ciepłocie 24° C. (10 minut), w II dniu ciepłota 23° C. (9 minut), w III-cim 22° C. (8 minut); tym sposobem VIII dnia bierze chory trzechminutową kąpiel o ciepłocie 17° C., i tak codziennie do dnia XV, od XVI do XXIII dnia 17° C., 4 minuty, od XXIV do XXXI dnia 17° C. 5 minut, od XXXII do L 17° C. a 6 minut. Nie nadają się do leczenia te przypadki, w których władze umysłowe już bardzo podupadły. Nadzór lekarski w ciągu leczenia oczywiście konieczny.

Dr Maryan Godlewski.

Sacher Masoch i Masochizm.

Szkic literacko-psychiatryczny według collegium publicum.

Skreślił

Prof. Dr L. Wachholz.

(Ciąg dalszy.)

Leopold Sacher-Masoch syn urodził się we Lwowie 27. stycznia 1835[18]) i miał być zrazu bardzo wątłem dzieckiem tak dalece, że dla utrzymania go przy życiu przyjęto dlań — wedle Schlichtegrolla — mamkę, wieśniaczkę rusińską z pod Winnik pode Lwowem. Od mamki swej uzyskał zdrowie i siły, a nadto wedle Schlichtegrolla także »głęboką miłość dla ludu małoruskiego«, którą w istocie na każdej niemal karcie swych pism potem objawiał, łącząc ją z równie głęboką nienawiścią do wszystkiego, co polskie. Zdaniem Schlichtegrolla zawdzięczał on swej rusińskiej mamce wiadomości takie, jak podanie o Iwanie Groźnym, o czarnej carowej z Halicza, o panu Kaniowskim, Chmielnickim i o Esterce, która tak umiała opętać »dumnego« króla Kazimierza W., że poważyła się córki swoje, z królem spłodzone, wychowywać w wierze żydowskiej. Zaiste niezwykle uczoną musiałaby być ta mamka, wzięta ze wsi, której znane byłoby nawet podanie Długosza o wrzekomych córkach króla Kazimierza W., jak wiadomo odrzucone przez historyków, jak Caro lub Świeżawski, jako bezpodstawne[19]). Szczegóły te, dotyczące niezwykłego historycznego wykształcenia mamki, podane przez Schlichtegrolla, pochodzić muszą od samego Sacher-

[18]) Por. Wurzbacha B.-L. l. c. Schlichtegroll podaje rok 1836 jako rok urodzenia.

[19]) Patrz Balzera: Genealogia Piastów. Kraków 1895.

Masocha, podobnie jak i fantastyczne opowiadania o wrzekomych spiskach pań polskich z r. 1846 (miały na balach dusić oficerów austryackich pętlami drucianemi) i o okrutnej Józefie Naliszewskiej. Pierwsze lata swej młodości spędził na wsi w okolicy Lwowa, zabawiając się, jak pisze Wurzbach, z rówieśnikami polskimi, rusińskimi, żydowskimi i szwabskimi (koloniści niemieccy) po polach, lasach, karczmach i t. d. Tutaj to na wsi miał (jako mały chłopiec!) zdaniem Schlichtegrolla, widzić i poznać »den galanten polnischen Edelmann und sein lüsternes, herrschsüchtiges Weib!...« W r. 1848 przeniesiono ojca jego w charakterze radcy dworu do Pragi, gdzie się nasz autor, wówczas 13-letni, zaczął dopiero uczyć języka niemieckiego. W Pradze ukończył on studya gimnazyalne i filozoficzne. Około r. 1850 objął ojciec urząd w Gracu, a syn poświęcił się teraz studyom prawniczym, poczem uzyskał w r. 1855 stopień doktora praw, w rok potem zaś habilitował się tamże do historyi powszechnej i rozpoczął wykłady o epoce reformacyi. W r. 1867 wydał pracę »O powstaniu w Gandawie za Karola V« (Bazylea 1857), w której, oparłszy się na źrodłowych badaniach, wystąpił ostro przeciw Schlosserowi, uchodzącemu naówczas za niewzruszoną powagę na polu badań historycznych. Krytyka powitała dzieło nader przychylnie, zawodowcy jednak pominęli je milczeniem, podobnie jak i następną, a zarazem ostatnią jego historyczną pracę p. t. »Upadek Węgier i Marya Austryaczka« (Lipsk 1862). Zniechęcony niepowodzeniem na polu naukowem, a zachęcony natomiast poczytnością swych krótkich powieści, zatytułowanych: Historye galicyjskie«, z których pierwsza »Emisaryusz« ukazała się w Pradze 1863, poświęcił się wyłącznie literackiej pracy. »Historye galicyjskie« dotyczyły wypadków z roku 1846, przedstawionych fantastycznie, niezgodnie z prawdą, podobnie jak w bezimiennem dziele jego ojca. Wurzbach wyraża się, że w nowelach tych traktował Polaków »jak policyant Metternichowski«. Atoli już w tych nowelach dał wybitny wyraz swego szczególniejszego uczucia względem Rusi. W tym czasie zaczyna nasz autor nawiązywać stosunki z kobietami. Schlichtegroll pisze, że był on mężczyzną, który przyciągał do siebie kobiety, jak światło przyciąga móle; po zbliżeniu się zmieniały się role, kobieta stawała się świecą, on zaś motylem, który opalał sobie skrzydła. Pierwszym z kolei był jego stosunek z Anną Kottowitzową, córką i żoną lekarza, którą po rozstaniu się jej z mężem utrzymywał przez pewien czas aż do chwili, gdy ona z innym nawiązała stosunek miłosny. Kottowitzowa odgadła jego pociąg do ulegania kochanej kobiecie aż do ostateczności. Poczęła go udręczać. Pod wpływem tych udręczeń, przejmujących go tylko rozkoszą, i pod wpływem konieczności zdobycia środków na utrzymanie kochanki, ogłasza szereg powieści i tworzy swą »Wenus we futrze«, stanowiącą syntezę jego nienaturalnego pociągu płciowego i zapatrywań na stosunek obu płci względem siebie. Po zerwaniu stosunków z Kottowitzową przestał, jak się sam wyraził, »wierzyć w uczciwość kobiety«, mimo to poświęcił jeszcze pamięci niewiernej kochanki powieść »Rozwódka, dzieje cierpień idealisty«, w której zamieszcza spowiedź swą z lat tego stosunku. Z kolei nawiązuje i rozwiązuje stosunki z Fanny Pistor, z którą fotografuje się w pozie Seweryna i Wandy, bohaterów noweli »Wenus we futrze«, z baronową (?) Reizenstein, z aktorką Clairemont i wreszcie z aktorką Jenny Frauenfeld, z którą się nawet zaręczył. Wszystkie te stosunki nie były zdolne, zdaje się, zaspokoić jego odmiennej, niż u innych mężczyzn, pożądliwości, toteż nie sprawiły na nim głębszego wrażenia. Z pamiętników pierwszej jego żony [20]) dowiadujemy się, iż czuła się przykro dotkniętą jego dziwnie naiwnem przedstawieniem poprzednich swych miłosnych stosunków. (C. d. n.)

Dr Józef Talko.

(Wspomnienie pośmiertne.)

Przy samym schyłku starego roku odebraliśmy wiadomość o zgaśnięciu jednego z najwybitniejszych okulistów polskich i najpłodniejszych naszych pisarzy.

Józef Talko od pół wieku żył dla okulistyki, znał prawie wszystkich wybitniejszych towarzyszy i utrzymywał z wszystkimi stosunki. Jego więc biografia, to pokaźny okres historyi naszej specyalności. Nie mogąc wobec świeżej mogiły, na którą choć zdala pragniemy rzucić dłonią przyjaciela wiązankę wspomnień, zbierać szczegółów i zdarzeń o zasługach naukowych i obywatelskich, postaramy się w krótkich słowach streścić życie i działalność tego niestrudzonego pracownika w naszej winnicy.

Józef Talko urodził się w r. 1838 we wsi Uninie na Polesiu ukraińskiem. Skończywszy gimnazyum żytomierskie w roku 1856, udał się na uniwersytet w Kijowie, który skończył w r. 1861. Jako wzorowy i celujący stypendysta rządowy, zniewolony pełnić służbę lekarza wojskowego, został odrazu odkomenderowany do chirurgicznej kliniki prof. Huebenetta, a w szpitalu wojskowym poruczono mu oddział okulistyczny, gdzie pierwsze stawiał kroki w tej specyalności, do której zamiłowania nabrał już w czasie studyów. Ruch narodowy i wolnościowy w Król. Polskiem w r. 1863/4 przyczynił się może do tego, iż stypendystę rządowego starano się oddalić od zetknięcia się z powstaniem i przerzucono go na Kaukaz do Tyflisu, gdzie pracował też jako sekretarz Tow. lekarzy kaukaskich.

Chcąc pogłębić swe wiadomości, podejmuje w roku 1869 pierwszą podróż naukową po Europie. Wracając przez Warszawę zastał Szkołę Główną zreorganizowaną na Uniwersytet i robił zachody celem osiągnięcia posady docenta, ale względy natury politycznej stanęły urzeczywistnieniu tego upragnionego celu na zawadzie. Powraca więc na Kaukaz, a owładnięty, jak sam pisze, nostalgią, podupada na zdrowiu. Na szczęście dostaje się w r. 1871 na posadę ordynatora szpitala wojskowego do Lublina, gdzie wśród swoich odzyskał swobodę, chęć do pracy i energię. Zakłada Towarzystwo lekarskie, zostaje jego pierwszym sekretarzem. W r. 1876 mianowany okulistą okręgowym, przenosi się z urzędu do Warszawy. W r. 1880 po kongresie międzynarodowym okulistycznym w Medyolanie, gdzie był wybrany jednym z wiceprezesów, zwiedza szpitale i kliniki okulistyczne na półwyspie apenińskim. W dwa lata potem udaje się do Pragi, a później przybywa do Poznania dla zwiedzenia młodego zakładu okulistycznego, założonego przez piszącego te słowa. Po raz pierwszy miałem wtenczas sposobność poznać tego czynnego, pełnego zapału dla ruchu naukowego, Kolegę. Na zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu w roku 1884 zajął się głównie Talko obchodem jubileuszowym i wydaniem książki jubileuszowej dla uczczenia 50-letniej działalności naukowej prof. Szokalskiego.

W dziele tem obok prac zbiorowych bardzo wielu okulistów polskich, umieścił Talko bardzo cenny materyał do historyi oftalmologii w Polsce. Autor skromnie nazywa go materyałem, ale »materyał« ten tworzy już sam przez się bardzo cenną, niezmiernie wyczerpującą historyę polskiej okulistyki aż do r. 1884.

Nawiązując do książki jubileuszowej, która prawie w połowie była jego pióra, wypadałoby z kolei omówić literacką działalność ś. p. Talki, lecz już ilość prac jego jest tak znaczna (przeszło 200), że samo wyliczanie zabrałoby dużo miejsca i czasu. Stwierdzimy więc tylko, że każdą jego pracę znamionowała ścisłość i wyczerpujące zajęcie się nią. Przypominamy choćby tylko rozprawę pod tytułem »Wągr oka w Polsce«, ogłoszoną, jak tyle innych, w »Postępie okul.« (1900). Widać w niej mrówczą pilność, z jaką śledził wszystkie publikacye naukowe, a zwłaszcza te, które były pisane w języku polskim. Z wielkiem zamiłowaniem badał teratologiczne przypadki i często wyniki badanych przypadków ogłaszał. Każdy dział okulistyki budził w równej mierze jego zajęcie, ale jako lekarz wojskowy z natury rzeczy oddawał się ze szczególnym zapałem poznaniu i leczeniu zapalenia egipskiego i jego następstw. Najczęściej umieszczał prace swe w Zehendera »Klinische Monatsblätter«, którego to pisma stałym niemal był współpracownikiem, z chwilą zaś pojawienia się »Postępu Okulistycznego« skrzętnie zasiłał to pierwsze i jedyne pismo polskie okulistyczne, dopóki mu ciężka niemoc pióra z ręki nie wytrąciła. I to niewątpliwie za zasługę nieboszczykowi policzyć trzeba, że nietylko sam stawał w rzędzie pisarzy polskich lub zjawiał się do zapasów naukowych na kongresach, ale o wszelkim ruchu naukowym naszym donosił do pism zagranicznych, stawiając świadectwo naszych prac wobec obcych. Oprócz prac okulistycznych ogłaszał Talko, zwłaszcza w latach dawniejszych, cenne prace z innych zakresów medycyny, zarówno po polsku, jak i w językach obcych; między innymi także i w »Przeglądzie lekarskim«.

Stosunek jego do kolegów był zawsze jak najlepszy; chociaż bowiem ś. p. Talko występował nieraz surowo, potępiając brak energii, brak solidarności, brak współpracy lub krytykując urządzenia, które zdaniem jego były niestosowne, to zawsze wyższa myśl była tego powodem! To też nawet w swych przeciwnikach budził szacunek swą miłością prawdy i miłością sprawy bronionej. Nie miał chyba celów ubocznych, egoistycznych.

[20]) Meine Lebensbeichte. Memoiren von Wanda von Sacher-Masoch. Berlin-Leipzig 1906.

A miłość jego do kraju ojczystego? Stanowisko urzędowe mogło go czasem krępować w objawieniu cisnących się z popędu serca uczuć patryotyzmu. Ale kto go, jak my, bliżej znał, ten przyzna, że biło w nim serce polskie, serce, przywiązane i do zabytków polskich i mowy i zwyczajów polskich, a pragnące gorąco wszystkiego, co krajowi służyć może.

Była to, mimo na pozór nieco ponurego, rzekłbyś surowego, wejrzenia, dusza gorąca i wylana dla swoich, przyjaciół i chorych. Oddany z całym zapałem nauce, ale niemniej poświęcaniu się dla cierpiących. To też poszukiwanym był bardzo lekarzem, a mimo to majątku nie zrobił; świadczy to, że nie zysku, ale zadowolenia spełnionego czynu szukał i je znajdował.

Otrzymawszy przed 9 laty emeryturę, przeniósł się do swego ulubionego Lublina, ale nie na to, by spocząć po trudach, bo na to nie pozwalał mu jego ruchliwy umysł. Znowu więc zabiera się do pracy zawodowej, biorąc czynny udział w Towarzystwie lekarzy lubelskich, a staraniem ciągłem spowodował otwarcie w Lublinie oddziału okulistycznego przy szpitalu św. Józefa. Stary gród trybunalski pokochał całem sercem, tu pracował, cierpiał... W samo Boże Narodzenie zakończył znojny żywot, przeżywszy 68 lat.

Niestrudzonemu pracownikowi, który działając zawsze z myślą o kraju i dla kraju, spłacił rzetelnie swe dla polskiej nauki i społeczeństwa obowiązki, niechaj lekką będzie ojczysta ziemia! *Bolesław Wicherkiewicz.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska *ogłasza następujące*

Ostrzeżenie.

L. 37. Lekarz powiatowej kasy chorych w Szczercu odniósł się do Zarządu kasy o podwyższenie wynagrodzenia z powodu wzrostu czynności. Według uchwały Wydziału Izby wschod.-gal. z 8. stycznia b. r. wzywa się wszystkich kolegów jak najgoręcej, aby żadnej posady przy wyżej podanej kasie chorych bez poprzedniego porozumienia się z Izbą nie przyjmowali.

Lwów, d. 11. stycznia 1907. Prezydent: *Dr Festenburg.*

Prezydyum „Państwowego związku organizacyi lek. austr.“ *ogłasza następującą odezwę:*

Do wszystkich lekarzy Cislitawii! Od czasu istnienia parlamentu i rządów konstytucyjnych w Austryi nie zrobiono nic na korzyść lekarzy, a dużo na ich szkodę. W Izbie posłów nie odezwał się nigdy żaden głos, któryby od rządu żądał uwzględnienia stanu lekarskiego, tak ważnego dla społeczeństwa. Byt stanu lekarskiego gwałtownie podupadł, a dziś niedaleko nam do proletaryatu. Dokądże jeszcze czekać będziemy cierpliwie z założonemi rękami? Czas, aby było inaczej. Zawód lekarski musi dla swych ideałów zdobyć realną podstawę. Nadchodzą wybory do Rady Państwa. Otrząśnijmy się więc z obojętności, spieszmy wszyscy do urny wyborczej i oddawajmy głosy nasze tylko tym, którzy przyrzekną popierać gorąco zawodowe interesa stanu lekarskiego. Rozwińmy wszyscy żywą agitacyę za takimi kandydatami, a równie żywą kontragitacyę przeciwko tym, od których nie możemy spodziewać się poparcia. Głównemi żądaniami powinny być: 1) wydanie ustawy, dotyczącej lekarzy (Ärzteordnung); 2) nowa państwowa ustawa sanitarna; 3) zmiana ustaw, dotyczących ubezpieczenia od przypadków, ubezpieczenia robotników i pieniężnej odpowiedzialności; 4) uregulowanie stosunków lekarzy, pozostających w służbie publicznej. Kandydujmy wreszcie i sami! Materyalne straty wyrównamy wspólnemi siłami.

Imieniem »Państwowego związku lek.« prezes: *Dr Janeczek.*

Czy jest zadużo lekarzy? Za jedną z przyczyn pogorszenia się bytu materyalnego lekarzy uważaną bywa nadmierna ich w stosunku do zapotrzebowania liczba, — według ogólnych praw, dotyczących stosunku cen pracy do podaży i popytu. Temu zapatrywaniu dał wyraz także Dr. Dunin, zagajając pierwsze zebranie warszawskiego »Stowarzyszenia lekarzy polskich«. Przeciwnikiem tego poglądu i jego konsekwencyi praktycznych (odstraszanie młodzieży od zawodu lekarskiego) jest Dr. Z Kramsztyk (»Kryt. lek.« 1),podnosząc, że pokup przedmiotu nie jest jedyną wskazówką, z której można wnosić o jego potrzebie, i że, żądając zmniejszenia liczby lekarzy dla poprawienia ich bytu, należałoby konsekwentnie żądać zmniejszenia liczby np. nauczycieli. *R.*

Rządowa służba sanitarna w Galicyi powiększona będzie według preliminarza budżetu państwowego na r. 1907 o jedną posadę w X randze i liczyć będzie 94 lekarzy, z tych w randze VI—1, VII—3, VIII—16, IX—49, X—17, asystentów 8. W Czechach (bez Moraw) jest lekarzy rządowych 112. W ciągu ostatniego dziesięciolecia przybyło posad w całej Austryi 48, w Galicyi 9, w Czechach 11. Pobory lekarzy rządowych w całem państwie wynoszą rocznie 1,659.671 K, w Galicyi 329.001, w Czechach 390.655. Dotacye na potrzeby sanitarne, podróże lekarzy, dla Rad zdrowia i t. d. wynoszą w całej Austryi 485.887 K, w Galicyi tylko 39.370, w Czechach (bez Moraw) 61.863. Upośledzenie Galicyi jest tutaj tem ważniejsze, że kraj ten jest przedmurzem, chroniącem państwo od wkraczających od wschodu zaraz, przeto na poprawę stosunków sanitarnych w Galicyi powinnoby państwo we własnym interesie łożyć stosunkowo nawet więcej, niż gdzieindziej. Systemizowane posady państwowych lekarzy policyjnych posiada prócz Wiednia tylko Praga; rządowy zakład krowiankowy prócz Wiednia tylko Czechy; dwa rządowe zakłady badania środków spożywczych mają ze wszystkich krajów koronnych także tylko Czechy (oba w Pradze). W tych kierunkach uprzywilejowanie Czech jest uderzające. Na zwalczanie epidemii preliminowano na r. 1907 dla całej Austryi kwotę 980.000 K. *R.*

Kurs dla lekarzy, drugi z rzędu, urządziła Izba lekarska wiedeńska od 14. I do 23. II b. r. Za 12-godzinny kurs jednego przedmiotu płacą lekarze do Izby należący 6 K, inni 20 K, za 6-godzinny kurs połowę tego. Kurs ten obejmuje przeważnie przedmioty t. zw. teoretyczne, które wykładać będzie 8 profesorów i docentów.

Seminaryum medycyny społecznej utworzył »Związek lipski« w Lipsku, a zamierza utworzyć w Hamburgu. *R.*

Przeciw partactwu pod firmą lekarza. Zakład leczniczy Näfels w Szwajcaryi (kierownik Dr. med. E. Kahlert) rozsyła po Austryi pocztą prospekta, w których zaleca leczenie indyjskiemi ziołami przeciwko wszelakim możliwym chorobom i zapowiada wolną od cła przesyłkę tych środków. Ponieważ chodzi tu oczywiście o wyzyskanie łatwowiernych przy obejściu przepisów, wzbraniających wprowadzania do Austryi środków tajnych, przeto ministerstwo spraw wewn. wydało do władz politycznych odpowiednie rozporządzenie (13. XII. 1906 L. 42621). (Okólnik Nam. gal. 28. XII. 1906 L. 167836 VI B.). *N.*

„O lekospisie austr. VIII“ wydał mag. farm. Z. Zawałkiewicz, aptekarz w Kamionce strumiłowej, broszurkę, zestawiającą wszystkie zmiany lekospisu w porównaniu z poprzedniem jego wydaniem.

Asanizacyę galicyjskich wsi i miasteczek przez wodociągi, kanalizacyę i t. d. ułatwi rozszerzenie zakresu działania krajowego biura melioracyjnego, projektowane wskutek polecenia Sejmu z r. 1905 przez Wydział krajowy. Dwie osobno ustanowione siły (technicy) w tem biurze udzielać będą gminom fachowej porady, wykonywać na koszt kraju plany i t. d. *R.*

Szkoły dla służby sanitarnej (dezynfektorów) w Niemczech pracują bardzo gorliwie i skutecznie. W r. 1906 odbyło się 41 kursów, które kształciły 402 uczniów; z tych 396 złożyło egzamin. Służba już wykształcona ma co 3 lata składać egzamin kontrolny przed lekarzem powiatowym, a co 6 lat przechodzić kurs dopełniający. Każdy powiat ma utrzymywać odpowiednią liczbę egzaminowanej służby sanitarnej. *R.*

Zjazd felczerów polskich odbędzie się w Warszawie 23. b. m.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 6. do 12. stycznia 1907 doniesiono o 18 nowych przypadkach duru plamistego w 8 gminach, a mianowicie pow. Brzeżany (Kozłów 4, Dmuchowiec 1), Horodenka (Horodenka 3, Dąbki 4, Jasienów polny 1), Kamionka (Chołojów 3), Rawa (Biała 1), Tłumacz (Bortniki 1). *T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 6. do 12. I. 1907 przypadków: błonicy 6 (w tem obcy 1), krztuśca 1 (1), płonicy 20 † 3 (1 † 1), odry 39 † 1, duru brzusznego 6 † 1 (1), nagminnego zapalenia opon 1. *L.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 6. do 12. stycznia 1907 urodziło się dzieci żywo 53, nieżywo 2; zmarło osób 54 (obcych 26), z tego z gruźlicy 13 (5), zapalenia płuc 6 (1), błonicy 3 (3), płonicy 3 (3), krztuśca —, odry —, cholery niemowląt —, zakażenia przyrannego 2 (2), śmiercią gwałtowną 3 (2).

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Sekcya okulistyczna (grono organizacyjne lwowskie) na I posiedzeniu, odbytem w d. 7. I. 1907 pod przewodnictwem gospodarza prof. Machka, wybrała sekretarzem doc. Bednarskiego, obrała temat ogólny i postanowiła wziąć udział w Wystawie. Prace przygotowawcze sekcyi są w pełnym toku.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 16. 1. 1907 posiedzenie, na którem doc. Lewkowicz wykładał »O mongołowatości«, przedstawiając przypadek tego zboczenia, a doc. Chlumsky »O leczeniu skazy moczanowej i chorób stawów gorącem powietrzem«. W dyskusyi przemawiali drdr: Cercha, M. Godlewski, T. Piotrowski, Surzycki i prelegent. Sekretarzem dorocznym wobec ustąpienia dra Habichta wybrano dra Owsińskiego.

— Celem zwalczania gruźlicy, szerzącej się między kształcącą się młodzieżą żydowską, zawiązało się przed rokiem Towarzystwo ku niesieniu pomocy tejże młodzieży w Szczawnicy. Na ostatnim zjeździe delegatów z całej Galicyi, dnia 5. XII. 1906 w Krakowie, przystąpiono do reorganizacyi Towarzystwa i przeniesiono siedzibę głównego Zarządu do Krakowa, wybierając prezesem dra Jana Landaua, sekretarzem zaś dra Antoniego Schudmaka.

Lwów. Wydział Izby lek. wsch.-gal. odbył w dniu 8. I. 1907 posiedzenie, na którem przyjęto preliminarz budżetu na r. 1907. Przy rozprawach nad budżetem omówiono i zasadniczo przyjęto wniosek dra Mikołajskiego, aby przedstawić pełnej Izbie do uchwały obowiązkowe wpisanie wszystkich lekarzy okręgu Izby do funduszu wdów i sierót Tow. lek. gal., przy równoczesnem podniesieniu opłaty do Izby o odpowiednią kwotę i w tym celu wejść w porozumienie z Tow. lek. gal. Natomiast postanowiono odroczyć sprawę nierównego, postępowego wymiaru opłaty do Izby według wysokości dochodów z praktyki, względnie podatku zarobkowego. Omówiono w części materyał na posiedzenie pełnej Izby. Przygotowano wnioski w sprawie rozporządzenia wykonawczego do noweli ustawy o organizacyi służby zdrowia w gminach. Projekt taryfy lekarskiej, przedłożony przez lekarzy kołomyjskich, odesłano do uzupełnienia z odpowiedniemi uwagami. Postanowiono udzielić dwom lekarzom poparcia w staraniu o poprawę warunków pracy w kasie chorych. Załatwiono kilka drobniejszych spraw bieżących.

— Budowa nowych pawilonów i adaptacye starych budynków w zakładzie obłąkanych w Kulparkowie zostały ukończone. Nowe pawilony, mieszczące sale dzienne, sypialnie, separatki, korytarze, łazienki i kuchnie na parterze i pierwszem piętrze, a w suterenach mieszkania służby, magazyny i kotłownie do ogrzewania centralnego, odpowiadają według wiadomości, podanych przez dzienniki, wszelkim wymaganiom higieny szpitalnej. Adaptacye w starych gmachach dotyczyły głównie kanalizacyi i wodociągów. W budynku administracyjnym przebudowano drugie piętro na mieszkania dla SS. Miłosierdzia, przerobiono sale, przeznaczone na halę maszyn, piekarnię, kuchnie, pralnie, suszarnie, warsztaty rzemieślnicze i t. d. Przez wodociągi zyskał zakład dobrą wodę do picia, na której mu dotąd zbywało, liczne łazienki wannowe i natryski.

— R. dw. prof. Rydygier wybrany został do wydziału świeżo zawiązanego niemieckiego »Towarzystwa urologicznego«, którego pierwsze zebranie odbędzie się w roku b. w Wiedniu (»Tyg. lek.« 2).

Warszawa. W Towarzystwie lekarskiem warszawskiem zostali 8. bm. wybrani na r. b.: prezesem ponownie dr Kamocki, wiceprezesem dr A. Gabszewicz, sekretarzem dorocznym dr Landstein.

— Grono lekarzy warszawskich zamierza założyć miesięcznik lub kwartalnik, poświęcony chirurgii i dziedzinom granicznym. Wiadomość tę podaje lwowski »Tyg. lek.« (Nr 2).

— Otwarcie lokalu »Stowarzyszenia lekarzy polskich« (przy ul. Wierzbowej 9) odbyło się 17. b. m.

Z różnych stron. Berlińskie Towarzystwo lekarskie zbiera wśród lekarzy berlińskich wielką statystykę w sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego.

— Posadę osobnego dentysty szpitalnego utworzono po raz pierwszy w Niemczech w berlińskim szpitalu im. Virchowa.

— Węgierskie ministeryum zarządziło, by w większych szpitalach wykonywano bezpłatnie badania plwocin co do prątków gruźliczych.

— Międzynarodowa konferencya Towarzystwa Czerwonego Krzyża, odbyć się mająca w Londynie w Maju r. b., rozda 3 nagrody (100,000 rbs.) za najlepsze wynalazki dla złagodzenia cierpień chorych i rannych. Nagrody te ustanowiła cesarzowa rosyjska.

— Prof. Roux, dyrektor zakładu Pasteura, otrzymał zapis $1^1/_2$ miliona franków od prowansalskiego chłopa, którego wnuka ocaliła surowica przeciwbłonicza.

Mianowani: dr Stanisław Puchalski lekarzem salinarnym II klasy w Lacku w Galicyi; dr Jan Fox sekundaryuszem zakładu obłąkanych w Kulparkowie;

doc. Hedinger z Berna profesorem anat. patol. w Bazylei, dr Keiffer profesorem położnictwa w Brukseli.

Powołani: Prof. P. Ernst z Zurychu na katedrę anatomii patol. do Heidelbergu (po ustąpieniu Arnolda).

Zmarli: Znany psychiatra prof. Möbius w Lipsku; b. prof. medyc. sądowej Macdonald w N. Yorku; prof. neurologii Herdmann w Michigan;

w Paryżu dr Helena Krykusówna z Warszawy; w Skierniewicach dr Stanisław Targowski, wychowaniec warsz. akademii medycznej (poprzedniczki Szkoły głównej), przez lat wiele lekarz powiatu warszawskiego, w 70 r. ż.

Redakcya otrzymała: Wrzosek: O przeszkodach w postępie patologii doświadczalnej. »Krytyka lek.« 1906. — Opolski: Studyum o upuście krwi w zapaleniu płuc. »Tyg. lek.« 1906.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 23. stycznia 1907 o godzinie 6 wieczorem w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Sprawy administracyjne; 2) dr Zaremba przedstawi chorą po doszczętnej operacyi raka macicy sposobem Wertheim-Mackenrodta; 3) dr Rapoport wyłoży rzecz: »O bezmoczu«.

Posiedzenie sekcyi higieny niemowląt odbędzie się we wtorek d. 22. stycznia 1907 w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4) o godz. 6 wieczorem. Na porządku dziennym: Plan prac sekcyi.

Rok XLVI. Kraków, dnia 26. stycznia 1907. Nr 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chirurgicznej Uniw. Jag. prof. Kadera w Krakowie.

O wycinaniu zwężeń cewki moczowej.

Napisał
Feliks Majewski
asystent kliniki.

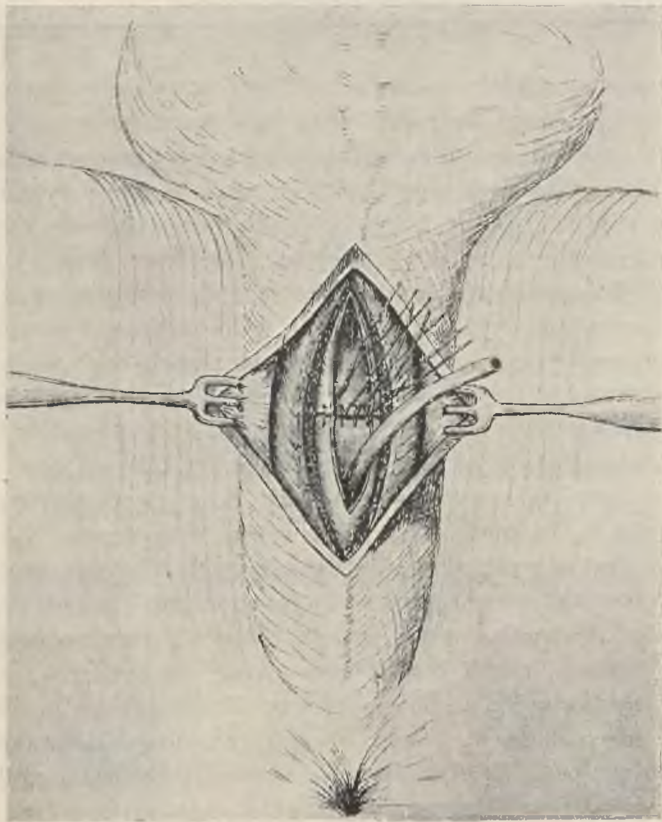
(Ciąg dalszy.)

Prof. Kader postępuje przy operacyi wycięcia zwężenia cewki w sposób następujący: Dawniej w uśpieniu chloroformowem, obecnie od 4 lat tylko w znieczuleniu lędźwiowem zapomocą tropakokainy, układa się chorego na wznak z kończynami dolnemi wzniesionemi i przyciągniętemi do brzucha. Przez ujście zewnętrzne cewki wprowadza się zgłębnik rowkowany aż do miejsca zwężenia. Cewkę otwiera się na zgłębniku tuż ponad zwężeniem jaknajmniejszem podłużnem cięciem w linii środkowej, poczem się zgłębnik usuwa. Cięcie skórne przedłuża się nieco tak, aby uzyskać szeroki dostęp do blizny. Po wprowadzeniu przez ujście zewnętrzne cewki elastycznego sączka, którego jeden koniec wyprowadza się przez otwór uretrotomijny, asystent ujmując obydwa końce sączka podciąga prącie ku górze, przez co naciąga cewkę i w zwężonem miejscu. Brzegi rany uretrotomijnej rozchyla się zapomocą ostrych haków, — wówczas widać odśrodkowy koniec zwężenia, który bada się bezpośrednio okiem i zapomocą sond. W operowanych przez prof. Kadera przypadkach nie udało się ani razu odszukać końca ujścia odśrodkowego zwężonej części. Zbadawszy zapomocą palca dotykiem okolicę cewki na kroczu (część zwężona jest zwykle twardsza, niż jej otoczenie), określa się przypuszczalną długość i szerokość blizny. Z doświadczenia wiemy, że zwężenie zajmuje zwykle tylko nieznaczną przestrzeń i oszczędza część błoniastą cewki, o ile się rozwija na tle tryprowem; długość zwężenia urazowego zależy od rodzaju i rozległości samego uszkodzenia urazowego, a także od rozległości zmian, towarzyszących sprawom następowym, jak krwiaki w otoczeniu, ropnie i t. d. Z tego powodu zwężenia urazowe, aczkolwiek przeważnie pojedyncze, mogą być znacznie dłuższe, zajmując n. p. całą część błoniastą cewki, jak to było w naszym trzecim przypadku. O ile w odśrodkowym końcu blizny uda nam się odszukać choćby najwęższy kanał, wprowadzamy doń zgłębnik odpowiedniej grubości i kierując się jego przebiegiem, rozcinamy zwężone miejsce. Najczęściej jednak w przypadkach bardzo znacznych zwężeń żaden zgłębnik, nawet najcieńszy, nie przechodzi; wówczas staramy się odszukać światło cewki albo uciskając na pęcherz ponad spojeniem łonowem i wyciskając przez otwór strumień lub krople moczu, albo zmuszeni jesteśmy przeciąć zwężenie bez żadnych wskazówek pomocniczych. W tym przypadku albo przecina się zwężenie podłużnie, trzymając się ściśle linii środkowej, starając się odszukać dośrodkowy koniec zwężenia i światło części cewki, prowadzącej do pęcherza, albo — jak postępujemy w naszej klinice — wykonywa się w tym celu szereg poprzecznych wycięć blizny, szerokością odpowiadających szerokości cewki w jej części prawidłowej. Długość wyciętego kawałka cewki zależy od zmian, znalezionych w każdym poszczególnym przypadku, co w przybliżeniu daje się ocenić przy badaniu dotykiem. Jeżeli po wycięciu pierwszej, najbardziej odśrodkowej części cewki długości od $^1/_2$—1 ctm. nie znajdujemy jeszcze światła cewki, wycinamy dalszy kawałek w tej części, w której powinno się ono znajdować. Postępując w ten sposób, daleko łatwiej odszukujemy światło części cewki, prowadzącej do pęcherza, aniżeli wychodząc z cięcia podłużnego. Posiłkując się bowiem cięciem podłużnem, a więc równoległem do poszukiwanego światła cewki, bardzo łatwo możemy je ominąć i zgubić się wśród tkanki bliznowatej, otaczającej cewkę.

Postępując sposobem, wyżej opisanym, prawie zawsze udaje się stosunkowo łatwo odszukać światło cewki; w niektórych jednak przypadkach jest to bardzo trudne. Trzeba uwzględnić, że kanał cewki, szczególniej w przypadkach zwężeń urazowych, bywa niejednokrotnie znacznie zniekształtniony i w bok przesunięty, i pamiętać należy, że cewka leży zwykle znacznie powierzchowniej, niż zwykliśmy jej szukać. W jednym przypadku pomimo zwrócenia uwagi na wszystko to, o czem wyżej wspominaliśmy, trzeba było w końcu wykonać cięcie nadłonowe pęcherza i odszukać cewkę przy pomocy zgłębnika, wprowadzonego do niej od strony pęcherza (przypadek Nr 3).

Po wyszukaniu otworu dośrodkowej części cewki, wprowadzamy do pęcherza cewnik Nelatona, możliwie gruby. Resztki blizny usuwamy jaknajdoszczętniej, chociażby nawet kosztem znaczniejszego krwotoku z powodu nacięcia ciał jamistych. Krwawienie przy wycięciu zwężeń cewki niejednokrotnie bywa dosyć znaczne: staramy się mu zapobiedz przez ucisk gazą, przez napięcie brzegów rany hakami, lub też przez ujęcie w kleszczyki krwawiących naczyń lub założenie szwów. Baczną uwagę przedewszystkiem zwracamy na to, by uzyskać prawidłową przednią ścianę cewki. Brzegi odcinków odśrodkowego i dośrodkowego zbliżamy ku sobie i zeszywamy cienkim drutem. Drutu używamy ze względu na jego aseptyczność. Drut wkłuwa się wprawdzie jaknaj-

bliżej brzegu rany, ale głęboko: nie wiążemy go, ale skręcamy, — zawsze w jednym kierunku (patrz rysunek). Zakładamy 4—6, a nawet 7 szwów, przystosowując brzegi ile możności dokładnie bez silnego zaciśnięcia. Końce drutów pozostawiamy długie, by módz je tem łatwiej potem usunąć. Staramy się utworzyć przednią ścianę ile możności szeroką. Tam, gdzie tego potrzeba, używamy postępowania, wzorowanego na plastycznem rozszerzaniu zwężeń odźwiernika, a mianowicie przecinamy podłużnie dolną ścianę cewki (dośrodkową, gdyż odśrodkowa bywa zwykle dość daleko



przecięta, jako pierwszy akt przy rozcięciu cewki). Postępując w ten sposób otrzymujemy przednią ścianę cewki znacznie szerszą, niż w warunkach prawidłowych. Cewnik, usunięty poprzednio z pęcherza, dla ułatwienia szycia wprowadzamy ponownie i pozostawiamy go na stałe, przymocowując go do brzegów rany w kroczu. Dolnej ściany cewki nie zeszywamy, co najwyżej zakładamy po jednym do dwóch szwów skórnych w kątach rany. Ranę tamponujemy gazą przeciwgnilną. Cewnik, wprowadzony do pęcherza, wyprowadzamy na zewnątrz przez ranę uretrotomijną. Nie wyprowadzamy go przez ujście zewnętrzne cewki jedynie dlatego, ażeby uniknąć ucisku elastycznego cewnika na zeszytą część cewki, nie wywołać w tem miejscu odleżyn i nie przeszkadzać wogóle jaknajszybszemu zrośnięciu się zeszytych części. Chodzi bowiem o to, by zespolenie było jaknajściślejsze i by wytworzyła się blizna jaknajmniejsza. Wszystkie przetoki moczowe przecinamy, oczyszczamy, a w miarę możności usuwamy i tutaj blizny.

(Dok. nast.)

O białaczce i chorobach pokrewnych.

Podał

Dr E. Stahr.

(Ciąg dalszy.)

Z tego dalej wynika, że określanie białaczki zależnie od tego, który narząd (gruczoły czy szpik) jest zajęty, jest jeszcze niewystarczające i niedokładne, bo wprawdzie pojęcie »*myeloides*« pokrywa się z »*myelogenes*«, ale pojęcie »*lymphadenoides*« nie pokrywa się z »*lymphaticus*« (gruczołowy), boć może istnieć białaczka limfadenoidalna niekoniecznie limfatycznego czyli gruczołowego pochodzenia, ale n. p. pochodzenia szpikowego, czyli może istnieć »*leukaemia lymphadenoidalis myelogenes*«. Każda białaczka myeloidalna jest równocześnie pochodzenia szpikowego *(myelogenes)*, ale nie każda białaczka pochodzenia szpikowego *(myelogenes)* jest równocześnie myeloidalną. Ponieważ tak białaczce limfadenoidalnej, jak i myeloidalnej, towarzyszyć może obrzęk śledziony, dlatego nie każda białaczka, dawniej opisywana jako śledzionowa, jest zawsze białaczką myeloidalną. Jest to zapatrywanie, z którem często można się spotkać w pracach różnych autorów.

Powinno się zatem określać białaczki zawsze równoczesnymi dwoma przymiotnikami i to wedle histologicznej formuły krwi i wedle zajętego narządu, n. p. *leukaemia myeloides myelogenes*, albo *leukaemia lymphadenoidalis lymphatica*, albo *l. lymphadenoidalis myelogenes* i t. d.

Wprawdzie Pinkus idzie dalej, niż Ehrlich, bo przyznaje, że szpik kostny ma bardzo ważne, może i pierwszorzędne znaczenie dla powstania białaczki limfadenoidalnej, ale tylko w tych wyłącznie przypadkach, gdzie tylko szpik kostny jest białaczkowy (a gruczoły i śledziona nie zmienione), — jednak w przeważnej liczbie przypadków, gdzie istniejący obrzęk gruczołów i śledziony wystarczy do wytłómaczenia białaczki, tam istniejącym w danym razie zmianom szpiku kostnego przypisuje znaczenie podrzędne, do pewnego stopnia osobnicze.

Jak wiadomo, istnieje obok białaczki prawdziwej i t. zw. białaczka rzekoma *(pseudoleukaemia)*. Obie choroby mają tło anatomiczne najzupełniej takiesame; w obu chorobach nietylko utkanie bujających chorobliwie narządów krwiotwórczych (gruczołów, śledziony), ale nawet utkanie t. zw. przerzutów w innych narządach jest takie samo, a mimo to w białaczce prawdziwej znajdujemy wyraźne i typowe zmiany białaczkowe we krwi, a w rzekomej zmiany bardzo nieznaczne, najwyżej tylko n. p. względną limfocytozę. Dla wytłómaczenia tego zjawiska podnosili niektórzy autorowie czynniki mechaniczne. I tak n. p. Türk (Ein System der Lymphomatosen Wiener kl. Wochenschr. 1903. 35) tłómaczy rzecz tę dotąd dokładniej nieznanym mechanizmem regulacyjnym wywozu komórek z gruczołów. Tam, gdzie z jakichkolwiek powodów wypłukiwanie komórek odbywa się wśród bujania białaczkowego tkanki gruczołowej nieregularnie, tam powstaje białaczka wrzekoma; gdzie zaś odbywa się bez przeszkód, wytwarza się białaczka prawdziwa. Podobnie rzecz tłómaczy St. Klein (Lymphocythaemie u. Lymphomatose Zeitschrift f. klin. Med. 1903. Nr 34 i 35), a mianowicie, że jeśli rosnące gruczoły zaczynają uciskać na naczynia odprowadzające *(vasa efferentia)*. to powstaje białaczka wrzekoma. Szkoła Ehrlicha ucieka się dla wytłómaczenia sprawy do t. zw. swoistego białaczkowego bodźca, który obok przerostu białaczkowego tkanki musi istnieć, żeby powstała białaczka prawdziwa, bo bez niego nawet wybitne bujanie białaczkowe tkanki krwiotwórczej nie zdoła zmienić obrazu krwi. Na to, bądź co bądź śmiałe przypuszczenie możnaby się zgodzić — powiada Pappenheim — gdyby stwierdzono na pewno i ponad wszelką wątpliwość przypadki limfadenoidalnej białaczki, którejby towarzyszyły wyłącznie tylko zmiany w gruczołach bez wszelkiego udziału szpiku kostnego. Tak jednak nie jest.

I oto to właśnie zajęcie szpiku kostnego wywołuje białaczkę, gdy natomiast białaczka rzekoma przebiega zazwyczaj wedle Pappenheima bez zmian w szpiku. Nie wynika stąd, żeby w białaczce rzekomej szpik kostny nie był nigdy zajęty, — owszem może się zdarzyć i to — idzie jednak o to, i to Pappenheim z naciskiem podkreśla, że zmiany szpiku kostnego w każdej białaczce, a więc i limfadenoidalnej, nie są rzeczą przypadku, ale stoją ze sprawą w związku ścisłym i bezpośrednim. Nie wynika stąd dalej, żeby zmiany szpiku były zawsze sprawą pierwotną; są nią tylko w przypadkach białaczki limfadenoidalnej, przebiegającej od początku bez zajęcia gruczołów. Jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że w przeważnej liczbie przypadków białaczki limfadenoidalnej, przebiegającej z obrzękiem gruczołów i śledziony, zmiany szpiku kostnego przyłączają się do sprawy, pierwotnie toczącej się w gruczołach i to jako sprawa samoistna i równorzędna, wywołana tymsamym bodźcem białaczkowym, który poprzednio, działając na gruczoły, pobudził je do czynnego bujania. Otóż to współzajęcie szpiku — pisze Pappenheim — jest objawem istotnym i najważniejszym sprawy białaczkowej jako takiej w odróżnieniu od spraw wrzekomobiałaczkowych.

Na ten wywód Pappenheima możnaby się pisać bez żadnych zastrzeżeń, gdyby istniała tylko białaczka wrzekoma limfadenoidalna. Tymczasem nowsze prace zaczynają coraz bardziej przekonywać, że może istnieć i *pseudoleukaemia myeloidalis* (Aschoff, Sternberg), czyli może sprawa toczyć się w szpiku, a na zewnątrz mimo to przejawiać się jako sprawa wrzekomobiałaczkowa. I Pappenheim to też w ostatnich czasach przyznaje w różnych dopiskach, umieszczanych w swoich »Folia haematologica«. — Ale o tem później.

Ostatecznie, tak jak sprawa dziś się przedstawia, jest pytanie, dlaczego raz są we krwi typowe zmiany białaczkowe, drugi raz zaś ich nie ma, mimo, że w obu razach tło anatomiczne sprawy jest jedno i to samo, dotąd nierozstrzygnięte.

Opierając się na badaniach zarówno anatomiczno-patologicznych Neumanna, jak i na spostrzeżeniach hematologicznych Ehrlicha, dochodzi Pappenheim do innych wniosków w sprawie istoty białaczki, jakoteż poszczególnych jej postaci.

Pappenheim (Zeitschrift f. kl. Med. T. 52. Z. 3 i 4) odróżnia na podstawie obrazu krwi dwie zasadnicze postacie białaczki: 1) »Lymphocytenleukaemie« i 2) t. zw. »gemischtzellige Leukaemie«[3]), gdyż wedle niego w tej drugiej postaci obraz krwi nie jest »rein myelocytisch« (t. z. ma nietylko »granulocyty«) »sondern stets mit Knochenmarks-Lymphocythen vermischt«. Godzi się z Pinkusem, że prawdziwa »gemischtzellige Leukaemie« jest wynikiem bujania tkanki myeloidalnej, a t. z. »Lymphocytenleukaemie« wyrazem swoistego białaczkowego bujania tkanki limfadenoidalnej. Godzi się dalej z Ehrlichem i Pinkusem, że »gemischtzellige myeloide Leukaemie« jest zawsze i pierwotnie szpikowego pochodzenia *(myelogenes)*, bo tkanka szpikowa znajduje się w warunkach prawidłowych tylko w szpiku. Wywodzi, że każde złośliwe bujanie tkanki myeloidalnej zawsze wywołuje »gemischtzellige Leukaemie« bez żadnych wstępnych okresów. Rozchodzi się zaś z Ehrlichem i Pinkusem w zapatrywaniu na »Lymphocytenleukaemie«, a mianowicie dowodzi, że dla powstania tej białaczki koniecznie musi się sprawa toczyć w szpiku. Ten przerost limfadenoidalny może się nawet odbywać wyłącznie w szpiku bez zajęcia gruczołow, albo też, jak to bywa najczęściej, z równoczesnym obrzękiem gruczołów.

Twierdzi więc Pappenheim, że oba rodzaje białaczki polegają na zmianach szpiku kostnego. Jestto wedle niego «conditio sine qua non«. Dlatego też Pappenheim zaprzecza istnieniu czystej gruczołowej i śledzionowej białaczki limfadenoidalnej *(L. lymphadenoidalis lymphatica* i *lienalis)* i uznaje tylko następujące zmiany:

1) *Leukaemia myeloidalis myelogenes,*
2) » *lymphadenoidalis. myelogenes,*
3) » » *lymphatico-myelogenes,*
4) » » *lieno-myelogenes* i
5) » » *lymphatico-lieno-myelog.*

Obie zasadnicze postacie mają jako wspólną cechę bujanie białaczkowe w szpiku *(myelogenes)*. Rodzaj bujania (czy myeloidalny czy limfadenoidalny) zależy od swoistości złośliwego bodźca, który bezwątpienia jest różny w białaczce jednej i drugiej. Zmiany szpiku wywołują skazę krwi, którą zwiemy białaczkową.

A więc »gemischzellige Leukaemie« jest zawsze samoistną i swoistą (wedle Pappenheima) chorobą szpiku (essentielle u. spezifische Erkrankung des Knochenmarks), a białaczka limfadenoidalna jest tylko określoną postacią i odmianą limfadenoidalnego złośliwego bujania wogóle, niejako ogólnej choroby ustrojowej, która to odmiana i postać zjawiają się wtedy, jeśli bujanie limfadenoidalne w swoisty sposób przypadkowo zajmie i szpik.

Pappenheim więc, ściśle biorąc, nie przeciwstawia sobie dwóch postaci białaczki, ale dwa różne rodzaje bujania (»lymphadenoide« i »myeloide Hyperplasie«).

Z zapatrywania, że obie białaczki są sprawami najzupełniej różnemi (a mianowicie, że jedna jest chorobą szpiku, a druga tylko szpikowem usadowieniem ustrojowego, ogólnego cierpienia) wynika, że białaczka myeloidalna występuje zawsze i wyłącznie tylko jako pierwotnie szpikowa sprawa, natomiast białaczkę limfadenoidalną można raz tłómaczyć jako sprawę pierwotnie, drugi raz zaś jako sprawę następowo toczącą się w szpiku.

Wywodami swymi, bardzo logicznymi, nie przekonał jednak Pappenheim wszystkich. Przeciw jego zapatrywaniom na sprawę »Lymphocyten-Leukamie« występuje cały szereg autorów[4]) jak St. Klein, Sternberg, Türk, Banti i inni. Banti twierdzi, że widział przypadki białaczki limfadenoidalnej bez zmiany limfadenoidalnej szpiku, tak samo Türk występuje stanowczo przeciw zapatrywaniu Pappenheima, że tylko wtedy powstaje limfocytemia, kiedy bujanie limfadenoidalne dostanie się do szpiku. Opisuje on przypadki limfemii, w których nie było zgoła żadnego klinicznego, ani hematologicznego dowodu zajęcia szpiku, a nadto takie przypadki, w których były dowody zajęcia szpiku, a mimo to nie było limfemii.

Türk i inni uznają zatem postać: *leukaemia lymphadenoidalis lymphatica*. A więc na podstawie dotychczasowych danych wolno nam tylko tyle powiedzieć: Białaczkowe choroby krwi są wynikiem swoistej zmiany narządów krwiotwórczych. A że narządy krwiotwórcze są albo utkania limfadenoidalnego, albo myeloidalnego, może być przyczyną białaczki chorobliwe, białaczkowe bujanie albo tkanki limfadenoidalnej, albo myeloidalnej. Dlaczego raz bujanie to odzwierciedla się w obrazie krwi *(leukaemia)*, innym razem zaś nie *(pseudoleukaemia)*, tego dotąd mimo różnych przypuszczeń na pewno nie wiemy.

Skoro białaczkę wywołuje bujanie tkanki krwiotwórczej, raz limfadenoidalnej, raz znowu myeloidalnej, nasuwa się pytanie, czy możliwem jest, aby schorzenie tkanki limfadenoidalnej przechodziło następnie czasem i na tkankę myeloidalną, jednem słowem, czy przejścia z jednej postaci

[3]) Walz radzi tę postać nazywać »Myelocytenleukaemie«, co jest jednak nieodpowiednie, boć nie same myelocyty wśród tego cierpienia we krwi spotykamy, a czasem i białaczce limfadenoidalnej towarzyszy myelocytoza.

[4]) Stanisław Klein (Lymphocythaemie u. Lymphomatose. Ctrbl. f. in. Med. 1903). — Carl Sternberg (Primärerkrankungen, str. 111). — G. Banti (Die Leukaemieen. Ctrblatt f. all. Pathologie u. pathol. Anatomie. 1904. 1. wedle referatu w Folia haematolog. I. 434). — W. Türk (Ein System der Lymphomatosen. Wiener kl. Wochs. 1903. Nr 35).

białaczki w drugą, z postaci limfadenoidalnej w myeloidalną, są możliwe i znane.

Autorowie dawniejsi kreślili ostre granice między obiema postaciami i ponieważ sądzili, że te postacie między sobą zasadniczo się różnią, wyłączyli z góry możność przechodzenia jednej postaci w drugą. Oto dlaczego spotykaliśmy tak często opisy najrozmaitszych chorób, do białaczek podobnych, a przecie nie białaczek, bo autorowie opisów tych mieli przed sobą przypadki białaczek, wykraczających po za zarysy prawidłowego obrazu białaczkowego czy to limfadenoidalnego, czy też myeloidalnego. O możliwości postaci przejściowych, czy też postaci, dowodzących może równoczesnych zmian obu rodzajów tkanki krwiotwórczej, nikt nie myślał. Tymczasem zaczęło się gromadzić coraz więcej spostrzeżeń, przemawiających za tem, że istnieją przejścia między bujaniem limfadenoidalnem i myeloidalnem. Za możliwością przejść, oraz za istnieniem postaci mieszanych białaczki przemawiają następujące szczegóły:

Nowsze badania stwierdziły, że nie ma ścisłej granicy między limfocytami, a granulocytami, bo i w limfocytach odkryto ziarenka (Michaelis, Wolff, Schridde), bo i limfocyty wykonują ruchy czynne (Hirschfeld, Wolff, Jolly, O. Israel, M. Askanazy, Schridde) i prawdopodobnie oddziaływają na bodźce chemotaktyczne. Niektórzy autorowie dowodzą nadto, że i przy przemianie myeloidalnej (przeradzaniu się — metaplazyi), którą spotykamy czasem w toku chorób zakaźnych w śledzionie i gruczołach, a nadto wśród białaczki myeloidalnej nie mamy przed sobą przerzutów, ale że gruczoły powstają tam z poprzednio istniejących limfocytów.

Dalej wolno nam przypuszczać, że wśród pewnych okoliczności mogą krążyć w ustroju oba czynniki szkodliwe i działając równocześnie, pobudzać do bujania równocześnie i tkankę limfadenoidalną i myeloidalną; jest także rzeczą możliwą, że jeden czynnik swoisty może sam wywołać tworzenie się tkanki myeloidalnej. Spostrzegane wśród tej choroby obrzęki śledziony i gruczołów nie są wcale złożone wyłącznie z tkanki myeloidalnej, gruczoły bardzo często wcale nie. Na powiększenie tych narządów składa się głównie tkanka limfadenoidalna. Nie można więc wątpić, że jakiś bodziec może wywoływać równocześnie bujanie i tkanki limfadenoidalnej i myeloidalnej.

Rzeczywiste dowody na to zapatrywanie ogłosili w ostatnich czasach poważni autorowie:

Türk (Entwickelung einer acuten Lymphomatose im Anschluss an eine durch Arsenbehandlung unterdrückte myeloide Leukaemie. Wien. med. Wochenschr., 1904. Juli) podaje następujące spostrzeżenie:

U chorego 26-letniego był z początku typowy obraz myeloidalnej białaczki; energiczne stosowanie arsenu obniżyło liczbę leukocytów z 373,000 na 3,500. Potem wystąpiły nagle bolesne obrzęki w gruczołach nadobojczykowych, jakoteż w gruczołach zaotrzewnych i krezkowych. Objawy niedokrwistości wzmagały się, prawie zupełnie znikły granulocyty, a ich miejsce zajęły nietypowe limfoidalne komórki. Obdukcya stwierdziła w narządach krwiotwórczych wyłącznie limfadenoidalne utkanie.

Na tegorocznym zjeździe dla medycyny wewnętrznej w Monachium przedstawiał Türk dalsze takie przypadki na poparcie swego zdania, że jedna białaczka może przechodzić w drugą.

Podobny przypadek ogłosił Wilkinson (A case of Leukaemia with changes in the appearences of blood. Lancet. 20. VI. 1903, przytoczony za Hirschfeldem, Folia haem. str. 757).

Leukocytów 560,000, wśród nich wielka liczba myelocytów, limfocytów i tylko niewiele wielojądrzastych. Eozynofilne i tuczne w ilości zwiększonej ponad prawidłową. W kilka dni później typowa limfemia.

I w naszem piśmiennictwie opisał St. Klein cały szereg przypadków białaczki limfoid. z wysokim odsetkiem myelocytów. (C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

Kalendarz lekarski na rok 1907. Wydawnictwo dra J. Polaka. Warszawa. — Czem dla Krakowskiego i Galicyi »Kalendarz lekarski krakowski«, tem za kordonem jest od długiego lat szeregu kalendarz dra J. Polaka. Wyparłszy wydawnictwa obce, cieszy się on tam trwałem, a zasłużonem powodzeniem. Dział informacyjny zawiera prócz ogólnego spisu lekarzy w Królestwie i na Litwie, także dane o instytucyach społeczno-lekarskich itd. Oprócz tabelki najwyższych dozwolonych dawek, dawkowania leków do wstrzykiwań, wziewań i t. d., zawiera kalendarz następujące działy: ratowanie pozornie zmarłych, otrucia, farmakologię podług wskazań, technikę leczniczą, spis środków lekarskich i t. p. Z.

Doc. Karl Schleip. **Atlas der Blutkrankheiten nebst einer Technik der Blutuntersuchung.** (Atlas chorób krwi z dołączeniem techniki badania krwi). Z 71 obrazami litografowanymi w kilku, poczęści w 17 barwach. 1907. — 30 marek.

Wychodząc z założenia, że dobre rysunki bardzo często pouczają więcej, niż najdokładniejsze opisy, postanowił Schleip zaradzić brakowi dobrych rysunków, przedstawiających te różnorodne pierwiastki postaciowe, które spostrzegamy we krwi w stanach fizyologicznych i patologicznych ustroju. Z tego zadania autor wywiązał się wyśmienicie, dając na 45 tablicach szereg artystycznie wykonanych, przeważnie kolorowych obrazów leukocytów neutrofilnych, limfocytów, limfocytów z nieznaczną ilością ziarenek kwasochłonnych, postaci przejściowych, leukocytów eozynochłonnych, tychże leukocytów ze znaczną ilością ziarenek, barwiących się barwikami zasadowymi, leukocytów bazofilnych, zwyrodniałych postaci różnych krwinek białych, krwinek czerwonych różnej wielkości i kształtu, krwinek czerwonych jądrzastych, z których część zawiera figury mito- i amitotyczne, postaci karyolitycznych erytroblastów, krwinek czerwonych wielobarwliwych, płytek krwi o różnych kształtach, krwinek czerwonych z ziarenkami, barwiącemi się barwikami zasadowymi, limfocytów podczas białaczki ze zmienionemi jądrami, jednojądrzastych komórek szpikowych z jednolitą protoplazmą bazofilną, niekiedy usianą ziarenkami neutrofilnemi lub z jednolitą protoplazmą neutrofilną, myelocytów, wreszcie komórek szpikowych we wcześniejszym okresie rozwoju (»unfertige Knochenmarkszellen«); w końcu książki przedstawia S. na 3 tablicach pasorzyty zimnicze i na jednej świdrowce. Atlas poprzedza ładnie wykonany schemat stopniowego rozwoju pierwiastków krwi z komórki macierzystej — dużej jednojądrzastej jednolitej.

Na pierwszych stronicach podaje S. krótki zarys techniki badania krwi. Tu należy zwrócić uwagę na używaną przez autora metodę badania kropli krwi, uniemożliwiającą wysychanie i mechaniczne uszkodzenia preparatu. Do barwienia suchych preparatów używa autor metody Romanowskiego, nieco zmienionej przez Leishmana, mianowicie nalewa na wysuszony na powietrzu preparat 10 kropli rozczynu błękitu metylenowego i eozyny w alkoholu metylowym, po upływie pół minuty dodaje 20 kropli wody przekroplonej i, starannie zmieszawszy, spłukuje po 5 minutach preparat wodą. Metoda ta ma, zdaniem S., przewagę nad innemi, ponieważ wymaga zaledwie 7—8 minut, nie wymaga poprzedniego ustalenia preparatów i jest łatwą nawet przy małej wprawie.

Słów kilka jeszcze o objaśnieniach, dołączonych do tablic. Autor twierdzi, że wielobarwliwość krwinek czerwonych jest oznaką, cechującą tylko młodociane postacie tych krwinek, tymczasem badania Ehrlicha, Maragliano i innych dowiodły, że wielobarwliwość jest również właściwością krwinek ginących; przynajmniej spostrzegamy ją w tych przypadkach, kiedy żywsze odradzanie się krwi jest nieprawdopodobne, a także we krwi, powoli obumierającej po krwotokach i wybroczynach. Z tego punktu widzenia zrozumiałe jest zjawienie się w niektórych krwinkach wielobarwliwych ziarenek, barwiących się barwikami zasadowymi, z czego Schleip nieco pośpiesznie wysnuwa wniosek o znaczeniu ziarnistości bazofilnej. Do spraw chorobowych, które przebiegają z eozynofilią, wyliczonych przez autora, należy dodać niektóre zatrucia i okresy zdrowienia po ostrych chorobach zakaźnych. Wreszcie zaznaczę, że oprócz przybliżonej oceny liczby płytek krwi na suchych preparatach, należało wskazać ściślejszą metodę liczenia tych płytek, opartą na tychże podstawach, co i obliczenie krwinek czerwonych i białych.

Pomijając te drobne usterki, atlas Schleipa uważam za cenny nabytek dla piśmiennictwa. Nieco wygórowana jego cena

(30 marek) przeszkodzi prawdopodobnie szerokiemu jego rozpowszechnieniu wśród studentów medycyny i lekarzy; ale wobec wielkich zalet atlasu powinny się w niego zaopatrzyć kliniki, w których przyniesie on pożądane korzyści jako wzorowy podręcznik obrazkowy. *Prof. Witold Orłowski.*

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Prof. Schloffer. **W sprawie operacyi przysadki mózgowej.** *(Beitr. z. klin. Chir.* T. 50, Z. 3). Fizyologia przysadki mózgowej nie jest jeszcze dokładnie znana. Cyon w swych badaniach doszedł do przekonania, że przysadka ma podwójną czynność; reguluje śródczaszkowe ciśnienie krwi, a nadto ma wielki wpływ na przemianę materyi. Bezpośredni ucisk na przysadkę wywołuje podobne zmiany w krążeniu, jak n. p. ucisk aorty brzusznej, a w razie wycięcia przysadki ucisk aorty nie wywołuje już zmian w ciśnieniu krwi. Doświadczalne usuwanie przysadki jest zabiegiem ciężkim. Nie udawało się też utrzymać zwierząt po tej operacyi przy życiu, z wyjątkiem kilku, o których wspominają tylko Horsley, Friedmann i Maass. Po usunięciu przysadki występuje zwolnienie oddychania, upadek sił, szybkie tętno, kurczowe ruchy i charłactwo. Czasem spostrzegać można wstrzymanie wzrostu zwierzęcia. Zmiany przysadki klinicznie ujawniają się głównie pod dwiema postaciami, jako wzrost olbrzymi kończyn i głowy (akromegalia), lub jako nadmierna otyłość. Nie ulega jednak wątpliwości, że często zmiany w przysadce nie wywołują żadnych objawów, a naodwrót spotyka się często te obie choroby przy zmianach chorobowych w okolicy, a nie w samej przysadce. Przy nowotworach przysadki spostrzegano oczywiście i inne objawy, zależące od ucisku okolicznych tkanek, a należą do nich: bole głowy, zanik nerwu wzrokowego, widzenie połowicze, zmiany ciepłoty, a także wzmożenie pragnienia i łaknienia, a nawet cukrzyca. Czy wzrost olbrzymi polega na przeładowaniu ustroju wytworami przysadki, czy też na ich braku, nie wiemy; jest tu jednak raczej przeładowanie. Niektórzy sądzą, że między chorobą przysadki, a wzrostem olbrzymim nie istnieje związek przyczynowy, lecz oba cierpienia są tylko równorzędnymi objawami innej choroby. Pomimo tych różnic w zapatrywaniach, jesteśmy uprawnieni do operacyi przysadki, choćby z tego względu, by usuwać ucisk śródczaszkowy. Usuwać należy jednak przysadkę tylko częściowo. Przedtem należy zbadać dokładnie czaszkę promieniami Röntgena, gdyż głównie tylko te przypadki nadają się do operacyi, w których siodło tureckie obsuwa się ku dołowi, a guz nie rośnie w stronę mózgu.

Do przysadki operacyjnie dojść można od jamy kości klinowej (Caton, Paul), przez podniebienie (König), od nosa i jamy czołowej, po wycięciu czasowem szczęki górnej, albo też (z obawy przed zakażeniem) śródczaszkowo ze środkowej lub z przedniej jamy czaszki. Autor na mocy swych doświadczeń na zwłokach poleca jako najdogodniejszy sposób odchylenie nosa ku górze wspólnie z czasowem wypiłowaniem szczęki górnej podług Webera. Dostęp wtedy jest najlepszy. Często oko jest stracone, a wtedy dojść można do przysadki po odsunięciu nosa na bok, wypatroszeniu gałki i wycięciu środkowej i częściowo dolnej ściany oczodołu. — Nowotworów złośliwych przysadki usuwać się nie opłaci, bo operacya jest za ciężka i niebezpieczna, by ryzykować życie chorego w najlepszym razie dla chwilowej tylko ulgi. Do operacyi jesteśmy uprawnieni tylko wtedy, jeżeli można wyłączyć nowotwór złośliwy. *Dr Klęsk.*

Prof. Payr. **O operacyjnem leczeniu podpotylicznego próchnienia kręgów** (»*malum suboccipitale*«). *(Deutsche med. Wochs.* Nr 50, 1906). Jakkolwiek zalecone przez Bergmanna zachowawcze leczenie gruźlicy pierwszych kręgów szyjnych jest uzasadnione, jednak spotkać można w tem cierpieniu także postacie, nadające się do leczenia operacyjnego. Należą do nich sprawy jednostronne, ograniczone lub zaczynające się. Operować nie należy w razie zajęcia rdzenia, komunikacyi z gardłem, w razie sprawy rozlanej i gruźlicy w innych narządach. *Klęsk.*

Klapp. **Leczenie skrzywień kręgosłupa pełzaniem.** *(Zeitschr. f. ärzt. Fortbild.* 1906, Nr 23). Klapp poleca to leczenie, gdyż przy pełzaniu gimnastykuje się znakomicie kręgosłup, wykonując silne ruchy boczne i skręcające. K. rozróżnia trzy rodzaje pełzania: 1) pełzanie szybkie swobodne, przyczem kręgosłup wykonywa naprzemian boczne wygięcia, 2) pełzanie wolne forsowne, 3) pełzanie na miejscu, t. j. obracanie się w koło przy ustalonych niejako rękach, przyczem kręgosłup prócz silnego bocznego zgięcia ulega także skręcaniu. Dzieci chętnie pełzają; nie potrzeba do tego leczenia żadnych przyrządów, jedynie kostyumu i odpowiednich ochraniaczy kolan i stóp. *Klęsk.*

Ranzi. **W sprawie operacyjnego leczenia złamań kości.** *(Arch. f. klin. Chir.* T. 80, Z. 3). Operacyjne leczenie złamań kości przechodziło różne koleje. Jedni proponowali operować zawsze, drudzy odrzucali wogóle to leczenie. Do rzędu przeciwników operacyi zaliczyć należy i Bardenheuera, który szczyci się dobrymi wynikami, lecząc zachowawczo tam, gdzie inni chirurdzy operują. Są jednak przypadki, w których operować trzeba koniecznie, np. przy złamaniach rzepki, łokcia, przy źle zrośniętych złamaniach, stawach wrzekomych i t. d., i z takich właśnie przypadków zdaje autor sprawę na mocy doświadczenia 10-letniego w klinice Eiselsberga. Złamań rzepki leczono 21. Jeżeli nie było rozstępu, nie operowano. Operacya nie zawsze zapewnia zrost kostny. Operowano z zasady, gdy wyprostowywanie kolan było zniesione. U chorych starców wstrzymać się należy od operacyi. Szyć najlepiej drutem srebrnym. Szew, leżący w stawie, nie jest szkodliwy. Prócz kości szyć należy i powięzie (katgutem). Wyniki: w 90 prc. dobra sprawność kolana. Przerwanie więzadła własnego rzepki i oderwanie guza goleniowego wymaga także operacyi. Opatrunek ustalający po operacyi pozostawić należy tylko 10 dni, potem zacząć ostrożne ruchy czynne i bierne, od 20. dnia chodzenie w tutorze. Wyniki zeszycia łokcia są wcale dobre, choć zrost nie zawsze kostny. Odświeżanie i szycie źle zrośniętych kości daje wyniki bardzo dobre, podobnież operacya stawów wrzekomych. W przypadkach stawów rzekomych próbować jednak należy najpierw przekrwienia lub wstrzykiwania krwi podług Biera. Ustalenie odłamków odświeżonych wykonać można zapomocą gwoździ z kości słoniowej, klamer, szwu drucianego, zazębienia powierzchni i t. d. W razie ubytków próbowano z dobrym skutkiem przeszczepienia innych kości, a nawet kości ze zwłok. Zdarzają się jednak uporczywe przypadki stawów wrzekomych, w których w końcu nic nie pozostaje prócz odjęcia kończyny. W klinice Eiselsberga operowano 25 stawów wrzekomych z wynikiem wogóle dobrym. *Klęsk.*

Dermatologia.

Stanziale. **Bakterye cewki moczowej w warunkach prawidłowych i w wiewiórze.** *(Centralbl. für Bakt. O.* T. XLII, Nr 1—4). W dawniejszych badaniach flory prawidłowej cewki moczowej znajdowano drobnoustroje, podobne do wiewiórowych, błoniczych, gronkowce itd., brak jednak dostatecznie ścisłego sposobu badania nie dozwalał rozstrzygnąć, z jakich części cewki moczowej pochodzą dane bakterye. Dlatego zbudował autor przyrząd, pozwalający wziąć materyał do badania bakteryologicznego z dowolnej głębokości cewki moczowej, bez zanieczyszczenia bakteryami z innych części cewki. Autor zbadał naprzód cewkę moczową (w 1—5 godzin po oddaniu moczu) u 27 mężczyzn, którzy nie przebywali żadnych chorób cewki. Wyniki były następujące: W głębokości 15 ctm. na 13 badań była cewka 8 razy jałowa, a 5 razy zawierała gronkowce. W głębokości 10 ctm. na 19 badań tylko 4 razy była cewka jałowa, a 15 razy zawierała bakterye. Wreszcie w głębokości 5 ctm. na 26 badań raz tylko była cewka jałowa, (a to w godzinę po oddaniu moczu), a 25 razy zawierała bakterye. Ani razu nie znalazł autor w głębokości 15 lub 10 ctm. takich bakteryi, którychby nie było w głębokości 5 ctm. — Wyhodował wogóle 7 gatunków bakteryi, a mianowicie: 1) ziarenkowca podobnego do dwoinki wiewiórowej 6 razy, 2) gronkowca białego 13 r., 3) paciorkowca 3 r., 4) bardzo małą dwoinkę 2 r., 5) prątki, podobne do prątka okrężnicy 2 r., 6) innego małego prątka 1 r., 7) wreszcie 12 razy bakterye podobne do prątków błonicy. Żaden z tych gatunków nie był dla zwierząt jadowity. Czasem więc znajdowała się w cewce zdrowej mieszanina kilku gatunków, czasem zaś czysta hodowla jednego tylko gatunku. Im dłuższy czas upływał po oddaniu moczu, tem więcej było bakteryi. — Następnie badał autor 26 osób, dotkniętych wiewiórem, i to najpóźniej w 5—6 dni po wystąpieniu pierwszych objawów. U osób tych znalazł mniej więcej te same gatunki bakteryi, co i w cewce zdrowej, z dodatkiem oczywiście dwoinek wiewiórowych. Stąd wnosi, że świeży wiewiór nie wpływa na zmianę flory. W późniejszym okresie choroby znajdowali inni autorowie florę znacznie obfitszą. Z badań tych swoich, uzupełnionych odpowiedniemi doświadczeniami na zwierzętach, wnosi autor, że bakterye, żyjące w cewce moczowej, dostają się tam od zewnątrz przez ujście cewki, tak jak dwoinki wiewiórowe.

Przy sposobności stwierdził też autor, że dwoinki te hodować można i na zwykłym agarze, chociaż to nie zawsze się udaje.

K. Nitsch.

Trautman. **Rumień wielopostaciowy wysiękowy i guzowaty błony śluzowej i jego związek z kiłą.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, 43). Trudność odróżnienia zmian, wywołanych przez tę chorobę w jamie ustnej, nosie i krtani, od zupełnie podobnych zmian kiłowych ma wielkie znaczenie ze względu na leczenie. Ogniska chorobowe na błonach śluzowych pod wpływem działania drobnoustrojów ulegają często maceracyi i rozpadowi i wskutek tego mogą łatwo uchodzić za zmiany kiłowe w różnych jej okresach. O ile możliwem jest, że obok objawów rumienia wielopostaciowego lub guzowatego mogą być równoczesne zmiany kiłowe, o tyle nie można żadną miarą uważać zmian rumieniowych za objawy kiły. Zdaniem autora zakażenie kiłowe, poprzedzające wystąpienie rumienia, może tylko budzić przypuszczenie pośredniego związku między obiema temi chorobami. Mianowicie kiła może osłabiać odporność ustroju i w ten sposób stwarzać pewne usposobienie do rumienia. Autor opisuje 7 przypadków jednej i drugiej postaci rumienia u chorych, którzy przebyli kiłę. Stosowane poprzednio w kilku z tych przypadków leczenie przeciwkiłowe wywołało tylko pogorszenie. Natomiast po podaniu kwasu salicylowego nastąpiło szybkie wyleczenie, co jeszcze więcej stwierdza słuszność rozpoznania.

Stopczański.

Urbanowicz. **Sprawozdanie z prób leczenia trądu promieniami Röntgena.** (*Dermatolog. Zeitschrift* 1906, Zesz. 10). U 9 chorych, z których 6 cierpiało na guzowatą postać trądu, 2 na trąd znieczulający, 1 na postać mieszaną, zastosowano leczenie promieniami Röntgena. U wszystkich chorych w miejscach naświetlanych występował mniej lub więcej znaczny odczyn. Owrzodzenia trądowe po naświetlaniu powiększały się bardzo znacznie i nawet po upływie dłuższego czasu nie było żadnego polepszenia. Skóra podczas naświetlań lekko się łuszczyła, a po pewnym czasie w miejscach naświetlanych powstawały na niej pęcherze. Najlepiej jeszcze działały promienie na zmiany guzkowe, które po naświetlaniu spłaszczały się i znikały. Rozmiękające guzki ulegały rozpadowi i goiły się przez zabliźnienie. Bardzo silne ogólne działanie promieni wystąpiło w dwóch przypadkach w postaci dreszczu, podwyższenia ciepłoty, bólów w miejscach nawet odległych od miejsc naświetlanych. Wogóle promienie Röntgena w przypadkach dalej posuniętych były bezskuteczne. Miejscowe działanie na pojedyncze guzki jest małoznaczne i to samo można osiągnąć, stosując inne sposoby leczenia. *Stopczański.*

Hager. **O leczniczej wartości nowych przetworów jodu.** (Jodypina — Sajodyna — Jodone). (*Heilkunde* 1906, Zesz. 8). Autor, podając od dłuższego czasu powyższe przetwory jodu, starał się wypróbować, czy nie wywierają one ubocznego działania i czy mogą pod względem leczniczym zastąpić dawniej używany jodek potasu. Jodypinę oprócz wstrzykiwań podskórnych stosował autor w postaci proszków i kołaczyków, sporządzanych w ostatnich czasach przez fabrykę Mercka. Jednak tak proszki, jak i kołaczyki jodypinowe mają wstrętny smak i sprawiają dolegliwości żołądkowe. Chcąc osiągnąć odpowiedni wynik, trzeba podawać jodypinę w tej postaci w większej ilości, co znowu zwiększa dolegliwości żołądkowe. Więcej zadowolony był autor z sajodyny, którą podawał w dawkach 1-gramowych 3 razy dziennie po jedzeniu. Badając sajodynę pod względem wessania i wydzielania jodu przekonał się autor, że już w pół godziny po zażyciu jednego grama sajodyny zjawia się jod w moczu, a znika zwykle po 30—48 godzinach. H. sądzi, że stosowanie jodypiny, czy to w postaci wstrzykiwań podskórnych, czy też wewnętrzne, jest tylko wówczas wskazane, jeżeli wogóle leczenie jodowe ma trwać tylko krótki czas, gdyż ani większej ilości podskórnych wstrzykiwań chory nie zniesie, ani też proszków lub kołaczyków jodypiny ze względu na dolegliwości żołądkowe długo podawać nie można. Dlatego też do długiego leczenia jodem najlepiej nadaje się sajodyna. Również podawał autor w wielu przypadkach kiły trzeciorzędnej nowy przetwór francuski jodu, który wprowadził do handlu aptekarz Robin pod nazwą: »Jodone«. Jakkolwiek środek ten nie sprawia żadnych dolegliwości, to jednak ze względu na bardzo niewielką zawartość jodu może być podawany tylko wtedy, jeżeli wskazane jest podawanie małych dawek jodu. *Stopczański.*

Medycyna sądowa.

Molitoris. **Gnicie płuc noworodków.** (*Vjschr. f. g. Med.* T. XXXI, 1906). Na podstawie swych doświadczeń dochodzi M. do następujących wniosków: Twierdzenie niektórych autorów, w ostatnich czasach Ungara, że rozległe gnicie płuc noworodków z obecnością pęcherzy gazów gnilnych pod opłucną dozwala przypuszczać, iż płuca te zawierają powietrze, nie może być uznane za słuszne. W rzeczywistości bowiem nagromadzenie się gazów gnilnych w płucach i pod opłucną, wywołujące zdolność pływania płuc na wodzie, zdarza się także i wówczas, gdy powietrze do płuc ani przez oddychanie, ani też sztucznie wprowadzone nie zostało. Tak więc pod żadnym warunkiem nie może jedynie dodatni wynik próby płucnej, względnie stwierdzenie pęcherzy gazów gnilnych na powierzchni płuc uprawniać do wniosku, że dziecko żyło poza łonem matki. — Tworzenie się gazów gnilnych w płucach jest następstwem obecności w nich drobnoustrojów gnilnych, które drogą naczyń krwionośnych od pępowiny do narządu tego wnikają. Wszędzie, gdzie krew znajduje się w większej ilości, przychodzi prędzej do wytworzenia się gazów gnilnych, które zmniejszają ciężar właściwy danego narządu aż do zdolności pływania na wodzie. Im więcej więc także krwi zawierają naczynia krwionośne płuc, tem szybciej tworzą się gazy gnilne w ich tkance i pod opłucną, co też wywołuje pływanie płuc na wodzie.

Doc. Horoszkiewicz.

Dehmel. **Przyczynek do badań bakteryologicznych krwi zwłok.** (*Inaug. Diss.* 1906, Berlin). Autor badał bakteryologicznie krew z prawego serca 14 zwłok i znalazł w niej gronkowce, paciorkowce, prątka okrężnicy, odmieńca i dwoinki zapalenia płuc. Gdy najdłuższy czas, jaki upłynął od chwili śmierci do podjęcia badania wynosił dni 7, i w żadnym przypadku nie stwierdzono dalej posuniętej zgnilizny, przeto tą okolicznością tłómaczy autor ujemny wynik badań co do beztlenowców. Drobnoustroje znalazł D. we krwi serca we wszystkich badanych przypadkach, w większości przypadków kilka ich gatunków, wśród tych zaś najczęściej gronkowce. Zdaniem autora znajdują się drobnoustroje we krwi serca częścią już za życia, częścią dostają się tam w czasie konania lub po śmierci, przedewszystkiem z przewodu pokarmowego. W jakim czasie następuje to wnikanie drobnoustrojów do narządu krążenia, odpowiedzieć się nie da, tem samem badania bakteryologiczne nie mogą służyć do odpowiedzi na pytanie, jaki czas upłynął od chwili śmierci samego osobnika do chwili sekcyi i podjętego badania bakteryologicznego krwi. *Doc. Horoszkiewicz.*

Reetz. **Dawniejsze i nowsze badania nad otruciem tlenkiem węgla.** (*Inaug. Diss.* 1906, Berlin). Zestawiwszy krótko zapatrywania dawniejsze, przechodzi autor do swych doświadczeń, jakie podjął nad sposobem wykrywania CO we krwi, podanym przez Wachholza i Sieradzkiego. Do badań tych skłoniły R. częścią teoretyczne, częścią na niedokładnie przeprowadzonych doświadczeniach oparte zarzuty, podniesione niedawno przeciw temu sposobowi. Doświadczenia z krwią świeżą, zawierającą CO, jak i z krwią z przypadków otrucia CO, dawniej w zakładzie berlińskim sekcyonowanych, przekonały autora, że sposób Wachholza i Sieradzkiego czyni zadość wszelkim wymaganiom tak pod względem czułości, jak i łatwości wykonania.

Doc. Horoszkiewicz.

Sacher Masoch i Masochizm.

Szkic literacko-psychiatryczny według collegium publicum.

Skreślił

Prof. Dr L. Wachholz.

(Ciąg dalszy.)

W tym czasie poznał się Leopold z Aurorą Angeliką Rümelin, córką właścicielki trafiki w Gracu i urzędnika wojskowego, późniejszą swą żoną. Wedle Schlichtegrolla była to osoba przewrotna, ale zarazem sprytna, która umiała listami, pisanymi doń w tonie władczyni jego, tak rozbudzić w nim niezaspokojoną dotąd masochistyczną pożądliwość, że przykuła go do siebie, czyniąc zeń męża i ofiarę. Celem tem pewniejszego pozyskania go sobie, zarzuciła swe rodowe nazwisko, a przyjęła imię i nazwisko potwornej bohaterki z jego »Wenus we futrze«, Wandy Dunajew. Schlichtegroll przyznaje jej tylko spryt w śliskich rozmowach i kokieteryjność, a jeźli Leopold dojrzał w niej i »ducha«, to dlatego, że poczuł do niej nieprzeparty pociąg płciowy, w myśl słów poety Grabbego: »ci ci jest drogiem w kobiecie? czy może dusza gęsi? nie wierzę.... Kochasz mięso, a gdy ono jest ładne, to już w myśli dorabiasz doń duszę«. Ten nowy stosunek, ustalony małżeństwem, stał się, zdaniem Schlichtegrolla,

źródłem zmartwień i udręczeń całego dalszego jego życia, aż do chwili wziętego z Wandą, względnie Aurorą rozwodu. Aurora powiła mu dwoje dzieci, Aleksandra i Dymitra, którzy wraz z córką jego, owocem stosunku z aktorką Clairemont, wychowywali się w jego domu. Przez cały czas pożycia ze swą żoną trwa walka o byt. Honorarya autorskie wpływają nierównomiernie, stąd raz w domu dobrobyt, częściej bieda. Zrazu porzucają Sacher-Masochowie Graz i zamieszkują w Brucku nad Murą, lecz i tutaj pobyt ich staje się wkrótce niemożliwym dzięki pani Sacher-Masochowej, jak podaje Schlichtegroll.

W r. 1877 odwiedza Leopold Lwów, poczem przenosi się z całą rodziną do Pesztu, gdzie stanąwszy na czele pisma: »Blätter für litterarische Unterhaltung« wydaje, lecz nie kończy romans »Syreny i Demony«. W Peszcie miała żona jego, która rozpoczęła tymczasem pod pseudonimem Wandy Dunajew literacką działalność, nawiązać stosunki z dwoma »starymi, bogatymi i obrzydzenie budzącymi« izraelitami. W r. 1881 porzuca Peszt i przenosi się do Lipska, gdzie wydaje pismo literackie »Auf der Höhe« zrazu nakładem Baumgärtnera, następnie Morgensterna, przez którego poznali Sacher-Masochowie Jakóba Rosenthala, występującego w Lipsku pod pseudonimem Armanda, potem w Paryżu pod głośnym pseudonimem Jacquesa St. Cère redaktora »Figara«. Gdy ten nawiązał stosunek z panią Sacher-Masoch, Leopold wsparty przez pannę Huldę Meister, współpracowniczkę w redakcyi, opuścił swą żonę, zabrawszy starszego syna Aleksandra ze sobą. Dzięki wpływom brata swego Karola i Huldy Meister pogodził się jeszcze ze żoną i w tym czasie obchodził w Lipsku r. 1883 dwudziestopięciolecie swej literackiej pracy. Wkrótce potem następuje ponowny rozdział ze żoną, która odtąd dzieli los wspólnie z Armandem[21]) aż do r. 1888, aby być zastąpioną przez Annę Kalisch, wiarołomną żonę Pawła Lindaua. Po ostatecznem rozejściu się ze żoną, po stracie ukochanego syna Aleksandra, po upadku wreszcie pisma »Auf der Höhe« osiada skołatany przejściami Sacher-Masoch na wsi Lindheim w wielkiem księstwie heskiem w towarzystwie Huldy Meister, z którą wreszcie po przeprowadzeniu rozwodu z pierwszą swą żoną, wstępuje w związki małżeńskie. Odtąd zaczynają się dlań lata spokoju i cichego pożycia, zakłócane zrazu listami pierwszej żony, która — jak twierdzi Schlichtegroll — groziła mu publicznem ogłoszeniem jego pożądliwości i zachcianek płciowych. W odpowiedzi na groźby te zaznacza Sacher-Masoch, że fantazye jego nie byłyby się nigdy wyłoniły, gdyby ich ona była nie obudziła i nie podtrzymywała; nie zaznał ich nigdy przed pożyciem z nią i obecnie ich już przy boku kochającej drugiej żony nie doznaje.

W tym nowym okresie życia ogłasza nadal nowelle, przejęte zasadami Tołstojowskiego komunizmu. W romansie »Entre nous«, stanowiącym jak ongi »Rozwódka« spowiedź z ostatniej epoki życia, kreśli urok sielskiego pożycia damy z wielkiego świata, która po smutnem rozczarowaniu pierwszej młodości znajduje prawdziwe szczęście przy boku uczciwego, a szanującego ją człowieka. Pod postacią damy ukrywa swoją osobę.

Niedługo cieszy się w gronie nowej swej rodziny, żony i trojga dzieci szczęściem i spokojem, gdyż umiera 9. marca 1895 z powodu »choroby umysłowej«, jak twierdzi jego biograf Schlichtegrol, który ostatecznie przyznaje, że Sacher-Masoch był usposobienia nawskróś zmysłowego, lecz dodaje, że musiał być tak zmysłowym, jako umysł twórczy, a czy ten popęd do zmysłowości przebijał się w kierunku hetero- lub homoseksualnym, czy wreszcie algofilicznym, nie może mieć wpływu na wartość stworzonych dzieł. (C. d. n.)

[21]) Jakób Rosenthal czyli Jacques St. Cère, wpływowy redaktor »Figara«, skończył swą karyerę w roku 1888, aresztowany z powodu sprawy Lebaudy.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie emerytury lekarzy okręgowych galicyjskich uchwaliła Izba lekarska lwowska przedstawić Wydziałowi krajowemu memoryał według referatu dra Mikołajskiego, podając zasady, na których powinien się opierać fundusz pensyjny: Prawo do emerytury daje 10 lat nieprzerwanej służby, do której wlicza się także służba prowizoryczna na posadzie okręgowej i służba szpitalna na posadzie płatnej, a przed upływem 10 lat niezdolność do pracy, nabyta przy lub wskutek wykonywania służby. Prawo do pensyi wdowiej i sierocych (do ukończenia 24 r. ż.) daje rodzinie lekarza jego służba 5-letnia, a przed upływem lat 5 śmierć wskutek nadwerężenia zdrowia przy wykonywaniu służby. Za pierwsze 10 lat służby przypada emerytura 40 prc. ostatniej płacy z wliczeniem ryczałtu na podróże i dodatków pięcioletnich; za każdy następny rok dolicza się 3 prc. tej płacy, tak że po 30 latach służby przypada pełna emerytura. Lekarze, uwolnieni ze służby przed upływem lat 10 z powodu niezdolności do pracy, nie będącej w związku z nadwerężeniem zdrowia w służbie, mają prawo do jednorazowej odprawy w wysokości pensyi rocznej. Pensya wdowia wynosi 50 prc., sieroca 10 prc. (20 prc., jeżeli zmarli oboje rodzice) ostatniej płacy lekarza (z wliczeniem ryczałtów i dodatków). Rodzina zmarłego lekarza ma prawo do »kwartału pozgonnego« (25 prc. płacy). Do funduszu pensyjnego przyczyniać się mają w równej mierze lekarze (najmniej 3 prc. płacy, lekarze okręgowi oświadczają jednak gotowość do większych wkładek, w razie potrzeby aż do $4^{1}/_{2}$ prc.), Wydziały powiatowe i fundusz krajowy. Do pewnego terminu będą mieć lekarze, obecnie już zajmujący posady okręgowe, nabyć praw do emerytury, spłacając wkładki za lata, ubiegłe przed wejściem w życie funduszu pensyjnego. — Rozstrzygnięcie, czy obecnie ma być załatwiona także sprawa emerytur lekarzy gminnych, pozostawia Izba Wydziałowi krajowemu. (*Głos lek.* 2). *R.*

Udział Izb lekarskich galicyjskich w Towarzystwie lekarzy galic. poruszył dr Mikołajski na posiedzeniu Izby lwowskiej 8 b. m. Projekt ten zasługuje na uwagę. Wywołała go okoliczność, że Izby rozporządzają stosunkowo bardzo małemi kwotami na zapomogi dla lekarzy, ich wdów i sierot. I tak np. dochody Izby lwowskiej na r. 1907 przewidywane są tylko na 8945 K., w czem mieszczą się już odsetki od kapitałów (1500 K.), oraz zasiłek ze związku Towarzystw lek. austr. (2245 K.). Z tego na zapomogi może Izba wydać tylko 3045 K. Dr Mikołajski proponuje podwyższyć opłatę do Izb rocznie o 6 K., które Izby za swoich członków przekazywałyby Towarzystwu lek. gal., w zamian za to uzyskując dla nich prawo korzystania z funduszów Towarzystwa. Według obliczenia wnioskodawcy możnaby wtedy rozporządzać kwotą 17.000 K. rocznie na zapomogi i pensye wdów (na całą Galicyę). Członkowie dotychczasowi Towarzystwa lek. galic. nie opłacaliby rocznie więcej, niż dotąd, bo wkładkę ich do Towarzystwa możnaby obniżyć o owe 6 koron, opłacanych za pośrednictwem Izby. Zwiększenie opłat o 6 K. zaciężyłoby tylko na tych lekarzach, którzy do Towarzystwa nie należą, a właśnie troska o wdowy i sieroty po takich lekarzach spada dotąd na Izby. *R.*

Utworzenie Towarzystwa zaliczkowego lekarzy proponuje dr Porajewski (*Głos lek.* 2), poddając tę myśl pod rozwagę Wydziału »Samopomocy«. Zyski z takiej instytucyi finansowej możnaby obracać na zapomogi dla wdów i sierot, na budowę domów udziałowych dla lekarzy prowincyonalnych i t. d. Wnioskodawca sądzi, że Towarzystwo takie wśród lekarzy ma wszelkie warunki powodzenia, bo młody lekarz z reguły musi pożyczać, niektórzy starsi z reguły lokują pieniądze. *R.*

Lekarze pomocniczy szpitali krajowych w Krakowie i we Lwowie postanowili zwrócić się do Wydziału krajowego o poprawę bytu; według wypracowanego memoryału miałaby płaca roczna sekundaryusza I klasy wynosić 1800 koron, sekundaryusza II klasy 1500 koron, starszego praktykanta 1000 K., a młodszego, jak dotąd, 600 K.; każdemu lekarzowi przysługiwałoby prawo do corocznego 4-tygodniowego urlopu, sekundaryuszom remuneracye za zastępstwo prymaryuszy w czasie ich urlopu i pierwszeństwo przy obsadzaniu posad autonomicznych; wreszcie powinnaby być liczba posad sekundaryuszy i płatnych praktykantów odpowiednio pomnożoną (np. w Krakowie o 2 sekundaryuszy, po jednym na oddziale zakaźnym i chirurgicznym). Gdyby regulacya płac i unormowanie stosunków nie zostały przez Sejm na sesyi tegorocznej załatwione, w takim razie byliby lekarze pomocniczy zmuszeni ze swych stanowisk ustąpić, gdyż dalsza ich praca w obecnych warunkach jest niemożliwą. W sprawie tej wysyłają lekarze szpitala św. Łazarza do Wydziału krajowego delegacyę, złożoną z drów Murczyńskiego i Kwiatkowskiego. *R.*

Podwyższenie honoraryów lekarskich o 50 prc. postanowił zaproponować Wydział Izby lek. dolnoaustryackiej nietylko w swym okręgu, ale także i innym Izbom lekarskim w Austryi.

Koło lekarzy fabrycznych w Łodzi uchwaliło warunki, pod jakiemi ma być udzielana pomoc lekarska robotnikom fa-

brycznym. Pomoc ta powinna obejmować jaknajdostępniejszą poradę lekarzy-internistów w ambulatoryach i mieszkaniach, pomoc felczerską, poradę specyalistów, dostarczenie lekarstw, wód mineralnych, opatrunków i przyrządów (okularów, pasów, kul itd.), leczenie w szpitalu, kąpiele lecznicze i pomoc ginekologiczno-położniczą. Minimalne wynagrodzenie lekarza fabrycznego wynosić ma za każdego robotnika 1 rb. rocznie i za każde odwiedzenie ambulatoryum fabrycznego 2 rb. (np. w fabryce o 300 robotnikach i 2 ambulatoryach tygodniowo otrzymać ma lekarz $300 \times 1 + 100 \times 2 = 500$ rb. rocznie); gdzie niema ambulatoryum fabrycznego — za każdego robotnika 2 rb. rocznie. Za leczenie rodzin robotników: przy umowie rocznej przynajmniej po 1,50 rb. za rodzinę każdego robotnika, w innych wypadkach najmniej 0,50 rb. za każdą poradę w ambulatoryum, 1 rb. i koszt przejazdu za poradę w domu chorego (w obrębie miasta, 2 rb. na przedmieściach). *R.*

Sprawę pomocy lekarskiej dla ludu wiejskiego w Królestwie porusza także warszawska prasa codzienna, »Kuryer warszawski« (Nr 22) podaje myśl, aby tymczasem, nie czekając na urządzenia autonomiczne, zorganizować dojazdy lekarskie na wieś. Porady byłyby bezpłatne, natomiast lekarz dojeżdżający sam wydawałby leki po cenie nieco wyższej od własnych kosztów, bo lud za poradę płaci niechętnie, ale na leki nie żałuje. Zysk na lekach stanowiłby honoraryum lekarza, które jednak w pierwszym roku powinien zagwarantować organizator dojazdów do danej wsi i w roku tym przygotować się na straty; natomiast po roku lub dwóch, gdy lud przekona się o wartości pomocy lekarskiej, gminy nie uchylą się od stałych zasiłków dla lekarzy. *R.*

Wykazy statystyczne chorób, używane w szpitalach galicyjskich, krytykuje dosadnie jako przestarzałe i pozbawione wszelkiego systemu dr S a l p e t e r z Podhajec (*Tyg. lek.* 3), podając schemat własnego pomysłu.

Zakaz dopuszczenia syropu „Rami“, natarczywie reklamowanego, do ogólnego obrotu w aptekach, wydało ponownie austr. ministerstwo spraw wewn. (22/XII. 1906, L. 31.142), ponieważ przetwór ten zawiera wyciąg tojadu (*aconitum*) o niestałym składzie, a jak wiadomo bardzo niebezpieczny (Ok. Nam. 29/XII. 1906, L. 171.612/06). *R.*

Opusty za lekarstwa, wydawane na rachunek funduszów i zakładów, wymienionych w austr. normie ordynacyjnej, wynosić mają według rozporządzenia ministerstwa spr. w. z 10/XII. 1906, D. p. p. Nr 235, w aptekach publicznych 50 prc. za roboty recepturowe, a 20 prc. ceny za materyały, w aptekach zaś domowych (lekarzy i chirurgów) 50 prc. za roboty recepturowe. Namiestnictwo galicyjskie nakazało (4/I. 1907, L. 1501/VI B.) wszystkim aptekom do przepisów tych natychmiast się zastosować. Lekarze, delegowani do tłumienia chorób nagminnych, mają obowiązek zapisywać leki na arkuszu, zostawiając wolny (5 ctm.) brzeg dla umieszczenia taksy przez aptekarza i dla jej sprawdzenia przez retaksatora. *R.*

Felczerzy w Rosyi przedstawili władzom następujące żądania: 1) dopuszczenie przedstawicieli zgromadzeń felczerskich do miejskich i ziemskich rad zdrowia, 2) obowiązkowe ubezpieczenie państwowe felczerów na przypadek choroby, niezdolności do pracy i śmierci, 3) prawo zapisywania nawet silniej działających środków, stosowania surowic i wykonywania samodzielnych operacyi w zakresie t. zw. małej chirurgii, 4) prawo zapisywania się na Wydziały lekarskie po zdaniu egzaminu »sprawdzającego« z niektórych przedmiotów. Dla rozważenia tych zadań utworzono w Radzie lekarskiej osobną komisyę. (*Kurj. w.* 15).

Nową ustawę zdrojową na zasadzie obrad zwołanej przez siebie w maju r. z. ankiety balneologicznej opracował Wydział krajowy galicyjski i przedłoży ją Sejmowi w r. b. Według projektu ustawy ma mieć każde zdrojowisko lub uzdrowisko osobny swój, do miejscowych stosunków zastosowany statut, wydany przez Wydział krajowy w porozumieniu z Namiestnictwem. Statut ten określa granice terytoryalne i ustanawia organizacyę zakładu, w której głównymi czynnikami są: komisya zdrojowa, zarząd zakładu i lekarz zdrojowy. Komisyą zdrojową kieruje przewodniczący, mianowany przez Namiestnictwo z grona jej członków; wiceprezesa, sekretarza i skarbnika wybiera sama komisya. Komisya zawiaduje funduszem kuracyjnym, (powstającym z taks zdrojowych, opłat od przedsiębiorstw i widowisk, opłat za używanie urządzeń, utrzymywanych z funduszu kur., grzywien i t. d.), pobiera wszelakie taksy w wysokości, oznaczonej przez Wydział kraj. w porozumieniu z Namiestnictwem, ma prawo też od nich uwalniać i czynić wnioski co do ich wysokości, jak i co do regulaminu najmu mieszkań, ich cen, przepisów kąpielowych i stosunków sanitarnych. Preliminarz swego budżetu i rachunki doroczne przedkładać musi komisya Wydziałowi krajowemu; w razie nieodpowiedniego zarządzania funduszami oddany on zostanie komisarzowi, ustanowionemu przez Wydział kraj. w porozumieniu z Namiestnictwem. Od uchwał i zarządzeń komisyi istnieje odwołanie do Wydziału krajowego. Lekarz zdrojowy, podległy instrukcyi, wydanej przez Namiestnictwo, jest członkiem komisyi zdrojowej i zawiaduje sprawami sanitarnemi zakładu. Wreszcie zawiera projekt nowej ustawy przepisy o ochronnym okręgu zdrojów. *R.*

Zwalczanie jaglicy w Galicyi rozpoczynają rządowe władze sanitarne na wielką skalę, przychylając się do wniosku krajowej Rady zdrowia. Namiestnictwo zarządziło (Ok. z 1/I. 1907, L. 151.709 VI b.) przedewszystkiem zestawienie możliwie dokładnej statystyki jaglicy w kraju. Na zasadzie odpowiednich badań wstępnych sprawdzą lekarze urzędowi (powiatowi, okręgowi i gminni) z ramienia władz politycznych, a na koszt rządu (z funduszów, przeznaczonych na zwalczanie epidemii), osobiście stan jaglicy w tych miejscowościach, w których okaże się potrzeba szczegółowych poszukiwań. W dniu przyjazdu lekarza delegowanego zgromadzą władze gminne wszystkich chorych na oczy celem dokładnego badania, a w miarę potrzeby badać będzie lekarz także wszystkich mieszkańców poszczególnych zagród, jeżeli u jednego z nich stwierdzi jaglicę w okresie zaraźliwym, a nawet całą wieś od chaty do chaty. Namiestnictwo »sądzi, że nie potrzebuje zwracać uwagi lekarzy delegowanych, jak wiele zależy od ścisłości i sumienności w przeprowadzeniu tych badań i że wpłynąć one mogą w znacznej mierze na powodzenie całej akcyi«. Sprawozdania z tych badań na odpowiednich (bardzo dokładnie ułożonych) drukach, zgromadzone przez lekarzy powiatowych, posłużą im do zestawienia ogólnych sprawozdań z każdego powiatu i wypracowania szczegółowego planu zwalczania jaglicy w powiecie. W planie tym wskazanem będzie, czy do powiatu ma być wysłany okulista, czy i komu z lekarzy miejscowych można powierzyć leczenie jaglicy, czy należy eksponować osobnych lekarzy w pewnych miejscowościach, urządzić ambulatorya i t. d. *R.*

O kąpiele dla uczniów szkół początkowych dba troskliwie warszawskie Towarzystwo Dobroczynności. Oprócz dawniej urządzonych 11 kąpielisk przybyło świeżo (za staraniem drów Kurtza i Kopczyńskiego) 3 (w fabrykach i w szkole handlowej). Obecnie z 14 kąpielisk korzysta 188 szkół, a 9400 dzieci; brak jeszcze kąpielisk dla 24 szkół, a 1200 dzieci. (*K. w.* 16). *R.*

Wykłady higieny szkolnej i wychowawczej dla nauczycieli urządzone będą poraz pierwszy w sposób systematyczny w Warszawie. Prowadzić je będzie dr Wernic, redaktor »Zdrowia«.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 13. do 19. stycznia 1907 doniesiono o 16 nowych przypadkach d u r u p l a m i s t e g o w 8 gminach, a mianowicie w mieście Lwowie 1 (chora przybyła z gminy podmiejskiej lwowskiej), pow. Bohorodczany (Sołotwina 3, Bohorodczany 1), Kamionka (Chołojów 3, Sielec 4, Nowosiółki liskie 1), Rawa (Biała 1), Brzeżany (Kozłów 2); oraz o 1 przypadku o s p y w m. Brodach (zachorował kupiec, który odbywał częste podróże do Radziwiłowa w Rosyi). *T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 13. do 19. I. 1907 przypadków: błonicy 2 (w tem obcy 1), krztuśca 1, płonicy 9 † 4 (1 † 1), odry 34 † 1 (1), duru osutkowego 1 (1), nagminnego zapalenia opon 1. *L.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 13. do 19. stycznia 1907 urodziło się dzieci żywo 52, nieżywo 4; zmarło osób 52 (obcych 26), z tego z gruźlicy 8 (5), zapalenia płuc 8 (3), błonicy 2 (2), płonicy 1 (1), duru brzusznego 1 (1), śmiercią gwałtowną — (—).

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Jedną ze spraw, które zasługiwałyby na rozpatrzenie na X. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich, jest pomysł, zakomunikowany nam przez dra Heliodora Ś w i ę c i c k i e g o z Poznania, nawiązania ściślejszych stosunków między naszemi Towarzystwami lekarskiemi przez doroczne wzajemne wysyłanie delegatów. Bezpośrednie osobiste zbliżenie się członków różnych Towarzystw

byłoby silnym między niemi łącznikiem. Przybycie delegata byłoby sposobnością do wspólnego omówienia spraw, będących na dobie, a tyczących się wszystkich lekarzy polskich i podtrzymywałoby żywsze wzajemne zajmowanie się sobą. Przy takiem urządzeniu, gdyby istniało dawniej, możebyśmy nie musieli z uczuciem przykrości i wstydu czytać w sprawozdaniu komitetu warszawskiego, wspierającego rodziny lekarzy, powołanych na wojnę rosyjsko-japońską, że »koledzy galicyjscy nie wzięli w tej akcyi żadnego żywszego udziału«. — »Dzisiaj — pisze nam dr Święcicki — choć mamy wiele spraw i zadań wspólnych, chodzimy luzem. Łączność nasza na Zjazdach trwa tak długo, dopóki trwa Zjazd, a potem idziemy znów w rozsypkę«. Skoro zdobyliśmy się na praktyczny pomysł stałej Delegacyi, utrzymującej ciągłość między Zjazdami, byłby może czas rozważyć, czy nie dałoby się utworzyć ogólnego Związku naszych Towarzystw lekarskich, gdyby zaś na to było za wcześnie, to pomysł dr Święcickiego, by przynajmniej przez wysyłanie delegatów wzajemnie się zbliżyć, wydaje się nam godnym uwagi. Dr Święcicki między innemi rzuca myśl utworzenia przy pomocy owych delegatów, wspólnej kasy dla wdów i sierót po lekarzach. Podobnych spraw jest więcej; godziłoby się rozważyć, czy i które z nich są wykonalne, bo że podjęcie niektórych zadań wspólnemi siłami zapewniłoby wielką korzyść, chyba wątpliwości nie ulega. *C.*

Sekcya społeczno-lekarska. Prace przygotowawcze oparto na programie, przedstawionym przez dra Mikołajskiego na zebraniu w d. 29. XII. 1906, z którego szczegółowe sprawozdanie podaje »Głos lekarzy« (Nr 2). Jedno posiedzenie sekcyi będzie poświęcone etyce lekarskiej, drugie sprawom ekonomicznym, trzecie sprawom organizacyjnym stanu lekarskiego; tematy dla tych posiedzeń ustanowi Wydział Izby lekarskiej lwowskiej. Na pierwszem posiedzeniu omawiany będzie prawdopodobnie także wniosek prof. Szpilmana o prasie lekarskiej, na drugie postanowiono uprosić prof. Jordana o przedstawienie położenia materyalnego i stanowiska społecznego lekarzy w Galicyi, na trzecie zgłosił już dr Festenburg sprawozdanie z organizacyi i działalności Izb lekarskich galicyjskich.

W dniu 22. b. m. naradzało się w Krakowie pod przewodnictwem prof. Jakubowskiego liczne grono pedyatrów co do prac w sekcyi pedyatrycznej Zjazdu.

Warszawski komisarz zjazdowej wystawy przyrodniczo-lekarskiej i higienicznej, dr Kurtz (Warszawa, Sienna 22) zjednał sobie współudział kilkudziesięciu osób, lekarzy i przyrodników, które obejmą kierownictwo prac przygotowawczych w poszczególnych działach. (»Medycyna« 2).

Zjazdowa wystawa przyrodniczo-lekarska i higieniczna powinna odźwierciedlić nasz dorobek krajowy na polu sanitarnem i higienicznem, a przez zgromadzenie należytych wzorów może wielce przyczynić się do rozpowszechnienia dobrych urządzeń higienicznych i przez to do poprawy istniejących stosunków sanitarnych. Tymi względami kierując się, wydało Namiestnictwo galicyjskie do władz politycznych okólnik (z 31/XII. 1906, L. 168.381, VI/b), w którym gorąco zachęca do udziału w wystawie, zaznaczając, iż pożądanem jest, aby każdy powiat wedle sił swoich w niej uczestniczył. *R.*

Komitet wystawy zjazdowej rozesłał już prospekty wystawy wraz z odpowiedniemi drukami po całej Polsce wszystkim, których wystawa ta może interesować, lub którzy mogliby wziąć w niej udział. — Jeżeliby ktoś jednak został przypadkiem pominięty, zechce się zgłosić ustnie lub pisemnie po druki wystawowe wprost do dyrektora wystawy dra Kaliksta Krzyżanowskiego (Lwów, Namiestnictwo).

Staraniem komitetu wystawy zjazdowej wyjdzie bogaty katalog informacyjny wraz z przewodnikiem po wystawie, który będzie bezpłatnie rozdany uczestnikom Zjazdu, a po bardzo nizkiej cenie sprzedawany publiczności, zwiedzającej wystawę. Komitet uprasza wszystkich, zamierzających w katalogu tym umieścić swe ogłoszenia reklamowe, by po informacye w tym względzie zwracali się wprost do dyrektora wystawy dra K. Krzyżanowskiego (Lwów, Namiestnictwo).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 23. I. 1907 posiedzenie, na którem wybrano członkiem honorowym Towarzystwa dra Heliodora Święcickiego z Poznania, poczem 1) prym. dr Bogdanik przedstawił *a)* przypadek równoczesnego wysięku surowiczego i ropnego, z osobna otorbionych, w tejsamej jamie opłucnej; *b)* przypadek postrzału jedną kulą w oba ramiona i brodę, wskutek przypadkowo sprzyjającego takiemu zranieniu ułożenia ciała; 2) dr Brzeski przedstawił płód 7-miesięczny, przyrosły główką do łożyska; 3) prof. Rosner przedstawił chorą po doszczętnej operacyi raka macicy sposobem Wertheim-Mackenrodta; 4) dr Rapoport wyłożył rzecz »O bezmoczu«. W dyskusyi przemawiał dr Klęsk.

— Doroczne posiedzenie administracyjne sekcyi wadowickiej Towarz. lek. galic., zwołane do Białej na 26. b. m., obejmuje: Sprawozdanie Biura sekcyi ze stanu i czynności sekcyi w r. 1906, wnioski i wybory.

— Otrzymaliśmy sprawozdanie powiatowego szpitala w Buczaczu za rok 1906. Szpital, założony ze składek w r. 1882, liczy 15 łóżek (z tych 3 w domu izolacyjnym) i posiada oprócz budynków i inwentarza około 30,000 K majątku. Kierownikiem szpitala jest r. c. dr Krzyżanowski. Od założenia do końca roku 1906 leczył ten szpital 2908 chorych. Ogłaszając sprawozdanie, dał szpital buczacki przykład, godny naśladowania.

— »Towarzystwo ku wspieraniu ubogiej chorej uczącej się młodzieży żydowskiej galicyjskich szkół średnich i wyższych p. n. Nadzieja« ogłosiło wzorowo ułożone sprawozdanie za pierwszy rok działalności (1906). Towarzystwo to, mające na celu budowę i utrzymanie sanatoryum przeciwgruźliczego w Szczawnicy, wynajęło tymczasowo odpowiednią na zakład willę o 6 pokojach. W zakładzie leczyło się w r. z. 15 chorych młodzieńców (w wieku 14—25 lat), z których u 8 osiągnięto bezwzględną poprawę, u 5 względną, u 2 stan nie zmienił się. Prezesem Towarzystwa i lekarzem zakładu był dr R. Hammerschlag. Dochody i rozchody w r. 1906 wynosiły po 4,897·25 K.

— Towarzystwo ratunkowe krakowskie interweniowało w r. 1906 ogółem w 3,844 przypadkach. Z tego było 49 zamachów samobójczych (15 postrzałów, 25 otruć — najczęściej — 14 razy — fosforem).

Lwów. Do zarządu Towarzystwa lekarskiego lwowskiego na rok 1907 wybrani zostali na posiedzeniu w d. 18. I. 1907: prezesem prof. A. Gluziński, wiceprezesem dyr. J. Starzewski, sekretarzem dorocznym dr W. Ziembicki, sekretarzem stałym doc. Herman, gospodarzem dr E. Festenburg; delegatami na Walne Zgromadzenie: prof. Gluziński, doc. Herman, dr Stachiewicz, Tatarczuch, prof. Machek, dr Ruff, Krzyszkowski, Świątkiewicz, Jasiński, Obtułowicz, doc. Rencki; zastępcami delegatów: dr Grek, Chomin, Nowicki, Reis, Reichenstein, Czyżewicz (jun.), Bocheński; delegatami do redakcyi »Tygodnika lekarskiego» dr Ruff i W. Ziembicki. Na temże posiedzeniu przyjęto sprawozdanie Zarządu za rok 1906.

— Na posiedzeniu Rady Zawiadowczej Tow. lek. galicyjskich dnia 15. stycznia 1907 uchwalono wydzierżawić folwark Morszyn wraz z domem »pod Różą« dotychczasowemu dzierżawcy na dalsze lata. 11 wdowom po lekarzach przyznano zapomogę na rok bieżący w łącznej kwocie 1,760 K; 8 wdowom i sierotom po lekarzach, którzy nie byli członkami Towarzystwa, udzielono zapomóg z funduszu dra Gilewskiego w sumie 630 K; — razem 2,390 K. Oprócz tego powzięto uchwały w sprawie odpisania wątpliwych zaległości członków Towarzystwa, w sprawie wydzierżawienia domu i ogrodu obok zakładu morszyńskiego, w sprawie podwyższenia płacy leśniczemu w Morszynie i udzielenia zapomóg służbie.

Warszawa. Dr Franciszek Neugebauer, wybitny ginekolog warszawski, obchodził w grudniu r. z. dwudziestopięciolecie doktoratu. Zasługi naukowe Jubilata są powszechnie znane. Łącząc bezprzykładną erudycyę i pracowitość z wielkim talentem spostrzegawczym i pisarskim, ogłosił Jubilat dotychczas przeszło 300 prac naukowych, wśród nich niemało bardzo cennych, które wsławiły nazwisko Jego nietylko u nas, ale szeroko i zagranicą, zwłaszcza w Niemczech. »Gazeta lekarska« (Nr 1), donosząc o jubileuszu, podnosi także wielkie zasługi dydaktyczne dr Neugebauera, jako kierownika oddziału, który za jego powstał staraniem i wielu dzielnych specyalistów wykształcił. Do składanych Jubilatowi wyrazów uznania i życzeń, przyłączamy się z całego serca.

— Nowa redakcya »Gazety lekarskiej« zaznacza w odezwie do czytelników w Nr 1 b. r., że i nadal kłaść będzie »Gazeta« główny nacisk na stronę naukową, jednakże obok tego otworzy szeroko swe łamy dla spraw higieny i medycyny społecznej i dla spraw zawodu lekarskiego. W tymże numerze obok portretu i życiorysu ustępującego Redaktora, zasłużonego dra Gajkiewicza, znajdujemy wiadomość, że współwłaściciele pisma wybrali

go 17. XII. 1906 członkiem honorowym »Gazety«. Do tego numeru »Gazety« dołączono »Sprawozdania z posiedzeń sekcyi chirurgicznej przy warszawskiem Towarzystwie lekarskiem«.

— Redakcyę »Wiadomości farmaceutycznych« objął po ustąpieniu p. J. Kuśmierskiego, który ją prowadził przez lat 12, dr A. S. Weil.

— Sekcya ginekologiczna Towarzystwa lekar. warsz. wybrała na r. b. prezesem swym dra Fr. Neugebauera, wiceprezesami dra Jaworskiego i Karczewskiego, sekretarzem Cykowskiego.

— Sekcya laryngo-otyatryczna warszawskiego Towarzystwa lek. odbywać będzie swe posiedzenia w ostatni czwartek każdego miesiąca. Informacyi udziela sekretarz sekcyi dr Erbrich (Mazowiecka 6).

— Z zapomogi kasy im. Mianowskiego wydane zostało dwutomowe dzieło dra Zygmunta Kramsztyka p. t. »Objawy kliniczne chorób oczu«.

— Dyrektorem instytutu im. bar. Lanvala wybrany został dr Paderewski z Dąbrowy górniczej.

— Uwolniono z więzienia w Warszawie drdr J. Bańkowskiego, M. Kwaśniewskiego, L. Falskiego i Łuczyńskiego.

— Dostawcy szpitali warszawskich odmówili dalszych dostaw, póki nie będą im zapłacone zaległe należności. Wobec tego magistrat m. Warszawy postanowił pożyczyć szpitalom 175,000 rbs. z funduszów miejskich, spodziewając się, że szpitale i tak wkrótce przejdą pod zarząd miasta.

— Schronisko dla umysłowo chorych w Drewnicy, stworzone w r. 1903 z ofiar dobroczynnych za staraniem głównie dra K. Rychlińskiego, opiekowało się w r. 1904 — 46 chorymi, w 1904 — 108, a w 1906 (kosztem 18,170 rb.) — 147. Obecnie z powodu ogólnego zastoju przebywa ono ciężkie przesilenie. Liczba członków Towarzystwa, utrzymującego schronisko, spadła z 500 na 280; 74 chorych czeka na przyjęcie, a wielu musiano odmówić. Zakład w Drewnicy pierwszy w kraju odrzucił wszelkie krępujące chorych środki i wprowadził »system drzwi otwartych«.

— Za staraniem lekarzy podjęta nauka czytania i pisania dla służby szpitalnej musiała być przerwaną.... z nakazu władz.

Z różnych stron. IV Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich uchwalił delegacya zjazdów zwołać na r. 1908 do Pragi. Delegacyę składają profesorowie: Hlava, Maixner, Vrba, Němec, Domalip i doc. Kheil (»Čas. lek. č.« 3).

— »Časopis lekaruv českych« (Nr 3) porusza sprawę zmiany w sposobie pracy »Towarzystwa lekarzy czeskich«; chodzi o to, aby zamiast posiedzeń ogólnych, zaprowadzić posiedzenia, urządzane kolejno przez 4 grupy, na któreby się w tym celu Towarzystwo podzieliło. Jedną grupę stanowiłyby nauki t. zw. teoretyczne, drugą medycyna wewnętrzna, pedyatrya, psychiatrya, dermatologia i t. d., trzecią chirurgia, ginekologia, okulistyka i t. d., czwartą sprawy społeczno-lekarskie. U nas odczuwano widocznie potrzebę podobnej reorganizacyi, skoro np. w Towarzystwie lek. warszawskiem utworzyła się już dawniej osobna sekcya chirurgiczna i ginekologiczna, za którą poszedł cały szereg innych, a w krakowskiem higieniczna. Wartoby rozważyć, czy i dalej idąca reorganizacya bądź na wzór czeski, bądź w innej formie, nie byłaby u nas na czasie.

— Zjazd francuskich lekarzy-praktyków głównie w sprawach zawodowych odbędzie się w kwietniu b. r.

— Odnawianie dyplomów w 50-tą rocznicę doktoratu ma być podobno ograniczone w przyszłości w Austryi do tych tylko jubilatów, którzy odznaczyli się na polu naukowem. Przeciwko temu ograniczeniu protestuje »Wiener allg. med. Ztg.« (Nr 3), z której pogłoskę tę czerpiemy.

— Olbrzymia fundacya Nat. bar. Rothschilda (20 milionów koron), z której odsetków mają być budowane zakłady dla nerwowo chorych (z wyłączeniem obłąkanych i nieuleczalnych), wejdzie wkrótce w życie. Zarząd fundacyi ma w tym celu zakupić grunta w okolicy Wiednia.

— Abituryenci szkół realnych mają być w Niemczech już wkrótce dopuszczani do studyów lekarskich, o ile złożą uzupełniający egzamin z łaciny.

— Nagroda im. Parkesa z fundacyi dra Webera w Londynie (3,150 marek i 2 medale srebrne) rozdaną będzie w roku 1909 za najlepszą pracę na temat: »Wartość produktów bakteryi dla zapobiegania lub leczenia zmian gruźliczych, szczególnie gruźlicy płuc u ludzi«. Termin konkursu do maja 1909. Wyjaśnień udziela E. Liveing, Registrar R. C. of Ph. (London S. W. Pall Mall East).

— Z nowym rokiem weszła w Anglii w życie ustawa, nazwana »Prevention of Corruption Act«, a karząca wszelkie rodzaje przekupstwa, między innymi: branie lub dawanie prowizyi za polecenie chorych, dawanie napiwków służbie hotelowej za przysyłanie pacyentów, oddawanie części honoraryum przez chirurga lekarzowi, który go do operacyi wezwał (częste we Francyi) i t. d. Przydałaby się taka ustawa i na kontynencie europejskim.

Mianowani: doc. Lameris profesorem chirurgii w Utrechcie (na miejsce Naratha); dr E. Taylor profesorem chirurgii w Dublinie;

dr Emil Bobrowski naczelnym lekarzem powiatowej Kasy chorych w Podgórzu.

Zmarli: w Paryżu w 68 r. ż. okulista dr Emil Javal, który straciwszy przed 15 laty wzrok, ogłosił potem z własnych wrażeń głośne dzieło »Entre aveugles«.

Redakcya otrzymała: Karliński: W sprawie seroterapii czerwonki. »Now. lek.« 1906. — Krajewski: Przewlekłe zatkanie kamieniem przewodu żółciowego wspólnego. »Medyc.« 1906. — Z. Kramsztyk: Objawy kliniczne chorób oczu. Warszawa 1907. T. I i II. Cena rb. 4.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie sekcyi higieny wieku niemowlęcego odbędzie się we środę d. 30. stycznia 1907 w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4) o godz. 6 wieczorem. Na porządku dziennym: Program prac sekcyi.

Posiedzenie sekcyi higieny szkolnej odbędzie się we czwartek d. 31. stycznia 1907 o godzinie 7 wieczorem w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) Plan prac sekcyi; zagai dr Bier. 2) Wykład dra E. Piaseckiego ze Lwowa: »Ławka szkolna ze stanowiska higienicznego«.

Posiedzenie administracyjne sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lek. galic. odbędzie się we wtorek dnia 29. stycznia 1907 o godzinie 6 wieczorem w Jarosławiu w szpitalu powszechnym z następującym porządkiem dziennym:

1) Najnowsze środki znieczulające, używane w chirurgii, kol. dr Müller.
2) Demonstracya chorych.
3) Sprawa wprowadzenia w życie zatwierdzonej przez Izby lekarskie taryfy za czynności lekarskie.
4) Wybory członków Biura sekcyi i delegatów na walne zgromadzenie.
5) Wnioski członków w sprawach zawodowych.

Ze względu na ważność przedmiotów posiedzenia, upraszamy kolegów o jak najliczniejsze przybycie.

Biuro sekcyi.

Dr Puzon, sekretarz. *Dr Czyżewicz*, przewodniczący.

Rok XLVI. Kraków, dnia 2. lutego 1907. Nr 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Myxoedema fruste (Hypoplasia gl. thyreoideae, nervi sympathici ac tractus genitalis)

opisał

prym. dr A. Krokiewicz.

(Z ryciną.)

Działanie gruczołu tarczowego nie jest jeszcze dokładnie wyjaśnione ani w fizyologii, ani w patologii. Świadczy o tem wymownie dyskusya na 23. kongresie dla medycyny wewnętrznej, odbytym w Monachium w ostatnich dniach kwietnia 1906 r. Blum (»Neues zur Physiologie und Pathologie der Schilddrüse«) na podstawie rozlicznych badań uważa gruczoł tarczowy za narząd ochronny, zwłaszcza dla ośrodków nerwowych, a nie za narząd wydzielniczy. Według niego zadaniem gruczołu tarczowego jest pochwytywanie jadów, krążących we krwi i niweczenie tychże pośród komórek gruczołowych. Jady te wytwarzają się w przewodzie pokarmowym, t. j. w żołądku i kiszkach przez rozkład pokarmów (enterotoksyny) i następnie przedostają się do krwiobiegu, — a tem samem i do gruczołu tarczowego. W gruczole tarczowym zostają one uwięzione i ulegają wskutek spraw utleniania (najprawdopodobniej wskutek jodyzowania) zniszczeniu i jako wydaliny nieszkodliwe opuszczają gruczoł. Również stwierdzono, że zawartość białkowata komórek gruczołu tarczowego ma silne powinowactwo do jodu i tworzy z nim ścisły związek tak, iż jod organiczny, wprowadzony do gruczołu tarczowego, już z niego się nie wydziela.

Jeśli czynność gruczołu tarczowego zupełnie wygasa (zwyrodnienie, całkowite wyłuszczenie), to przychodzi do zatrucia ustroju enterotoksynami i w następstwie do tężyczki, chorób umysłowych, zapalenia nerek, charłactwa i obrzęku śluzowatego *(myxoedema)*. W przypadkach, w których enterotoksyny zostają wprawdzie jeszcze uwięzione przez komórki gruczołu tarczowego, ale nie ulegają zupełnemu zniszczeniu, zniweczeniu, wytwarza się stan chorobowy, zwany *»thyreoidismus«* jak to dzieje się n. p. w chorobie Basedowa, polegającej według Bluma na niedomodze gruczołu tarczowego. Ten stan wytwarza się też jako następstwo wprowadzenia treści gruczołu tarczowego do ustroju, jak i po podwiązaniu naczyń odwodzących krwionośnych i limfatycznych gruczołu tarczowego.

Obok właściwego gruczołu tarczowego istnieją i dodatkowe gruczoły t. zw. *gl. parathyreoideae*, które stanowią zawiązki gruczołu tarczowego z życia płodowego. Dopóki te gruczoły dodatkowe istnieją — a wogóle w przypadkach, gdzie istnieją — nie przychodzi do tężyczki; występuje ona dopiero po zniszczeniu dodatkowych gruczołów tarczowych.

Kocher, omawiając zmiany chorobowe przy zaburzeniach w czynności gruczołu tarczowego, rozróżnia dwie kategorye: 1) zmiany wskutek braku gruczołu (t. zw. »thyreoprive«), 2) tyreotoksyczne. Pierwsze powstają, skoro częściowo lub całkowicie zostanie wyłuszczony gruczoł tarczowy, a więc gdy czynność gruczołu tarczowego w części lub w całości zostanie zniesioną. W przypadkach tych należy odróżnić, czy cały gruczoł tarczowy został usunięty, bo wtedy wytwarza się: *cachexia strumipriva* — czy też i gruczoły dodatkowe, co objawia się zatruciem, jako *tetania parathyreopriva*. Tak przy *cachexia thyreopriva* jak i *c. parathyreopriva* występuje stan niedomogi gruczołu tarczowego t. j. tak zwany *»hypothyreosis«*. Tu należą początkowe łagodne objawy i późniejsze degeneracyjne (matołectwo, *cretinismus)*, tudzież t, zw. równoważniki *(»thyreoprive Aequivalente«)* jak nerwice, padaczka, zaburzenia rozwojowe.

Druga kategorya (tyreotoksyczne) zaburzeń gruczołu tarczowego jest następstwem wzmożonej czynności gruczołu tarczowego i występuje pod postacią ostrego zatrucia lub też przewlekle nieprawidłowej przemiany materyi w ustroju. Dalsze badania mogą rozstrzygnąć, o ile te zaburzenia należy ująć nazwą *»hyperthyreosis«* lub *dysthyreosis«*. I tu trzeba należycie ocenić okresy początkowe: serce wolowate Krausego (Kropfherz) i pewne psychozy.

Hönnicke w Gryfii dowiódł doświadczalnie, iż wszystkie objawy choroby Basedowa wywołane są przepełnieniem ustroju nadmierną ilością prawidłowej zresztą wydzieliny gruczołu tarczowego. Do tej przyczyny odnosi on i powstawanie zmięknienia kości (osteomalacyi), przy której często występuje wól, a która często i w następstwie choroby Basedowa się rozwija.

W roku 1906 miałem sposobność spostrzegania klinicznego na moim oddziale przypadku, w którym ujawniły się niezwykłe objawy chorobowe w następstwie zaburzeń w czynności gruczołu tarczowego. Przypadek, który zakończył się śmiercią, przedstawia się następująco:

Józefa J...., licząca lat 16, została przyjęta na oddział chorób wewnętrznych na dniu 6. marca b. r. Według wywiadów pochodzi z rodziny zdrowej, nie obciążonej chorobami nerwowemi lub umysłowemi. Rodzice jej żyją, są zdrowi; oboje mają gruczoł tarczykowy prawidłowo rozwinięty. Ojciec, z zawodu górnik, dobrze zbudowany, miał w ostatnich czasach napijać; matka wątłej budowy. Rodzeństwa nie miała.

Chora do lat 14 była zdrową; ukończyła 4 klasy szkoły ludowej w Podgórzu pod Krakowem, a następnie jedną klasę wydziałową w Ostrawie morawskiej z postępem bardzo dobrym. Pod koniec 13. roku życia zaprzestała nauki i pracowała w kopalni przez dwa lata; od 5 miesięcy jest zupełnie do pracy niezdolną.

W 14 roku życia zaczęła miesiączkować· miesiączkowała skąpo i wśród boleści zaledwie tylko trzy razy; odtąd rozpoczyna się jej stan chorobowy. Ustanie miesiączkowania odnosi chora do podźwigania się w szybie, przez co miała doznać naówczas silnego »pęknięcia« w krzyżach.

Choroba jej rozwijała się powoli: rozpocząć się miała trudniejszym i niepewniejszym chodem z powodu bolu »przez pół«, a równocześnie chudnięciem nóg, a grubieniem twarzy, karku, górnej części tułowia, ogólnem osłabieniem, rychłem męczeniem się przy wykonywaniu wszelkiej pracy fizycznej, tępieniem powolnem pamięci, wypadaniem włosów na głowie. Oddawanie moczu i stolca było zawsze prawidłowe; sen i apetyt zawsze dobry.

Badanie chorej na dniu 7/III. stwierdziło stan następujący: Osobnik wzrostu małego: długość ciała wynosi 138 cm. Górna częśc tułowia, t. j. głowa, szyja, klatka piersiowa, kończyny górne znacznie silniej rozwinięte, niż dolna część tułowia; zwłaszcza nogi są stosunkowo dość cienkie.

Obwód głowy w wysokości czoła wynosi	56 cm.
» szyi	40 »
» klatki piersiowej w wysokości barków . . .	88 »
» » » powyżej sutków	87 »
» » » w wysokości sutków . . .	88·5 »
» brzucha w wysokości pępka	91 »
Długość kończyn górnych	66 »
» » dolnych	75 »
Obwód ramion w wys. przyczepu mięśnia naramiennego	26 »
» przedramienia ponad stawem nadgarstkowym .	15 »
» ud w wysokości pachwin	47 »
» kończyny w kolanie	33 »
» kończyny w kostce	22 »

Skóra na twarzy, zwłaszcza na policzkach, tudzież na kończynach dolnych ma zabarwienie sinawoczerwone, jakby marmurkowe z powodu siatki rozszerzonych drobnych naczyń włosowatych. Oprócz tego marmurkowego zabarwienia widoczne są na skórze liczne pręgi i smugi sinoczerwone, które wszędzie ułożeniem swojem wykazują niezwykłą symetryę po obu stronach ciała. Smugi te przebiegają na zewnętrznej i tylnej stronie kończyn górnych i dolnych równolegle poprzecznie (toż samo i na wewnętrznej stronie kończyn dolnych); na klatce piersiowej z przodu w okolicy stawu barkowego prawego i gruczołów sutkowych mają ułożenie promieniste; w okolicach pachwinowych przybierają ułożenie wielopalczaste, przyczem odnosi się wrażenie, jakby one z jednego punktu niejako wychodziły i zdążały w głównej części ku górze t. j. w dolnej części podbrzusza ku pępkowi, a mniej ku dołowi t. j. w górną część przedniej powierzchni uda; na grzbiecie w okolicy 5—6. kręgu i w pasze lewej tworzą one gwiazdę, a na dolnej części klatki piersiowej i wzdłuż lędźwi i pośladków pasma równoległe, sięgające do linii łopatkowej *(l. scapularis)*. Smugi te są różnej szerokości i długości; najbardziej wykształcone są w okolicach pachwinowych, bo dochodzą 5—8 mm. szerokości a 8 cm. długości; wszystkie kończą się mniej lub więcej ostro — i przypominają rozstępy u ciężarnych kobiet ogólnem wejrzeniem, ale nie ułożeniem.

Tkanka podskórna, tłuszczowa na twarzy, szyi, klatce piersiowej i kończynach górnych dość znacznie rozwinięta, zwłaszcza na karku; nieznacznie utrzymana na powłokach brzusznych i pośladkach, a słabo rozwinięta na kończynach dolnych. Kończyny górne i dolne chłodne. Ciepłota ciała rano 36·2 stopni C. Waga ciała 49 kg.

Głowa nieproporcyonalnie wielka stosunkowo do tułowia; czoło nizkie. Kości czaszki nie okazują nieprawidłowych zgrubień, bolesne za uciskiem. Kręgosłup nieznacznie łukowato wygięty ku tyłowi. Mostek za uciskiem bolesny. Chód nieco utrudniony, niepewny; chora przy chodzeniu podaje się naprzód. Porost włosów na głowie i na wzgórku łonowym słaby: na głowie w wielu miejscach prześwieca łysina. Na szyi nie można wyczuć gruczołu tarczowego.

Budowa klatki piersiowej prawidłowa; brak zmian krzywiczych. Odgłos wypukowy na klatce piersiowej wszędzie jawnobębenkowy; szmery oddechowe zaostrzone, pokryte skąpymi świstami i furczeniami. Dolna granica płuca prawego w linii sutkowej na 6 żebrze, a lewego na 4. żebrze; z tyłu po obu stronach w linii przykręgowej na 11. żebrze ruchoma. Liczba oddechów 28. Serce nieznacznie na poprzek powiększone; przekracza na prawo linię przymostkową lewą; uderzenie koniuszkowe niewyczuwalne. Tony serca głuche; tętnice obwodowe wązkie; tętno przyspieszone, regularne, drobne, 104. Brzuch miernie wzdęty; w jelitach mierna ilość gazów i kału. Wątroba prawidłowa; śledziona (wypukiem) powiększona. Apetyt dobry; oddawanie moczu i stolca prawidłowe.

Chora apatyczna; na pytania odpowiada zwolna wskutek rychłego nużenia się; gałki oczne prawidłowo ułożone; źrenice oddziaływają prawidłowo na światło i zbieżność. Odruchy skórne, ścięgniste (kolanowe) zmniejszone; drżenie rąk. Czucie dotyku, bolu — prawidłowe. Pobudliwości na prąd elektryczny nie badano. Sen dobry; brak bolu głowy.

Badanie moczu, dokonane w zakładzie chemii patologicznej Uniw. Jag. przez prof. Stopczańskiego stwierdziło: ilość moczu na dobę 960 gm., barwa wodojasna, oddziaływanie kwaśne, c. g. 1·010, osad w ilości zwiększonej, urochrom zmniejszony, indoxyl zwiększony, mocznik zmniejszony, kwas moczowy zmniejszony, chlorki prawidłowe, fosforany ziem. prawidłowe, fosforany potasowców zwiększone, siarkany zwiększone. Białka nader mała ilość (0·009%). W osadzie obok zwiększonej ilości śluzu — dość częste leukocyty, liczne kryształki fosforanu wapniowego zasadowego (kostnego). Odczyny na hemialbumozy Bence-Jonesa były ujemne (C. d. n.)

Z kliniki chirurgicznej Uniw. Jag. prof. Kadera w Krakowie.

O wycinaniu zwężeń cewki moczowej.

Napisał

Feliks Majewski

asystent kliniki.

(Dokończenie.)

Leczenie następowe w pierwszych dniach ogranicza się do zmiany tamponów z gazy i do ewentualnego przepłukiwania pęcherza. Opatrunek zmieniamy pierwszy raz w kilka dni po operacyi (na 5—6 dzień). Czasami jednak dosyć silne krwawienie lub znaczniejsze zakażenie zmusza do wcześniejszej zmiany opatrunku, niekiedy nawet bardzo prędko po operacyi. Krwotok miąższowy, prawie zawsze dosyć obfity, ustaje rychło pod wpływem tamponady. Wewnętrznie podajemy chorym urotropinę tak w celach zapobiegawczych, jak i leczniczych. Szwy usuwamy nie wcześniej, jak po upływie 2—2½ tygodni; należy przytem dobrze pamiętać, ile szwów założono i w którą stronę skręcano drut. Usunięcie drutów bywa czasami dosyć trudne ze względu na to, że obrastają one nowoutworzoną tkanką, trzeba jednak zawsze usunąć je w całości, albowiem najmniejsza ich cząstka, pozostawiona w bliznie, wywołać może sprawę zapalną i nawrót zwężenia.

Po wyjęciu szwów cewnik, wyprowadzony do tego czasu przez ranę uretrotomijną, zmieniamy na inny, który wprowadzamy do pęcherza przez zewnętrzne ujście cewki i pozostawiamy go ponownie na stałe aż do zagojenia się przetoki, pozostałej na dolnej ścianie cewki. Przetoka ta goi się dosyć rychło, w przypadkach niepowikłanych mniej więcej w ciągu miesiąca. Po zagojeniu się przetoki usuwamy zupełnie cewnik, a polecamy wprowadzać co pewien czas zgłębniki, rozszerzające cewkę, w celu utrzymania rozmiarów jej światła na pewnym stopniu, niezbędnym dla prawidłowego opróżnienia pęcherza.

We wszystkich przypadkach operowanych wynik rozszerzenia cewki zawsze był zadowalniający, albowiem zgłębniki Nr 22—24 udawało się przeprowadzać bez trudności.

Kilku chorych, jak Nr 2, 3, 4, badaliśmy po upływie około roku po operacyi i w przypadkach tych cewka okazała się dostatecznie szeroką, ażeby przepuścić zgłębnik Nr 20. U chorego Nr 4, któremu kilkakrotnie po jego ponownem zgłoszeniu się do kliniki wprowadzaliśmy metalowe zgłębniki, już po upływie tygodnia można było wprowadzić zgłębnik Nr 24.

Po wycięciu zwężenia możemy dzięki elastyczności cewki prawie zawsze zeszyć brzegi rany cewki. Pod tym względem wycięcie nawet 5 ctm. cewki przeważnie jeszcze nie przeszkadza należytemu zbliżeniu jej odcinków. W takich przypadkach, w których światło cewki na większej przestrzeni uległo zniekształtnieniu lub zarosło, zmuszeni jesteśmy stosować różne sposoby operowania plastycznego, lub zeszywamy poprostu otaczające cewkę tkanki ponad cewnikiem. Zeszywając ponad cewnikiem pozostawiamy cewnik na stałe tak długo, aż nasuwający się nabłonek od strony obydwóch odcinków cewki, odśrodkowego i dośrodkowego, pokryje wzdłuż cewnika całą nowoutworzoną część cewki.

Wśród przypadków, operowanych przez prof. Kadera, dwa były takie, w których o połączeniu dośrodkowego odcinka cewki z odśrodkowym nie można było i myśleć. W jednym z nich cewka wskutek długotrwałych spraw zapalnych, wywołanych znaczną stulejką i pod wpływem zakażenia tryprowego, które się później przyłączyło na całej prawie długości swej przedniej części była zarośnięta tak, że w czasie operacyi nawet najcieńszego nitkowatego zgłębnika nie udało się przeprowadzić, ani od strony zewnętrznego ujścia cewki w głąb, ani też od strony opuszki ku zewnątrz. Mocz wydzielał się tylko kroplami, przeważnie jednak przez powstałe w okolicy nasady moszny przetoki. Drugi przypadek dotyczył robotnika, pracującego w kopalniach węgla w Ameryce, u którego wskutek zgniecenia pomiędzy wózkami, napełnionymi węglem, powstały tak ciężkie uszkodzenia części błoniastej cewki, że już po upływie paru miesięcy wystąpiły objawy bardzo znacznego zwężenia, a po kilku latach, kiedy się ten chory zwrócił po poradę do kliniki krakowskiej, mocz oddawał tylko kroplami w części drogą przyrodzoną, przeważnie jednak kilku przetokami, które się wytworzyły w okolicy krocza. Przy operacyi okazało się, że cała część błoniasta cewki przedstawia jedną bliznę, poprzerzynaną wązkiemi przetokami. Blizna ta była do tego stopnia zbita i pozbawiona jakiegokolwiek środkowego kanału, któryby odpowiadał cewce, że przejścia do pęcherza od strony cewki nie udało się odszukać. Prof. Kader wykonał tedy cięcie nadłonowe pęcherza i wprowadził cewnik od strony pęcherza. W obydwóch przypadkach zamiast plastycznego pokrycia ubytków cewki wytworzył ją prof. Kader wkoło Nelatonowskiego cewnika, założonego na stałe, z tkanki, otaczającej zbliznowaciałą dawniejszą cewkę. W przypadku nr 5, w którym zwężenie powstało jako następstwo stulejki, powikłanej tryprem, nowy kanał przebito wśród blizn, powstałych w miejscu dawniejszej cewki i przez niego przeprowadzono elastyczny cewnik Nelatonowski. W drugim przypadku, w którym zbliznowaceniu uległa część błoniasta cewki, wycięto blizny na przestrzeni od opuszki aż do guzołu krokowego, a miękkie części otaczające zeszyto ponad cewnikiem Nelatonowskim, wprowadzonym do pęcherza na stałe. W obu tych przypadkach pozostawiono cewnik w nowoutworzonej cewce dopóty (4 i 6
narastający wzdłuż niego od strony zdrowych
nabłonek pokrył całą nowoutworzoną cewkę.

Przytoczone powyżej spostrzeżenia dowo
jącej istotnie zdolności odrodczej nabłonka c
ta, jeszcze nowa, znajduje swoje uzasadnie
czeniach Ingiannicgo, który psom wycina
i mniejsze kawałki cewki, dochodzące nawet do 14 c
a następnie tworząc nową cewkę z części miękkich krocza, stwierdzał nietylko powstawanie nowej śluzówki, ale nawet ciała gąbczastego. Nie odradzały się jedynie tylko włókna mięsne.

Wyżej wspomnieliśmy, że w przypadkach, operowanych w klinice krakowskiej, pozostawianie przetoki w dolnej części cewki było prawidłem. Postępowanie takie nietylko było koniecznością, wywołaną zakładaniem szwów drucianych, ale i godną polecenia ostrożnością z innych względów, o których niżej. Nie ulega wątpliwości, że najpożądańszą postacią zabiegu byłoby utworzenie odrazu całego kanału cewki, zarówno górnej jej ściany, jak bocznych i dolnej. Zabieg ten, któryby się powinien nazywać idealnem wycięciem zwężenia *(stricturectomia idealis)*, wymaga jednak warunków, nigdy prawie nie spotykanych w zwężeniach organicznych daleko posuniętych. W tym okresie, w którym zwężenia bywają operowane, mamy do czynienia zawsze z towarzyszącem im zapaleniem pęcherza i z moczem, posiadającym znaczną zdolność zakażającą. W takich przypadkach jest rzeczą niemożliwą, nawet w razie pozostawienia cewnika na stałe, zapobiedz przy moczeniu zaciekaniu zakażonego moczu w przestrzeń pomiędzy cewnikiem a ścianą cewki lub raną operacyjną na niej. Od zakażenia w razach takich uchronić rany niepodobna i pierwszem zadaniem chirurga, starającego się usunąć niebezpieczeństwo t. zw. nacieku moczowego, jest zapewnienie swobodnego odpływu zarówno dla wnikającego tu zakażonego moczu, jak i dla mogącego się w tem miejscu tworzyć zapalnego wysięku.

Warunki, odpowiednie dla wykonania idealnego wycięcia cewki, mogą się zdarzyć przy świeżych uszkodzeniach cewki, zaraz po urazie lub przynajmniej w bardzo krótkim, parogodzinnym czasie po nim. W tych bowiem przypadkach ani mocz jeszcze nie ma własności zakaźnych, ani drobnoustroje, które wnikły czyto od wnętrza, czy z zewnątrz, nie zdążyły w ognisku urazowem wywołać znaczniejszych zmian zakaźnych.

Sądzę, że częściowe wycięcie cewki przy częściowem tylko zwężeniu, lub wycięcie cewki przy zwężeniach okrężnych, wykonane w czasie prawidłowej czynności pęcherza, której nie towarzyszą żadne chorobowe zmiany w moczu, mogłyby być również wykonane bez pozostawiania przetoki na dolnej ścianie cewki.

Historye chorób (w skróceniu).

1. Chory J. J. l. 50, 1900/1, Nr 216. *Strictura urethrae in parte bulbosa.* Przed 27 laty przebył trypra; innych chorób nie przebywał. Od pół roku trudność w oddawaniu moczu, połączona z coraz uciąźliwszem parciem. W czasie zgłoszenia się do kliniki oddaje już mocz tylko kroplami z wysiłkiem i bolem. Zgłębnik nitkowaty zatrzymuje się w opuszkowej części cewki. 24/V. Stricturektomia w znieczuleniu lędźwiowem; górną ścianę zeszyto 3 drucianymi szwami, cewnik na stałe do pęcherza przez otwór uretromijny. Mniejwięcej w 3 tygodnie po operacyi wy-

[illegible] ewnik Nr 21 (Charrière) przechodzi łatwo. 8/VII. [illegible] lolnej ścianie cewki zamknięta.

[illegible] P. T., l. 53, 1905/6, Nr 175. *Strictura urethrae* [illegible] *a.* Chory przeczy, żeby kiedykolwiek przechodził [illegible] żadnego w okolicy cewki nie doznał. Pierwszy [illegible] pęcherza z następowemi trudnościami w odda- [illegible] wypiciu znacznej ilości wódki (!) przed 18 laty. [illegible] wówczas rozcięcie cewki od zewnątrz: znaczne [illegible] Od sześciu tygodni mocz przy oddaniu odchodzi [illegible] kroplami. Objawy zapalenia pęcherza. W opuszkowej [illegible] ęści cewki zwężenie, nie przepuszczające zgłębnika nitkowatego. 2/III. W znieczuleniu lędźwiowem stricturektomia. 18/III wyjęcie szwów. 16/IV. Rana zewnętrzna zagojona. Nr 26 cewnika Nelatonowskiego przechodzi łatwo. 10/X. W odpowiedzi na przesłane zapytanie podaje chory, że oddaje mocz łatwo, strumieniem, bez bolu i czysty.

3. Chory J. S., l. 28, 1904/5, Nr 132. *Strictura urethrae traumatica.* Dziewięć lat temu został zgnieciony pomiędzy wózkami górniczymi: z przodu ponad spojeniem łonowem i z tyłu w krzyżu. Chory nie mógł stać. Tegoż dnia pojawiło się zatrzymanie moczu. Chorego cewnikowano, poczem odchodził mocz, zabarwiony krwawo. W sześć tygodni potem chory oddawał mocz tylko kroplami z wielkim wysiłkiem. Po upływie 2 miesięcy od wypadku pojawiło się jednorazowe zatrzymanie moczu, z powodu którego dokonano jednorazowego nakłucia pęcherza. W pół roku później na kroczu i w okolicy odbytu potworzyły się przetoki moczowe; niektóre z nich się zamknęły. Przez inne mocz odchodzi dotychczas. Stan miejscowy po przyjęciu chorego do kliniki: przez cewkę i otwory przetok mocz sączy się kroplami, czasem zupełnie niezależnie od woli chorego. Przy badaniu wypukiem: pęcherz wypełniony, średnio rozciągnięty; okolica ponad spojeniem łonowem na ucisk wrażliwa. Na kroczu i w odległości 3 ctm. od odbytu 5 otworów niewielkich, przez które sączy się mocz. Do pęcherza nie udało się przeprowadzić ani przez cewkę, ani przez przetoki nawet najcieńszego zgłębnika. 24/III operacya w znieczuleniu lędźwiowem i chloroform. Cewkę na kroczu otwarto, przejścia jednak do pęcherza nie znaleziono. Wykonano cięcie nadłonowe i od strony pęcherza przeprowadzono cewnik do otworu uretrotomijnego. Blizny, znajdujące się w miejscu błoniastej części cewki, wycięto. Założono cewnik na stałe; koło niego tkankę na przestrzeni części błoniastej cewki zeszyto katgutem. Ranę uretrotomijną wypełniono gazą przeciwgnilną. Ranę po cięciu nadłonowem w znacznej części zeszyto, częściowo wytamponowano. Przebieg pooperacyjny gładki. 14/IV, Rana po cięciu nadłonowem zgojona. Cewnik Nr 20 (Charrière) przeprowadzono do pęcherza z łatwością przez zewnętrzne ujście cewki. 4/VI. Rana po uretrotomii zamknęła się, mocz tamtędy nie przechodzi. Przetoki zgoiły się. Cewnik Nr 20 pozostawiono choremu na stałe i polecono nosić aż do ponownego otwarcia kliniki. (Chory z powodu feryi letnich, kiedy klinika jest nieczynna, musiał udać się do domu). 15/IX. Chory ponownie zgłosił się do kliniki, gdzie mu cewnik wyjęto i wprowadzano tylko co pewien czas w ciągu trzech tygodni. Cewka stała się nieco szersza. Chory oddaje mocz czysty, bez bolów. Opuszcza klinikę bez cewnika z poleceniem, ażeby co kilka miesięcy poddawał się badaniu cewki i rozszerzaniu jej, jeżeliby tego zaszła potrzeba.

4. Chory A. W., l. 33, 1904/5, Nr 223. *Strictura urethrae traumatica in parte bulbosa.* Nigdy nie chorował. Przed 4 miesiącami wpadł do kanału, przechodząc po desce, która obsunęła się za nim i uderzyła go w krocze. Wnet pojawiło się silne krwawienie z zewnętrznego ujścia cewki; rany zewnętrznej nie było. W miesiąc po wypadku strumień moczu stał się znacznie cieńszy i chory zaczął przy oddawaniu moczu uczuwać ból w cewce w miejscu stłuczenia. Ponieważ strumień moczu stawał się coraz cieńszy, a oddawanie moczu coraz trudniejsze, chory zgłosił się do kliniki chirurgicznej. W opuszkowej części cewki znajdują się dwa zwężenia, pierwsze przepuszcza zgłębnik Nr 14, drugie Nr 7 (Charrière). Pewnego dnia wystąpiło zupełne zatrzymanie moczu; w letniej kąpieli mocz odszedł kroplami. 6/VI. Stricturektomia w znieczuleniu lędźwiowem. Wycięto obydwa zwężenia z częścią cewki, leżącą pomiędzy niemi, długości około 5 ctm. Cewnik na stałe. 26/VI. Wyjęcie szwów. 10/VII. Rana na kroczu moczu nie przepuszcza. Cewnik Nelatona Nr 30 przechodzi łatwo. Chory oddaje mocz swobodnie strumieniem. Uczucie nieznacznego bolu w miejscu blizny. Chorego tego mieliśmy sposobność dozorować w ciągu całego roku po operacyi. Przy pierwszem zgłoszeniu się w pół roku po operacyi cewka przepuszczała cewnik Nr 20 skali Charrièra. Co pewien czas chory się zgłaszał w celu zgłębnikowania cewki, która też zachowała szerokość, przepuszczającą Nr 24 Charrièra.

5. Chory J. Z., l. 24, 1800, Nr 18. *Phimosis, strictura urethrae, fistulae urethrales.* Stulejkę stwierdzono w dzieciństwie. Do 18. roku życia nie chorował. W 18. r. ż. strumień moczu stawał się coraz cieńszym i chory musiał używać znacznego wysiłku. Objawy te z każdym rokiem się pogarszały, otwór napletkowy widocznie się zwęził, mocz zaczął odchodzić tylko kroplami. Przed 2 laty u nasady worka mosznowego po stronie lewej powstała przetoka ropno-moczowa, w rok zaś później mniejwięcej w symetrycznem miejscu trzy przetoki po stronie prawej. W ostatnich czasach przemijające napady silnego parcia na mocz, którym ma towarzyszyć gorączka. Otwór napletka wielkości główki od szpilki. W wydzielinie cewki oprócz innych drobnoustrojów dwoinki Neissera. 22/VI. Operacya stulejki sposobem Rosera. Podczas operacyi przekonano się, że cewka prawie od samego ujścia zewnętrznego jest niedrożna, nawet dla nitkowatego zgłębnika. 7/VII. Operacya zwężenia: rozcięcie cewki od zewnątrz w części opuszkowej; przednia część cewki nie daje się zgłębnikować ani przez otwór uretrotomijny ku ujściu zewnętrznemu, ani też w odwrotnym kierunku. Wśród blizn, w które się zmienił kanał przedniej części cewki, grubym trójgrańcem przebito drogę, łączącą ujście zewnętrzne z raną uretrotomijną, poczem stopniowo udało się przeprowadzić gruby cewnik Nelatona. Przez ranę uretrotomijną drugi cewnik Nelatona do pęcherza. 27/VII. Zamiast dwóch cewników założono jeden, który przeprowadzono od zewnętrznego ujścia cewki przez nowoutworzony kanał do pęcherza. W tym stanie chory z powodu zamknięcia kliniki na czas feryi letnich przeniesiony do szpitala św. Łazarza. 15/IX. Chory z cewnikiem, założonym na stałe, wrócił do kliniki. Kanał cewki po usunięciu cewnika okazał się wysłany błoną śluzową prawidłową. Na kroczu, zaraz poza moszną, przetoka moczowa, długości około 5 ctm. Zamknięto ją po dokonaniu operacyi plastycznej przy pomocy dwóch płatów skórnych, wziętych po obu stronach przetoki, odwiniętych na nią i zeszytych w linii środkowej.

6. Chory A. G., l. 6, 1900, Nr 33. *Fistula vesico-urethro-rectalis post trauma.* 16/VI. Wskutek nieszczęśliwego wypadku wbił sobie kołek w odbytnicę. W ciągu dwóch następnych dni mocz odchodził przez odbyt, później nastąpiło zatrzymanie moczu. 24/VI. Zatrzymanie moczu. Pęcherz wypełniony, sięga do pępka. Na przedniej ścianie kiszki prostej czuć ubytek tkanki. Cewnika do pęcherza żadną drogą, ani prawidłową, ani też przez ubytek w prostnicy nie udaje się przeprowadzić. Tegoż dnia cięcie nadłonowe i zewnętrzne rozcięcie cewki moczowej na kroczu. Założono od strony pęcherza cewnik, wyprowadzony przez zewnętrzne ujście cewki i osobny sączek do pęcherza, wyprowadzony przez powłoki brzuszne. W takim stanie silnie gorączkującego chorego przeniesiono na oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza z powodu zamknięcia kliniki na czas wakacyi letnich.

O białaczce i chorobach pokrewnych.

Podał

Dr E. Stahr.

(Ciąg dalszy.)

Otóż bardzo wiele przypadków, opisywanych jako nietypowe przypadki białaczki jest bardzo często postaciami przejściowemi, czy też może mieszanemi.

Dla dokładności muszę tu podnieść, że niektórzy badacze istotnie opisywali przypadki białaczki, które miały być postaciami pośredniemi czy też przejściowemi. I tak n. p. A. Wolff opisywał t. z. »Lymphoidzellenleukaemie«, która wedle niego zajmuje miejsce pośrednie między limfadenoidalną białaczką gruczołową Ehrlicha-Pinkusa a szpikową białaczką myeloidalną, bo polegać ma na wyłącznem bujaniu szpikowych limfocytów (Lymphoidzelle). Wobec tego jednak, że wejrzeniem limfocyt szpikowy (Lymphoidzelle) niczem się nie odróżnia od już zróżniczkowanego limfocyta w gruczole — różnica jest tylko czynnościowa[5]) — pojęcie »Lymphoidzellenleukaemie« opiera

[5]) Limfocyt jest postacią już dojrzałą i nie może się dalej różniczkować — zaś »Lymphoidzelle« różniczkując się przechodzi w postać zwaną myelocytem, a potem w komórki wielojądrzaste.

się w praktyce na wątłych podstawach. O ile zaś Wolff pisząc o tej chorobie opisuje limfocyty i jednojądrzaste leukocyty ziarniste, — to, ściśle rzecz biorąc, mówi o myelocytach.

Skoro, jak wspomniałem, niektórzy autorowie, ostro odgraniczali obie postacie białaczki, przecząc możliwości przechodzenia jednej postaci w drugą, musieli przecież jakoś tłómaczyć sobie fakt, że czasem białaczce limfadenoidalnej towarzyszy myelocytoza (myelocyty we krwi, dowód zajęcia tkanki myeloidalnej). Przypadki takie tłómaczył n. p. Pappenheim tak, że sprawie chorobowej limfadenoidalnej towarzyszy t. zw. »Reizungsmyelocytose« czyli podrażnienie tkanki myeloidalnej przez bujającą w szpiku tkankę limfadenoidalną. I takie zjawianie się myelocytów w krwi wśród białaczki limfadenoidalnej uważał Pappenheim za objaw podobny do zjawiania się myelocytów w krwi wśród przerzutów raka w szpiku (Frese, Kurpjuweit, Epstein, Hirschfeld, Israel-Leyden): podobnie i tu przerzutowe ogniska rakowe w szpiku drażnią otaczającą jeszcze nietkniętą tkankę szpikową, co się objawia we krwi myelocytozą.

Przyjęto już zatem dzisiaj, że ostre odgraniczenie białaczek nie da się nadal w duchu szkoły Ehrlichowskiej utrzymać, że zdarzają się przypadki nieprawidłowe. Opisano n. p. przypadki, w których był brak zarówno względnego, jak i bezwzględnego powiększenia ilości komórek eozynofilnych i bazofilnych i w których czasami nawet zupełnie tych komórek nie można było znaleźć, a mimo to musi się te przypadki zaliczyć na podstawie przebiegu, obrazu krwi i anatomicznych zmian w narządach krwiotwórczych do białaczki myeloidalnej. Cały szereg tych przypadków nieprawidłowych zebrał z 21 prac przeróżnych autorów Hans Hirschfeld w swem sprawozdaniu zbiorowem: »Über atypische Leukaemieen« (folia Haematolog. I. 1904, str. 150). Nietypowość tych przypadków polega nietylko na tem, że często w nich mało, a nawet i brak komórek eozynofilnych lub tucznych, ale i na tem, że bywają i liczby leukocytów mało co od prawidłowego stanu wyższe, a nawet i prawidłowe. Co jednak skłania nas do zaliczenia przypadków tych do grupy białaczki myeloidalnej, to stale towarzysząca im wysoka odsetka myelocytów. Inne przypadki w zestawieniu Hirschfelda, gdzie obok wybitnej limfemii znajdują się myelocyty liczne i liczne normo- i megaloblasty, przemawiają za możliwością istnienia nieprawidłowych postaci białaczki limfadenoidalnej.

Że przypadki takie nieprawidłowe są w istocie swej tą samą chorobą, co typowa białaczka (n. p. myeloidalna), byłoby wtedy napewno stwierdzonem, gdyby się udało znaleść wśród przebiegu typowych przypadków białaczki (myeloidalnej) zmiany w obrazie krwi w rodzaju postaci nietypowych. Takie spostrzeżenie dotąd znane jest jedno, podane przez Hirschfelda (l. c.), o ile nie uwzględnimy takichże zmian wśród typowej białaczki myeloidalnej, wywołanych czy to powikłaniem chorobą zakaźną, czy to działaniem promieni Roentgena, czy też zwolnieniem (*remissio*) samodzielnem.

Przypadek Hirschfelda był w streszczeniu następujący:

U chorego stwierdzono typowy kliniczny zbiór objawów myeloidalnej białaczki. Liczba komórek eozyno- i bazo-filnych większa, względnie i bezwzględnie. Chory po kilku tygodniach zgłasza się znowu po poradę w bardzo nędznym stanie, z objawami najcięższej niedokrwistości. W krwi były bardzo liczne normo- i megalo-blasty, myelocyty były w znacznej liczbie, natomiast komórki eozyno- i bazo-filne powoli zupełnie z krwi znikły. Sekcya stwierdziła znane białaczkowe zmiany. W gruczołach i śledzionie była tylko w miernym stopniu przemiana myeloidalna. Szpik zawierał obok wielkich limfocytów tylko wielojądrzaste i jednojądrzaste neutrofilne leukocyty, wyjątkowo eozynofilne, a bazofilnych zupełnie nie znaleziono.

Otóż gdyby przypadek ten zgłosił się w ostatnim okresie, byłoby wobec zupełnego braku komórek eozyno- i bazofilnych trudno rozpoznawać białaczkę myeloidalną. A przecie był to, jak początkowe spostrzeganie chorego na pewno stwierdziło, przypadek białaczki myeloidalnej.

Powstawanie białaczki myeloidalnej nietypowej możnaby sobie tłómaczyć w ten sposób, że nie buja białaczkowo tkanka myeloidalna w całości, jak to bywa w białaczce typowej, że nie bujają wszystkie trzy rodzaje granulocytów: neutro-, eozyno- i bazo-filne, ale tylko jeden z nich, albo dwa, i że dlatego nie spotykamy we krwi rodzaju nie bujającego. A może znowu kiedyindziej myelocyty bazofilne nie mogą pod wpływem szkodliwego czynnika różniczkować się wyżej i dlatego wtedy komórek eozynofilnych nie spotykamy. Może jednem słowem działa czasem czynnik szkodliwy tak gwałtownie, że nie ma czasu, by z komórek macierzystych w szpiku mogły się rozwinąć postacie dojrzalsze, nie mówiąc już o zupełnie dojrzałych i to wywołuje nieprawidłowe białaczkowe wejrzenie obrazu krwi.

Co się tyczy nietypowej białaczki limfadenoidalnej, czyli przypadków tejże białaczki, przebiegających z myelocytozą, to można ją, pomijając »Reizungsmyelocytose« Pappenheima, tłómaczyć sobie i tak, że czynnik chorobowy nie tylko pobudza tkankę limfadenoidalną do bujania, ale wywołuje i przekształcanie się (metaplazyę) limfocytów w myelocyty.

Dla zaokrąglenia omawianej sprawy muszę tu zaznaczyć, że już i w tym względzie stwierdzono nieprawidłowość w przebiegu białaczki myeloidalnej, że napewno nie przebiega zawsze, jak to uczył Ehrlich, przewlekle. Opisano tego rodzaju przypadki z przebiegiem ostrym (Lazarus, Fleischmann, Sabrazes). Spostrzeżenie, że w wielu przypadkach nieprawidłowych białaczek tak myeloidalnych, jak i limfadenoidalnych istnieją obok cech białaczkowych i cechy niedokrwistości złośliwej, skłoniło autorów[6]) do nazwania tych postaci nieprawidłowych, oba rodzaje cech w sobie łączących: »Leukanaemie«.

Luce tłómaczy te przypadki w ten sposób, że bujająca białaczkowo tkanka drażni w szpiku sąsiednią tkankę erytroblastyczną. (C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

O »chromaniu napadowem« *(claudication intermittente Charcot)* i pokrewnych cierpieniach.

(Sprawozdanie poglądowe.)

Napisał

Dr Adam Rydel.

Synonimy: Claudication intermittente Charcot; (Intermittierendes Hinken); dysbasia intermittens angiosclerotica (Erb); dyskinesia, akinesia intermittens angiosclerotica (Dettermann); myasthenia paroxysmalis angiopathica (Luxemburg); myasthenie paroxysmalis angiosclerotica (Higier); angina cruris (Walton-Paul); meiopragia (Potain).

Piśmiennictwo: 1) Bernert: Zur Kasuistik der Claudication intermittente. Wien klin. Rund. 1904. N. 41. 2) Burr: Intermittent lameness and other nervous symptoms of peripheral arterial diseases. Amer. Medicine. VIII. 1904. 3) Charcot. Sur la claudication intermittente observée dans un cas d'obliteration complète de l'une des artéres iliaque primitives. Compt. rend. et Mém. de la Soc. de Biologie 1858. 4) Charcot Sur la claudication intermittente par obliteration arterielle. Progrés med. 1887. 5) Charcot Claudication intermittente et diabète. Leçons du mardi 1887. I pag 53. 6) Dejerine: Sémiologie du système nerveux Paris 1900. p. 562. 7) Dejerine: Sur la claudication intermittente de la moelle epinière. Revue neurol. 1906. N. 8. 8) Determann: »Intermittierendes Hinken« eines Armes, der Zunge u. der Beine. Deutsch.

---

6) Luce: Über Leukanaemie. Deutsch Arch für klin. Med. T. 77. — Körmöczi: Das haematologische Bild der Lymphaemie ohne haematologischen Befund im Anschluss an schwere Anaemie (Deut. med. Wochenschr. 1899. Str. 238).

Zeitschrift f. Nerv. 1905 Bd. 29. (Podaje piśmiennictwo). 9) Embden: Dyskusya w Neurol. Centralbl. 1902 str. 91. 10) Erb. Ueber das intermittierende Hinken und andere nervöse Störungen. Deutsch. Zeitschr. f. Nervenh. Bd. 13. 1898. 11) Erb: Ueber Dysbasia angiosclerotica. Münch. med. Woch. 1904. N. 21. 12) Erb: Zur Kasuistik der intermittierenden angiosclerotischen Bewegungsstörungen des Menschen. Deut. Zeitsch. f. Nervenh. 1905. B. 29. 13) Goldflam: Weiteres über das intermittierende Hinken Neurol. Centralbl. 1901. 14) Goldflam: Deutsch. med. Woch. 1895. 15) Goldflam: Intermittierendes Hinken. Neurol. Centralbl. 1903. 16) Grasset: Leçons de clinique médicale Paris Masson 1891. 17) Grasset: La claudication intermittente des centres nerveux. Revue neurol. 1906. Nr. 10. 18) Higier: Zur Klinik der angiosklerot. paroxysmalen Myasthenie. Deuts. Zeitsch. f. Nervenh. 1901. Bd. 19. 19) Idelsohn H.: Zur Casuistik und Aetiologie des intermittierenden Hinkens Ibid. B. 24. 1903. 20) Luxemburg: Pamiętnik Tow. lek. warsz 1903. 21) Massaut: Paralysie intermittente douloureuse des bras. Ann. de la Soc. med-chir. d'Anvers. Ref. Rev. neurol. 1901. 22) Oppenheim. Ueber intermittierendes Hinken. Deutsch. Zeitsch. f. Nervenh. Bd. 17. 1900. 23) Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten 1905. pag. 606, 613. 24) Pański: Czasopismo lekarskie 1902. 25) Patek: Intermittent claudication and analog phenomena (Angina pectoris) Medical. News Vol. 85 N. 23, 1904. 26) Sottas: Contribution à l'etude anatomique et clinique des paralysies spinales syphilitiques. These de Paris 1894. 24) Wwedenski: Langenbecks Archiv. f. klin. Medicin. 1898.

Powyżej wymienione zostały jedynie prace, dostępne sprawozdawcy. Bogatą bibliografię znajdzie czytelnik w monografii Erba, oraz w pracy Determanna.

Pierwszy Bouley w 1831 r., później zaś Goubeaux zwrócili uwagę na cierpienie, występujące u koni, a polegające na tem, iż u zwierząt tych pojawia się napadowo utykanie, które znika po krótkim wypoczynku, a ukazuje się napowrót po przebiegnięciu pewnej drogi, której długość u różnych koni bywała różna. U ludzi pierwszy opisał takie cierpienie Charcot (1848 i 1858 r.) i nazwał je »claudication intermittente«, sprawa jednak poszła w zapomnienie, póki jej nie poruszył między innemi rodak nasz Goldflam. Odtąd zaczęto się żywiej cierpieniem tem zajmować, tak iż dzisiaj, klinicznie przynajmniej, wcale dobrze je znamy. Chorzy, tem cierpieniem dotknięci, skarżą się, iż po przejściu pewnej, często dość krótkiej przestrzeni, doznają uczucia zdrętwienia, cierpnięcia, znużenia, a nawet bolu w jednej lub nawet obu dolnych kończynach, w miarę zaś dalszego trwania chodu uczucia te potęgują się, a osłabienie wzrasta do tego stopnia, iż często już po 1/4 godziny trwającym marszu jedna lub obie kończyny wypowiadają zupełnie posłuszeństwo, tak, iż chory kroku postąpić, nierzadko nawet w miejscu ustać nie może. Wystarczy jednak wypoczynek kilku- do kilkunastominutowy, aby nogi pierwotną sprawność odzyskały. Po za tem chorzy zazwyczaj czują się zupełnie dobrze; — wyjątkowo tylko, — i to w okresach choroby dalej posuniętej, skarżą się na bole w kończynach dolnych, samoistnie, nawet w spoczynku występujące. Bole te, podobnie jak i przykre uczucia, pojawiające się wśród chodzenia, zajmują bądź to całą kończynę lub też obie kończyny, — bądź też tylko ich poszczególne części, jak stopę, łydkę, udo. Nierzadko wreszcie chorzy podają, iż kończyna cierpiąca łatwo marznie.

Najskrupulatniejsze badanie, ograniczone do układu nerwowego, żadnych zmian nie wykrywa: czasem tylko da się stwierdzić wzmożenie odruchów kolanowych, a kilkakrotnie opisano zniesienie odruchów ścięgna Achillesa. Jeszcze rzadziej udaje się stwierdzić drobne upośledzenie czucia, zwłaszcza na palcach stopy. Natomiast uderza zazwyczaj bladość lub siność samej stopy lub nawet całej kończyny, co przy badaniu można spotęgować, lub wywołać, polecając choremu przejść kilkanaście razy przez pokój. Obok tego stwierdzić można powolność, z jaką znika biały ślad, powstały przez ugniecenie skóry palcem (Zoege-Manteuffel). Najważniejszym jednak objawem jest brak zupełny lub przynajmniej bardzo znaczne osłabienie tętna w tętnicach chorej kończyny. Już Charcot i Bicgański zwrócili na ten objaw uwagę; Erb zaś stwierdził, iż chociaż czasem zmian tych w dużych tętnicach, jak n. p. udowej lub podkolanowej nie ma, to jednak w drobnych tętnicach (n. p. tętnica grzbietowa stopy i piszczelowa tylna) prawie bez wyjątku znaleźć można osłabienie tętna. Oppenheim zwraca przytem uwagę, iż częstokroć łatwiej jest zmiany te wykryć wzrokiem, porównując obie strony ze sobą, niż przez obmacywanie tętnicy. Dla tem pewniejszego rozpoznania choroby ważną jest rzeczą wywołać napad chromania, polecając choremu przez kilkanaście minut chodzić po pokoju; wywoławszy zaś chromanie, stwierdzić, iż ono po krótkim wypoczynku ustąpiło bez śladu. Wreszcie badanie ogólne stwierdza częstokroć miażdżycę tętnic, mniej lub więcej posuniętą. To też nie ulega wątpliwości, iż anatomicznie miażdżyca i wogóle zmiany w ścianach tętnic odgrywają w mechanizmie powstawania tego cierpienia główną rolę, a zdjęcia rentgenowskie nie pozwalają o tem wątpić. Z pomiędzy wielu badań tego rodzaju zasługuje na uwagę przypadek, ogłoszony przez Bernerta, który dotyczył mężczyzny, liczącego 25 lat, a cierpiącego na »chromanie napadowe« od ósmego roku życia. Rentgenogram stwierdził w okolicy stawu skokowego zwapnienie kawałka tętnicy, na przestrzeni 3 cm. Jeśli jednak chodzi o inne zmiany w ścianach naczyń, n. p. o zmiany kiłowe (*arteriitis obliterans lueticd*), to badanie promieniami Roentgena pozostanie bez wyniku dodatniego.

Dopiero w nowszych czasach Erb, Brissaud, Oppenheim, Goldflam, Patek i inni zwrócili uwagę, iż cierpienie to może być skutkiem nietylko zmian anatomicznych w ścianach tętnic, ale także stanów kurczowych (angiospastycznych), napadowo występujących, które pojawiając się przy chodzeniu, mogą, podobnie jak częściowe trwałe zamknięcie światła naczynia, doprowadzić do napadowo występujących zaburzeń w odżywieniu mięśni i przez to wywołać napadową niedomogę ruchową kończyny. Takie angiospastyczne stany mogą wprawdzie, powtarzając się przez czas dłuższy, w końcu następowo wywołać miejscową miażdżycę, mogą jednakże i ustąpić i tem się tłómaczy, iż obok postaci ciężkich, leczeniu niedostępnych, coraz bardziej postępujących i doprowadzających często do zgorzeli, istnieją inne łagodniejsze, mogące stale i bez śladu ustąpić. Pierwsze polegają na miażdżycy lub innych zmianach anatomicznych ścian naczyń, — drugie na stanach angiospastycznych. (C. d. n.)

A. Lambotte. **Zabieg chirurgiczny przy złamaniach.** (L'intervention opératoire dans les fractures), Bruksela. (Lamartin.) 1907.

W bogato ilustrowanem swem dziele opisuje L. wyniki leczenia złamań drogą operacyjną w 187 przypadkach (dwa przypadki śmierci). Najwięcej stosunkowo przypadków, bo 87, przypada na złamanie goleni. Główną wagę kładzie autor na złamania świeże, dłużej natomiast trwające i źle zgojone omawia pobieżnie, co do leczenia ich nie podając nic nowego; jedynie przy krzywych zrośnięciach się oświadcza się stanowczo za odsłonięciem miejsca złamania. Dla odprowadzenia drogą krwawą świeżych złamań zakreśla jaknajszerszą granicę, kładąc nacisk na przystosowanie odłamków z matematyczną dokładnością.

Pod tym względem wyrobił sobie Lambotte sposób postępowania, zwany *»osteosynthesis«*, który posiada jeszcze liczne braki, jednak po udoskonaleniu może odegrać ważną rolę w leczeniu złamań. Postępowanie całe dzieli Lambotte na 3 okresy: 1) odsłonięcie miejsca złamania, 2) odprowadzenie i tymczasowe ustalenie, 3) ustalenie i ostateczne zamknięcie rany. Szczególną uwagę zwraca na utrzymanie odłamków w należytem położeniu w czasie ostatecznego ustalania. By odłamki, zwłaszcza przy strzaskaniu kości, utrzymać wtedy w odpowiedniem ułożeniu, używa kleszczy i różnorodnych narzędzi w tym celu zbudowanych, które szczegółowo opisuje w pierwszej części swej pracy. Szew kostny przy pomocy drutu zarzucił zupełnie, jako niewystarczający, natomiast do trwałego i pewnego ustalenia odłamków w odpowiedniem ułożeniu używa albo śruby, albo, zwłaszcza w cięższych przypadkach, płyt glinowych, które przymocowuje śrubami do istoty korowej kości. Śruby te usuwa następnie tylko wtedy, gdy po zgojeniu kości wywołują zaburzenia.

Do leczenia złamań trzonów zbudował Lambotte osobny przyrząd zwany *»fixateur«*, który po zrośnięciu się kości może być usunięty.

Na całym szeregu zdjęć rentgenowskich przedstawia wprost idealne wyniki, uzyskane przy tym sposobie leczenia. *Osteosynthesis* wykonuje zwykle przy złamaniach prostych w 8—14 dniu, przy złamaniach zaś powikłanych po ustąpieniu zupełnem gorączki. Przy tem postępowaniu konieczną jest jaknajdoskonalsza aseptyka. Już na 4 dzień po operacyi wykonywa Lambotte ruchy chorą kończyną. *Dr Kasprzyk.*

Witzel, Wenzel, Hackenbruch. **Die Schmerzverhütung in der Chirurgie.** (Zapobieganie bolowi w chirurgii). Monachium, 1906 (Lehmann). — Zestawienie sposobów i wskazań różnych sposobów znieczulania i usypiania. W klinice Witzla usy-

piają najczęściej eterem, kroplami, przy dostępie powietrza. Przygotowanie do uśpienia: dokładne wywiady, badanie wewnętrzne, tętna i ciepłoty (choroby płuc i opłucnej usposabiają do nieżytów oskrzeli, trzeba więc przy nich użyć eteru jak najmniej), oczyszczenie ust i gardła, opróżnienie kiszek. W przeddzień operacyi zapobiegawczo 4 razy dnia po 12 kropli *trae digitalis i strophanti aa.* Operowani muszą być na czczo. Na godzinę przed operacyą u dorosłych 0,01—0,035 morfiny podskórnie i ławatywa z silnej herbaty z winem i koniakiem z dodatkiem makowca (*trac opii gtt. 5*). Przy zbyt powolnem usypianiu parę kropli chloroformu, potem znów eter. Usypianego zawijają w ciepłe chusty, głowę z położenia pierwotnie poziomego przechylają stopniowo coraz bardziej ku tyłowi. *Z.*

Schleich. **Die Selbstnarkose der Verwundeten im Krieg und Frieden.** (Samousypianie się rannych). Berlin, 1906 (Springer). — Schleich proponuje zaopatrzyć żołnierzy na wojnę i ludzi narażonych na zranienie, w mieszaninę usypiającą, (chlorek etylu 2, chlorof. 4, eter 12), przez siebie podaną, którąby sami bez niebezpieczeństwa uśpić się mogli w razie gwałtownych bolów. *Z.*

Müller. **Die Skoliosenbehandlung des praktischen Arztes.** (Leczenie bocznego skrzywienia kręgosłupa przez lekarza praktycznego). Berlin-Wieden, 1906. (Urban i Schwarzenberg). — Bardzo użyteczny podręcznik dla lekarzy nie specyalistów, zmuszonych doleczać skrzywienie kręgosłupa po leczeniu w zakładzie, lub leczyć je tam, gdzie chorych do zakładu skierować nie można. Rzecz objaśnia 33 rysunków i 3 tablice. *Z.*

Foges i Fellner. **Physikalische Therapie der Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane.** (Fizyczne leczenie chorób narządów płciowych u kobiet). Stuttgart, 1906 (Enke) Mk. 1,60. — Krótki podręcznik ten obejmuje: miesienie wraz z gimnastyką leczniczą i sportami, leczenie krążkami pochwowymi, obciążeniem, elektrycznością, światłem, wodą, gorącem powietrzem, przyżeganie gorącą parą, leczenie ssące, kąpielowe, i wreszcie fizyczne leczenie w położnictwie. *Z.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Mietalnikow. **O przyczynach odporności mola pszczół** (*galeria melonella*) **względem gruźlicy.** (*Charkow. mied. Żurn.* 1906, wrzesień) Jeżeli wstrzyknąć w ciało *galeria melonella* dużą dawkę jadowitych prątków gruźlicy ludzkiej, to giną one bardzo rychło wewnątrz leukocytów i innych komórek. Najszybciej giną prątki przy 38° C., a giną nietylko w ciele mola, ale i we krwi jego *in vitro*, przy rozcieńczeniu 1: 20—25, dalej po ogrzaniu przez ½ godziny do 72° C. i po przesączeniu przez sączek Chamberlanda krew przestaje zabijać laseczniki. Po dodaniu do krwi gąsienicy tłuszczu lub zawiesiny wosku zwykłego lub gruźliczego (zawartego w prątkach), można stwierdzić już po dobie znaczne zwiększenie się kwasoty. Przy ogrzewaniu do 72° ta własność krwi ginie. Z tego wszystkiego wnosi autor, że wspomniane własności krwi gąsienicy zależą najprawdopodobniej od obecności we krwi lipazy. Gąsienice, zakażone gruźlicą rybią i pozostawione w zwykłej ciepłocie, ginęły po 4 dniach, natomiast przy 38° C. rozwijały się prawidłowo. Autor tłómaczy to tem, że przy zwykłej ciepłocie ustrój gąsienic jest osłabiony i nie może zwalczyć zakażenia. Podobnie niszczeją w ustroju gąsienicy prątki gruźlicy ludzkiej w ciepłocie zwykłej wolniej, niż przy 39°. Z dalszych badań okazało się, że i w surowicy krwi zwierząt wyższych (konia, barana, psa i t. d.) znajduje się taka sama, jak u owych gąsienic lipaza, również niszcząca prątki gruźlicze; jednakże działanie jej u tych zwierząt nigdy nie jest pełne i zawsze pozostaje przy życiu pewna część prątków dzięki swej znacznej jadowitości. Potwierdzenie swego zdania autor widzi w spostrzeżeniu Garniera, że przy przewlekłej gruźlicy u człowieka lipolityczna energia krwi stopniowo się zmniejsza, podczas zaś wyzdrawiania powoli wraca do prawidłowej wysokości. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

Jakimow. **Długość życia świdrowców Rouget w sztucznych warunkach.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 47). Autor brał krew ze świdrowcami Rouget z psów i 1) odwłókniał, 2) nieodwłóknioną krew mieszał z cytrynianem sodowym w takiej ilości, żeby krew nie mogła skrzepnąć i 3) nieodwłóknioną krew mieszał ze świeżą surowicą krwi konia przy zachowaniu tegoż warunku, potem zaś krwią, przechowywaną w różnych warunkach (bezgnilnie) zakażał białe myszy i badał ich krew codziennie co do świdrowców. Okazało się, że świdrowce najdłużej żyją w cytrynianie (2 doby), potem w odwłóknionej krwi (2 doby), a najkrócej w surowicy konia (1. dobę). W cieplarce przy 32° C. świdrowce prędko ginęły (w ciągu 1 doby), lepiej znosiły ciepłotę pokoju — 21° C., a najlepiej zimno (ciepłotę lodu). Okres wylęgania u myszy, zakażanych krwią, przechowywaną aż do zniknięcia w niej świdrowców, jest daleko dłuższy (8—13 dni), niźli u myszy zakażanych krwią, zawierającą świdrowce, wziętą bezpośrednio z żywego zwierzęcia (3—5 dni). Świdrowce Nagana i Mal de Caderas, badane przez autora dawniej (*Russkij Wracz* 1904, Nra 9, 10) są daleko odporniejsze, gdyż mogą żyć w sztucznych warunkach do 6 dni, gdy świdrowce Rouget giną już po 3 dniach. Świdrowce Nagana i Mal de Caderas utrzymują się najlepiej we krwi odwłóknionej i w surowicy konia; gorzej zaś w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej, najlepiej w ciepłocie pokoju, gorzej przy 36° C. Okres wylęgania przy zakażeniu tymi świdrowcami, przechowywanymi poza ustrojem, nie dochodzi 8 dni, jest więc krótszy, niż świdrowca Rouget. *Z. Orłowski* (Ptsbg).

Fleiszer. **Wpływ oksydazy na produkta azotowej przemiany moczu.** (*Russkij Wracz* Nr 51, 1906). Autor badał, o ile wskutek utleniającej działalności oksydazy (lakkazy) zwiększa się w moczu ilość mocznika na niekorzyść mniej utlenionych produktów (kwasu moczowego, ciał ksantynowych). Doświadczenia wykonano na 2 zdrowych ludziach, podając im 2 razy dziennie po 10 sz. ctm. 1 prc. rozczynu lakkazy (z kartofli), przyczem pożywienie ich cały czas było ile możności jednakowe; w dobowej ilości moczu określał autor ogólną ilość azotu, mocznik, kwas moczowy, ciała ksantynowe i amoniak; pierwsze dwa okresy doświadczenia (bez oksydazy i z oksydazą) trwały po 5 dni, trzeci (bez oksydazy) 6 dni. Okazało się, że pod wpływem oksydazy ogólna ilość azotu w moczu nie zmienia się, lecz zmienia się forma jego wydzielenia i to wydziela się więcej utlenionych części, na koszt mniej utlenionych. Dalsze 3 doświadczenia z lakkazą zwierzęcego pochodzenia wykonano na ozdrowieńcach po płonicy, podając im w tym celu cały czas surowe mleko, zawierające, jak wiadomo, dużo oksydazy. W pierwszym i trzecim okresie doświadczenia podawano mleko przegotowane (dla zniszczenia oksydazy). I tu okazało się, że przy jednakowej ogólnej ilości azotu w moczu, ilość mocznika w okresie użycia oksydazy i jeszcze jakiś czas potem znacznie wzrasta na koszt ciał alloksurowych. Fakt ten, według autora, może mieć pewne praktyczne znaczenie w niektórych sprawach patologicznych przy utlenianiu np. w skazie moczanowej. Chętnie używaną w tych przypadkach roślinną dyetę możnaby objaśnić tem naukowo, że zawiera w sobie dużo oksydazy. *Z. Orłowski* (Ptbg.)

Doc. Rolly. **Doświadczalne badania nad biologicznem zachowaniem się bakteryi w jelicie grubem.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 43, 1906). Rozwojowi bogatej flory w jelicie grubem sprzyjają różne czynniki, głównie zasadowe oddziaływanie wydzieliny gruczołów i treści jelita, oraz bardzo słaby ruch robaczkowy. Odwrotnie rzecz się ma z jelitem cienkiem, gdzie oddziaływanie kwaśne treści i silny ruch robaczkowy wpływają hamująco na rozwój drobnoustrojów. Jednakże mimo sprzyjających warunków wzrost bakteryi w jelicie grubem ma pewne granice, zmiany zaś tak w jakości, jak i ilości flory, jak wynika z doświadczeń autora, zależą przedewszystkiem od zmian, jakim ulega skład treści jelita i od czasu, przez który treść ta w jelicie pozostaje. Długie zaleganie treści sprzyja bardzo szybkiemu mnożeniu się drobnoustrojów. Wpływu autotoksyn, t. j. substancyi, pochodzących z przemiany materyi samychże bakteryi i mających działać zabójczo na nie, nie mógł autor mimo dokładnych badań stwierdzić, na mocy czego odmawia im tego hamującego działania, choć nie przeczy, iż bakterye wyrabiają te istoty. Każdego, badającego florę przewodu pokarmowego, uderza przewaga w niej prątka okrężnicy. W celu wyjaśnienia tego zjawiska wykonał autor szereg doświadczeń, z których wynikło, iż inne gatunki bakteryi przeważają, a prątek okrężnicy się zmniejsza tylko wtedy, gdy błona śluzowa jelita uległa zniszczeniu. Prawidłowa bowiem błona śluzowa odgrywa ważną rolę w regulowaniu stosunku wzajemnego flory jelita. Obce bakterye, które dostały się do jelit przypadkowo, usuwa i niejako dba o to, by skład flory był zawsze stały. Najmniejsze zaś już zmiany błony śluzowej wystarczają, by wywołać niezwykły rozwój bakteryi obcych. *Nowaczyński.*

Medycyna wewnętrzna.

Prof. G. Sittman. **Leczenie niedokrwistości.** *(Deutsche med. Wochs.* Nr 52, 1906). Środki przeciw niedokrwistości dzieli autor na kilka grup według tego, czy mają one utrzymać w równowadze ciśnienie krwi przez doprowadzenie ustrojowi utraconej ilości płynu, czy pomódz ustrojowi do wytworzenia odpowiedniej ilości hemoglobiny, czy podniecić lub obniżyć czynność narządów krwiotwórczych. Pierwszą grupę stanowią przetaczania krwi i wlewania roztworów solnych. W niedokrwistościach ostrych lub przewlekłych wskutek krwotoku zachwala autor przetaczanie krwi ludzkiej nieodwłóknionej, podnosi jednak związane z tem trudności, jak obecność najmniej dwóch lekarzy, szybkie wyszukanie zdrowego osobnika, któregoby krew można wziąć, trudność w zapobieganiu powstawania skrzepów. Przetaczanie takie nie działa na narządy krwiotwórcze, lecz dostarcza ustrojowi gotowej krwi ze wszystkimi morfotycznymi składnikami. Ujemnego wpływu takiego przetaczania nie spostrzegał nigdy. Śródżylne wstrzykiwanie krwi ludzkiej odwłóknionej jest niebezpieczne, gdyż przy odwłóknianiu uwalniają się precypityny i hemolizyny i mogą szkodliwie zadziałać na krew leczonego. Wstrzykiwanie podskórne krwi odwłóknionej i nieodwłóknionej należy do historyi. Przy ostrej utracie krwi widzi autor w podskórnem wstrzykiwaniu wyjałowionego fizyologicznego roztworu soli kuchennej (hypodermokliza) znakomity środek, przez który nietylko wyrównuje się ciśnienie krwi, lecz także erytrocyty zostają wypłukane i do obiegu wprowadzone; zabieg ten jest prosty i w przeciągu 10 minut można wprowadzić 1·50—2 litrów płynu. — W drugiej grupie, gdzie chodzi o przysporzenie krwinkom czerwonym hemoglobiny, środkiem do tego używanym jest żelazo. Wskazania dla żelaza są liczne, ponieważ niedostatek hemoglobiny jest prawie stałym objawem różnych chorób krwi. Szkodliwem jest żelazo tylko w charłaczym okresie niedokrwistości złośliwej postępującej. Najskuteczniej działa Fe w tej chorobie, której istotę stanowi niedostatek Hb, a więc w błednicy. Za najdogodniejszą formę uważa autor pigułki Blauda i *liqu. ferri album.;* radzi podawać duże dawki, przestrzega przed przetworami, zawierającymi wyskok. Zażywać żelazo należy po jedzeniu, a unikać równoczesnego spożywania kwasów. Gdy chodzi o zadziałanie na narządy krwiotwórcze, podaje się arsen. Stosuje się go podskórnie lub wewnętrznie. Płyn Fowlera uważa autor za najlepszy do podawania wewnętrznego; do podskórnych wstrzykiwań poleca *natr. arsenicosum* lub *natr. cacodylicum.* Promienie Röntgena uważa autor za dobry środek w przebiegu białaczki, lecz dawkowanie powinno być ostrożne, gdyż nadmiar naświetlań upośledza zanadto czynność narządów krwiotwórczych i wywołuje wielkie zmiany krwinek czerwonych. Wielki nacisk kładzie autor na leżenie w łóżku. Przy leżeniu może tygodniowy przybytek hemoglobiny wynosić 10—15 prc. Dopiero po osiągnięciu znacznej poprawy pozwala autor wstawać z łóżka i wysyła chorych nad morze lub w góry. Największe jednak znaczenie w leczeniu niedokrwistości ma odżywianie. Dyeta powinna być mieszana, 5 posiłków dziennie, przyczem pierwszy ranny posiłek ma zawierać obficie pokarmy białkowe, gdyż ludzie niedokrwiści właśnie w godzinach rannych najwięcej posilenia potrzebują. Obok pokarmów białkowych, należy kłaść nacisk na pokarmy, zawierające żelazo, a więc jarzyny i owoce. Większe ilości mleka można stosować tylko u osób chudych. Kawa, herbata i wyskok są zbyteczne. Częste u niedokrwistych zaparcie stolca zwalczać trzeba środkami łagodnie przeczyszczającymi lub lawatywami. Leczenie wodą i miesienie znajdują zastosowanie tylko wyjątkowo. *Pisarski.*

Bingel. **Badanie nad wpływem picia piwa i fechtunku na serce młodych ludzi.** *(Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 2). Autor stoi na stanowisku poglądów de la Campa, którego zdaniem zdrowe serce pod wpływem wysiłków fizycznych rozszerzeniu nie ulega. Że serca poprzednio chore zachowują się pod tym względem inaczej, nie ulega wątpliwości, a spostrzeżenia autora, który badał studentów, oddających się namiętnie piciu piwa i fechtunkowi, zupełnie to potwierdzają. Autor jest skłonny przypuszczać, że ten tryb życia nie pociąga za sobą ważniejszych następstw, byle tylko nie trwał za długo. Być jednak może, że serce ludzi, którzy przez dłuższy czas tak żyli, słabnie wcześniej, niż serce tych, którzy żyli higieniczniej. *Dr M. Godlewski.*

Rumpf. **O wpływaniu przez ucisk punktów bolesnych na czynność serca i ciśnienie krwi.** *(Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 4). Badania autora dotyczą uzupełnienia t. zw. objawu Mannkopffa (przyspieszenie tętna, występujące przy uciśnięciu istotnie bolesnych punktów), objawu, który ma pewne znaczenie przy odróżnianiu istotnego bolu od udawania. Zdaniem R. zależą dwuznaczne wyniki od często bezkrytycznego stosowania metody, bez zachowania koniecznych ostrożności. Chory powinien czas dłuższy leżeć spokojnie, przy badaniu się nie ruszać i spokojnie równomiernie oddychać. Należy się wprzód przekonać, czy samo badanie na czynność serca nie wpływa i czy zmiana w czynności serca następuje jedynie przy ucisku punktów, które chory za bolesne podaje. Prócz typowego objawu Mannkopffa można uważać próbę za dodatnią, jeżeli wystąpi: zwolnienie z następowem przyspieszeniem, niemiarowość tętna, jego osłabienie, sinica twarzy, pocenie się pod pachami i na rękach, wreszcie wzrost lub spadek ciśnienia przy ucisku na rzekomo bolesne punkty. *Dr M. Godlewski.*

Roemisch. **Trwałe wyniki, uzyskane zapomocą tuberkuliny.** *(Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 3). Autor w tej, jakoteż i w poprzednich swych pracach, dochodzi do wniosku, że obecnie tak mało używana tuberkulina daje w odpowiednich przypadkach wyniki takie, jakich żadnym innym sposobem osiągnąć nie można. Należy wogóle postępować ostrożnie, nie przekraczając nieznacznego miejscowego odczynu. Do tego leczenia nadają się te przypadki, w których zapomocą klimatyczno-dyetetycznego leczenia zdołano ograniczyć sprawę zapalną, towarzyszącą ogniskom gruźliczym, a chodzi jedynie o wyleczenie samych ognisk gruźliczych; u gorączkujących należy przez leżenie i dobre powietrze postarać się wprzód o usunięcie gorączki. *Dr M. Godlewski.*

Nikolski. **W sprawie leczenia potów nocnych przy gruźlicy płuc.** (*Wiener med. Presse* Nr 3, 1907). Autor utrzymuje, że najlepsze usługi w zwalczaniu potów nocnych u suchotników oddaje guakamphol (ester guajakolowy kw. kamforowego). Autor stosował środek ten po 0,3 gr. na dawkę przed spaniem i to przez 3 wieczory, a gdy to nie skutkowało, tę samą dawkę przez dalsze 3 wieczory. Ubocznych objawów nie było nigdy. *Friediker.*

Hoffmann. **O szczątkowej ewentracyi.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 3). Ta postać kliniczna, lubo rzadka wogóle, jest zdaniem autora częstsza, niż się to przyjmuje; autor określa ją mianem żołądka pęcherzowatego. Prócz poduszkowato wydętego żołądka i niezwykle wysokiego stanu przepony nad nim, towarzyszą tej postaci chorobowej zaburzenia sercowe. Oprócz rozszerzenia żołądka konieczne jest do powstania tego stanu pewne zwiotczenie przepony, o którem prócz unerwienia stanowią najprawdopodobniej sprawy, toczące się w samym mięśniu przepony, a szerzące się tutaj z opłucnej lub otrzewnej. W leczeniu należy unikać obciążania żołądka i wydymania go gazami, do skrzepienia zaś nadżołądkowej części przepony dążyć należy przez jej gimnastykowanie, polegające na głębokich wdechach przy równoczesnem unieruchomieniu prawej połowy klatki piersiowej. *Dr M. Godlewski.*

Adler. **O odbijaniu nerwowem.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 4). Objaw ten, występujący u osób nerwowych, a polegający na wydalaniu powietrza, które skutkiem kurczowych ruchów przełyku zostało do żołądka wtłoczone, najłatwiej usunąć przez ustalenie otwartych jaknajszerzej ust, najlepiej zapomocą płytki, którą chory trzyma pomiędzy szczękami. *Dr Maryan Godlewski.*

Pedyatrya.

Sittler. **Trwanie odporności po wstrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1906, IX). Surowicę w ilości 500 jednostek uodporniających zastosowano zapobiegawczo w 912 przypadkach, mianowicie 700 razy ambulatoryjnie u rodzeństwa chorych na błonicę, przyjętych do szpitala, 212 razy w oddziele płoniczym, umieszczonym w tym samym pawilonie, co błoniczy. Tylko dwa razy wynik był bezwarunkowo ujemny: zapadnięcie na błonicę przed upływem 3 tygodni, zresztą jeszcze w 4 przypadkach względnie ujemny: zapadnięcie po 3 tygodniach. Wyniki zatem uznać należy za bardzo korzystne, jeżeli się zważy, że na 5 dzieci, którym w równych zresztą warunkach surowicy zapobiegawczo nie wstrzyknięto, troje zapadło na błonicę, i to po części ciężką. Ponieważ uodpornienie trwa tylko parę tygodni, należałoby wstrzykiwania powtarzać co 2—3 tygodni. To jednak zwiększyłoby bardzo znacznie koszta, a co ważniejsza, nie byłoby z innych względów korzystne. Jak bowiem stwierdzili Pirquet i Schick, ustrój, któremu wstrzyknięto surowicę końską, staje się po dwóch tygodniach nadmiernie wrażliwy względem tej surowicy, a ponowne wstrzyknięcie po tym okresie może wywołać bardzo przykre objawy miejscowe, a niekiedy i ogólne. Ze względu na to, że uodpornienie trwa niedługo, a ponowne uodpornianie może wywołać

niepożądane objawy, że uodpornianie nie daje bezwzględnej pewności, a w razie wybuchu choroby utrudnia stosowanie surowicy, należy dzieci mimo uodpornienia chronić, ile możności, od zakażenia błonicą. *Doc. Lewkowicz.*

Auche i Campana. **W sprawie patogenezy i postaci klinicznych czerwonki prątkowej dziecięcej.** (*Arch. de méd. des enf.* 1906, IX, X). A. i C. zbadali ogółem 90 przypadków biegunki śluzowej i śluzoworopnej. W 38 przypadkach (42%) znaleziono prątki czerwonkowe Liczby te nie odpowiadają jednak dokładnie rzeczywistości, bo badanie wykonywano wielokrotnie w warunkach niekorzystnych. Z poszczególnych odmian prątka czerwonkowego stwierdzono: prątki Shigi w 37, Flexnera w 45, Stronga w 18%. Objawami początkowymi zakażenia prątkami Shigi były najczęściej zaburzenia jelitowe, przy zakażeniu prątkami Flexnera i Stronga najczęściej żołądkowe, wymioty. Na szczycie choroby obraz kliniczny zakażenia prątkami Shigi jest zazwyczaj obrazem klasycznym czerwonki z biegunką śluzowo-krwawą, parciem na stolec. Przy zakażeniu prątkami Flexnera i Stronga obraz bywa bardziej urozmaicony: biegunki zwykłe, kałowo-śluzowe, śluzowe i śluzowo-krwawe. Odmiana Shigi cechuje się wielką zaraźliwością, ale i odmiana Flexnera może wywoływać epidemie szpitalne. Mimo to wszystko dochodzą A. i C. do wniosku, że cechy kliniczne poszczególnych odmian patogenetycznych czerwonki nie są dostatecznie wybitne, aby uzasadniony był odpowiedni podział kliniczny. Przyrodę przypadku można więc oznaczyć tylko przez określenie odmiany prątków, albo w sposób mniej pewny, ale łatwiejszy, przez aglutynacyę. W leczeniu surowicą oznaczenie wywołującej odmiany prątka nie ma wielkiego znaczenia, gdyż według badań Doptera istoty uodparniające, amboceptory, są dla wszystkich odmian wspólne. *Lewkowicz.*

Concetti. **Zapalenie wyrostka robakowatego z objawami po stronie lewej.** (*Arch. de méd. des enf.* 1906, XII.). Przyczyny tego zboczenia w symptomatologii mogą być anatomiczne (układ trzew odwrotny; przesunięcie kątnicy i wyrostka ku linii środkowej i po za tę linię; nadmierna długość wyrostka i ułożenie poziome, przyczem koniec jego sięgać może na stronę lewą mimo prawidłowego przyczepienia u nasady), lub, co częściej, patologiczne. Obok ropnia po stronie prawej powstaje n. p. ropień po lewej, który gwałtowniejszymi objawami więcej na siebie z raca uwagę, albo też, jak tego dowodzą dwa spostrzeżenia autora, powstaje ostre, rozlane zapalenie otrzewnej ropne lub posokowate z objawami, przeważającymi po stronie lewej, a dopiero później pojawia się wybitniejszy odczyn także po prawej, wskazujący na właściwy początek sprawy. *Lewkowicz.*

Decherf. **Wpływ stanu opadów na pojawianie się i rozwój letnich epidemii choleryny dziecięcej.** (*Arch. de méd. des enf.* 1906, XII). Autor zwraca uwagę, że najliczniejsze i najcięższe przypadki choleryny nie pojawiają się w północnej Francyi w ciągu najgorętszych miesięcy: czerwca i lipca, lecz dopiero w sierpniu, wrześniu, a niekiedy w październiku. Przytem większe znaczenie od samego gorąca ma posucha, jak to można było stwierdzić w r. 1904. Tłómaczy się to według autora jakością pokarmu bydła. Z początku pory gorącej jest jeszcze dość paszy świeżej: później jednak, mianowicie w razie posuchy, brakuje świeżej paszy, a bydło dostaje słodziny, makuchy i t. p. Miazgi te ulegają w lecie szybko rozkładowi, zawierają wtedy substancye wysoce trujące (Arloing) i często u bydła wywołują zaburzenia trawienne, niekiedy nawet poważne. Autor przyjmuje, że toksyny te przechodzą do mleka, a wyjaławianie mleka ich nie niszczy; mleko dla niemowląt powinno przeto pochodzić z obór wzorowych, w których sfermentowanej lub ulegającej łatwo fermentacyi karmy dla bydła nigdy się nie używa. *Lewkowicz.*

Krasnogorski. **Wymiana żelaza u osesków.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr. 45—49). Badając wymianę żelaza u osesków przy karmieniu piersią i sztucznem odżywianiu, autor doszedł do następujących wniosków: 1) Oseski daleko lepiej wchłaniają i przyswajają związki żelaza mleka kobiecego, niż koziego. 2) Związki żelaza w gotowanem mleku wchłaniają i przyswajają oseski lepiej, niż w surowem. 3) Wysoka odsetka (80·09%) wchłaniania się żelaza mleka kobiecego równoważy nieznaczną ilość żelaza, zawartą w mleku. 4) Karmienie osesków wyłącznie mlekiem koziem może wywołać niedobór dostawy żelaza. 5) Związki żelaza szpinaku i żółtka jaj wchłaniają oseski prawie jednakowo, lecz daleko gorzej, niż żelazo mleka kobiecego. 6) Naturalne związki żelaza w pożywieniu i wchłaniają i przyswajają się daleko lepiej, niż żelazo przetworów fabrycznych, nawet takich, jak n. p. ferratyna. 7) Niedostateczna ilość żelaza w pożywieniu może wywołać zboczenia nietylko w wytwarzaniu się i czynności hemoglobiny, lecz i w ogóle w sprawach tkankowych, utleniających i twórczych. *Z. Orłowski.* (Ptsbg.).

Stoeltzner. **Tężyczka dziecięca (spazmofilia) a ciałka nabłonkowe.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1906, IX). Wycięcie ciałek nabłonkowych (*Epithelkörperchen*), czyli gruczołów przytarczowych (*glandulae parathyreoideae*), wykonane doświadczalnie u zwierząt, a zdarzające się niekiedy przypadkowo przy wyłuszczaniu wola u ludzi, wywołuje tężyczkę, jak to udowodnił Gley. Pineles starał się wszystkie rodzaje tężyczki, spostrzegane u ludzi, tłómaczyć niedomogą czynnościową gruczołów przytarczowych. Otóż co do tężyczki dziecięcej (spazmofilii), to już jej obraz kliniczny różni się pod wielu względami od obrazu tężyczki doświadczalnej. Wpływ żywienia na przebieg obu tych rodzajów tężyczki jest również odmienny. Mianowicie objawy tężyczki doświadczalnej łagodnieją pod wpływem żywienia mlekiem, objawy tężyczki dziecięcej przy żywieniu mlekiem krowiem wybitnie się potęgują. To skłania autora do wniosku, że te cierpienia mają różną przyrodę. *Lewkowicz.*

Dieterle. **O matołectwie (kretynizmie) miejscowem i jego stosunku do innych zboczeń rozwojowych.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1906, IX i X.). Według autora przez matołectwo miejscowe należy rozumieć zboczenie w rozwoju, występujące w związku z wolem i głuchoniemotą endemicznie w pewnych okolicach górskich, a połączone z małym stopniem karłowatości (wzrost pozostaje jednak proporcyonalny) i rozmaitemi postaciami niedołęstwa umysłowego. Sprawa ta nigdy nie jest wrodzona, lecz rozwija się w pierwszych latach życia. Zboczenie to nie ma nic wspólnego z płodowemi chorobami kośćca (*chondrodystrophia i osteogenesis imperfecta*), cierpieniami, występującemi sporadycznie, przy których zmiany są wrodzone, a wzrost nieproporcyonalny, trzony kości długich niestosunkowo krótkie (*mikromelia*). Od pojęcia matołectwa należy oddzielić ściśle obrzęk śluzowaty, polegający na braku wrodzonym lub zniszczeniu gruczołu tarczowego, występujący sporadycznie, a w okolicach wolowych wcale nie częstszy, niż gdzieindziej. Nie należy zaś oddzielać przypadków niedołęstwa umysłowego (*idiotismus*) z wolem i głuchoniemotą dlatego tylko, że brak w nich zmian skóry, odpowiadających obrzękowi śluzowatemu, gdyż te właśnie przypadki stanowią większość endemii. Autor zwraca się przeciwko zapatrywaniu (Kocher), jakoby matołectwo polegało jedynie na ustaniu czynności gruczołu tarczowego. Zapatrywanie to nie tłómaczy bardzo wielu szczegółów obrazu chorobowego. Patogeneza jest zawilszą i dotąd niewiadomo, w jakim stopniu składa się na nią wpływ wola danego osobnika, wolów jego przodków i bezpośredni wpływ miazmatu, związanego z pewnemi formacyami geologicznemi, na cały ustrój. *Lewkowicz.*

Schoedel. **O chorobach naśladowczych (indukcyjnych)** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1906, X.). W szkole dziewcząt w Chemnitz pojawiła się epidemia, wśród której zapadło na 35 uczennic 21. Objawy polegały na tem, że pismo, zwłaszcza przy rachunkach, staje się coraz bardziej drżącem. Ruchy przy innych czynnościach odbywają się jednak zupełnie prawidłowo. Autor wyłącza histeryę i udawanie, a rozpoznaje chorobę (lub lepiej »zbłąkanie« »Verirrung«) naśladowczą, do czego dzieci, a szczególniej dziewczęta, są znacznie skłonniejsze, niż dorośli. Jednak i u dorosłych zdarzają się podobne zjawiska (ziewanie, śmiech, drżenie). Leczenie polegało na zastosowaniu silnego prądu przerywanego i uciążliwego rachowania z pamięci. Oba środki, jako bardzo nieprzyjemne, stanowiły dla dzieci pobudkę do szybkiego wyzdrowienia. Wyleczenie osiągnięto też po 8—10 dniach. Autor przemawia przeciw odosobnianiu dzieci w podobnych razach, gdyż wtedy leczenie trwa znacznie dłużej: 8—10 tygodni. *Lewkowicz.*

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Obendorfer. **Uraz, a nowotwory.** (*Ärzt. Sachverstztg.* 1907, Nr 2). Herzfeld dowiódł na wielkim materyale statystycznym (*Zeitschr. f. Krebsforschung* Z. 1), że bez urazu, czyli bez zadrażnienia i przemieszczenia komórek, niemal nigdy nie może powstać nowotwór. Twierdzenie to jest niezmiernie doniosłe ze względu na sprawę oceny sądowo-lekarskiej przypadków nowotworu, powstałego rzekomo po wypadku, n. p. u robotnika wśród pracy. Dlatego też O. zajął się rozpatrzeniem tej sprawy na podstawie dzisiejszych naszych wiadomości o powstawaniu nowotworów. Według powszechnie uznanej teoryi Cohnheim-Ribberta powstają wszelkie nowotwory ze zbłąkanych ognisk komórkowych, a zbłąkanie to może nastąpić albo jeszcze w życiu płodowem, albo w późniejszem wskutek oderwania się pewnych komórek ze związku ze sobie podobnemi. Teorya ta nie

wyjaśnia jednak przyczyny, z powodu której przemieszczone, t. j. zbłąkane ogniska komórkowe zaczynają w pewnym czasie bujać i tworzyć właściwy nowotwór. W tej mierze na ciemną jeszcze dotąd etyologię nowotworów rzucają niejakie, acz jeszcze słabe światło badania Fischera. Zdaniem jego istnieją pewne substancye chemiczne, nazwane przez niego attrainami, które pobudzają ogniska zbłąkanych komórek do bujania nowotworowego. O. zaprzecza na podstawie dotychczasowego doświadczenia możliwości powstania nowotworu pod wpływem urazu, trafiającego prawidłowe komórki. Uraz może bowiem tylko tam wywołać nowotwór, gdzie istnieje do niego usposobienie. Zastanawiając się nad jakością urazu, zdolnego sprowadzić nowotwór, oraz nad pytaniami, kiedy wolno znawcy przyjąć związek między urazem, a nowotworem, i czy istnieje czasowe ograniczenie między chwilą urazu, a chwilą powstania nowotworu, zaznacza O. słusznie, że teren, na którym się tu poruszamy, jest czysto empiryczny, że więc odpowiedzi nasze na te pytania mogą opiewać tylko jako mniej lub więcej możliwe i prawdopodobne. O. zaleca znawcy przyjąć w sprawach o odszkodowanie z tytułu wypadku związek przyczynowy między urazem a nowotworem wtedy, jeżeli nowotwór powstał w miejscu, lub okolicy ciała, dotkniętej przez uraz i to w niedługim czasie po wypadku. Jeżeli od wypadku do pojawienia się nowotworu upłynął czas dłuższy (atoli nie dłuższy zdaniem O. nad 3—5 lat), można przyjąć związek przyczynowy tylko wtedy, jeźli od chwili urazu do chwili ujawnienia się nowotworu istniały w miejscu tem pewne chorobowe objawy i zboczenia, choćby się o nich znawca dowiedział tylko z opowiadania i skarg poszkodowanego. W końcu porusza O. pytanie, czy nowotwory mogą doznać pogorszenia w następstwie urazu. Potwierdzając je, zaleca jednak przy ocenie danego przypadku postępować ostrożnie i indywidualnie. Uraz może bezpośrednio lub pośrednio wpływać na istniejący nowotwór. N. p. uraz tępy w brzuch może wywołać pęknięcie raka jajnika i rozsianie się jego na otrzewnej, zatem bardzo znaczne pogorszenie się sprawy nowotworowej. Innym razem róża, przyłączająca się do zranienia ręki wskutek wypadku sprawia, że przerzuty rakowe w gruczołach pachowych szybko wzrastają i powiększają się. W końcu zaleca O. pamiętać, że uraz niekiedy tylko uwidacznia istniejący już przedtem nowotwór. *Wachholz.*

Bolland (dr techn.) i Franzos (dr fil.). **W sprawie otrucia fosforem.** (*Tyg. lek.* 1907, Nr 3). Przypadek, opisany przez B. i F., jest istonie bardzo ciekawy. Wieśniak i wieśniaczka umierają wśród objawów otrucia; sekcya stwierdza obraz otrucia fosforem. Równocześnie padła krowa i koń, jak stwierdzono, na wąglik. Badanie bakteryologiczne w kierunku wąglika dało co do dwojga zmarłych ludzi wynik niepewny, badanie chemiczne — ujemny. Ponowne badanie chemiczne zwłok, ekshumowanych po 4 miesiącach, dało metodą Mitscherlicha i Blondlot-Dussarta wynik ujemny; natomiast z destylatu Mitscherlichowskiego zdołali B. i F. przy pomocy mieszaniny magnezyowej i molibdenianu amonowego wydzielić fosforany; jednakże orzeczenia stanowczego nie wydali. Syn i synowa zmarłych przyznali się potem w śledztwie, że otruli ich trucizną na szczury. Przypadek ten dowodzi, 1) że wbrew utartemu mniemaniu zapach i smak fosforu nie udaremniają zamachu skrytobójczego, 2) że produkty rozkładu zwłok mogą uniemożliwić fosforescencyę destylującego fosforu. Autorowie poddają pod dyskusyę pytanie, czy wynik ich badania uprawniałby do stanowczego orzeczenia co do zatrucia fosforem. *C.*

Sacher Masoch i Masochizm.

Szkic literacko-psychiatryczny według collegium publicum.

Skreślił

Prof. Dr L. Wachholz.

(Ciąg dalszy.)

W życiorysie, skreślonym przez Schlichtegrolla uderza oprócz wielu wspomnianych już szczegółów, z prawdą niezgodnych, obok przesadnego uwielbienia dla talentu autora pewna powściągliwość w określeniu tej jego strony, którą krótko zbywa mianem zmysłowości. A bliższe rozpatrzenie tej strony jego usposobienia jest tem ważniejsze, że ono tak silnie i jaskrawo przebija się w jego literackim dorobku i właśnie czyni go głośnym, przekazując jedno z jego nazwisk na określenie pewnej perwersyi płciowej.

Wedle Schlichtegrolla była Aurora Rümelin, względnie Wanda Sacher-Masoch, pierwsza jego żona tym demonem, który nietylko niszczył go materyalnie i udręczał niewiarą, lecz który wedle wspomnianej odpowiedzi samego autora obudził i podsycał w nim jego »fantazye« względnie perwersye płciowe. Zachodzi więc pytanie, czy Sacher-Masoch, kreślący w swych pismach tak jaskrawo pewnego rodzaju perwersye płciowe, sam je u siebie odczuwał, oraz czy, jeśli je odczuwał, były mu one *a priori* dane, czy też przez pierwszą jego żonę w nim obudzone?

Wychodząc z ogólnego pewnika, że poeta lub autor i to tak do tego podmiotowy, jak Sacher-Masoch, kreśli w swych pracach to, co w istocie czuje, musimy się oświadczyć za przypuszczeniem, że kreślił on perwersye płciowe dlatego, iż je w istocie odczuwał, iż był niemi dotknięty. Z pośród licznych jego powieści, nacechowanych tą perwersyą, najpierwsze miejsce zajmuje jego »Wenus we futrze«, będąca w znacznej części jego autobiografią. Powieść ta powstała jeszcze przed zapoznaniem się z pierwszą żoną, dowodzi ona zatem, że jego perwersya nie była wynikiem jej wpływu, lecz była mu *a priori* daną. Dowodu na to dostarcza sam Schlichtegroll w opisie zajścia, jakie Sacher-Masoch wrzekomo miał mieć w chłopięcym wieku z krewną swego ojca, hrabiną (?) Zenobią X... Wśród zabawy, ukrywszy się w pokoju Zenobii, był przypadkowym świadkiem jej czułej sceny z kochankiem. Za tę niezamierzoną śmiałość karze go Zenobia harapem i kopaniem, a ból doznawany sprawia mu nieopisaną rozkosz, zwłaszcza, że Zenobia ma w swych rysach coś despotycznego, a ubiera się stale we futra (?)! Odtąd czuje on nieprzeparty pociąg do Zenobii, lęka się jej, a kocha ją, czuje też odtąd pociąg do futer kobiecych; pracując już jako autor, musi spoglądać na futro kobiece, gładzić je ręką; używa papieru listowego z wizerunkiem kobiety we futrze z harapem w ręku.

Uprzytomnijmy sobie, co Sacher-Masoch, kreślący własną swą osobę w postaci Seweryna, bohatera powieści »Wenus we futrze« mówi przez usta jego o swych młodzieńczych pragnieniach i pożądaniach. Oto zeznaje, że od dziecka był już »nadzwyczaj zmysłowy«. Wcześnie już poczuł zmysłową miłość do gipsowej Wenery, zdobiącej bibliotekę ojca. Jako młodzieniec gardził miłością do kobiety, uważając to uczucie za coś nizkiego, mimo to jednak pokochał swą ciotkę, uchodzącą w rodzinie za rodzaj »Messaliny« od chwili, gdy ubrana w czerwoną aksamitną »kacabajkę«[22], podbitą futrem, zbiła go rózgą, a następnie kazała mu się pocałować w rękę (Zenobia). Odtąd ubóstwiał swą ciotkę, a raczej jej ręce, które go biły. Pociąg do futer uważa za wrodzony u siebie, bo żywił go już jako dziecię. Pociąg ten tłómaczy wpływem elektryczności, spływającej z futra. Elektrycznością tłómaczy także »czarodziejsko - dobroczynny wpływ« kotów na przeczulonych, drażliwych ludzi. Lubił zawsze koty dla tego wpływu, a kobieta, ubrana we futro, była dlań niczem innem, jak »wielkim kotem lub wzmocnioną bateryą elektryczną«. Futra pociągały go także jako oznaka władzy i piękna. Opisy tortur i męczeństw, dzieje Libuszy, Lukrecyi Borgia i t. p. wywoływały jego zachwyt, gdyż »w cierpieniu — jak wyznaje — odczuwam dziwny urok, a nic nie może tak mojej namiętności rozbudzić, jak tyrania, okrucieństwo, a nadewszystko wiarołomstwo pięknej kobiety... dusza Nerona w ciele Fryne we futrze«.

Uwzględniwszy choćby tylko te powyżej wymienione szczegóły musimy dojść do przekonania, że u Sacher-Masocha rozwinęła się perwersya płciowa wcześnie i niezależnie od wpływu jego pierwszej żony. Z tego uzasadnionego założenia wychodząc, musimy jego niejedną, jak się on sam wyraża »fantazyę«, którą objawił w pożyciu ze swą pierwszą żoną, położyć na karb jego wcześnie rozwiniętej perwersyi płciowej.

W myśl zasady *audiatur et altera pars*, wydaje się też koniecznem zapoznać się z temi jego »fantazyami«, które drobiazgowo opisuje jego pierwsza żona w swych niedawno wydanych pamiętnikach[23]. Zestawienie szczegółów, przywiedzionych przez żonę autora, z tem, co wiemy od niego samego i jego wielbiciela Schlichtegrolla, umożliwi nam z jednej strony ocenić istotną wartość tych zeznań żony, z drugiej strony zaś przyczyni

---

[22]) Słowa tego nieznanego ani Lindemu (Słownik. Lwów 1855) ani Ł. Gołębiowskiemu (Ubiory w Polszcze. Warszawa 1830) używa stale na określenie wolnego kaftana kobiecego, stanowiącego jego zdaniem część narodowego stroju kobiety polskiej i ruskiej. Warszawski »Słownik« Karłowicza, Kryńskiego i Niedźwieckiego (1902) podaje wyraz »kacabaj, kacabaja, kacabajka«, jako wyraz gwarowy, oznaczający »górne ubranie kobiece, rodzaj mantylki; katanka, kaftan watowany kobiecy, szubka«, wyprowadzając go z niemieckiego »Kutzboi« (gwarowego) = »gruba tkanina kosmata«.

[23]) L. c.

się do tem dokładniejszego rozpatrzenia psychicznej strony Sacher-Masocha.

Pamiętniki swe zaopatrzyła »Wanda« Sacher-Masoch wiele mówiącym wyjątkiem z Fausta: »Mrowie, dawno nieznane ogarnia mnie mrowie, ogarnia mnie cały wszechból człowieczeństwa«. I przyznać trzeba, że czytając te smutne karty z życia, czuje się żal i odrazę do ich bohatera, jeźli się nań nie spogląda okiem lekarza.

Autorka pamiętników poznała swego męża drogą listów, pisanych doń zrazu bezimiennie i w tonie odpowiednim jego pożądaniu, dodaje jednak, że autorką tych listów była niejaka Frischauerowa, zaś ona przyjęła tylko na siebie odpowiedzialność za ich treść. Po listach nastąpiły schadzki, potem oddanie się autorki swemu przyszłemu mężowi, poród dziecka, które wkrótce zmarło, wreszcie dopiero legalne zawarcie małżeństwa. Przez cały czas obopólnego pożycia staczała ona ustawiczną walkę z masochicznym popędem męża, ulegając mu tylko z konieczności. I tak oddał jej mąż cały zarząd swych dochodów na podstawie pisemnego zobowiązania, mocą którego oświadcza, że odtąd ona jest jego władczynią, a on jej niewolnikiem. Gdy wskutek nieprzychylnych krytyk niemieckich, potępiających jego jednostronność w przedstawianiu kobiet surowych i okrutnych, tyranizujących mężczyznę z niemi związanego stosunkiem męża lub kochanka, prosiła go, aby zmienił w przyszłości usposobienie swych bohaterek przez wzgląd na zagrożoną poczytność jego pism, przyrzekł jej uczynić tę ofiarę w zamian za inną z jej strony, t. j. za zobowiązanie się jej do znęcania się nad nim, biczowania go i t. d. Z zamiłowania do futer zakupywał je dla niej, ubierał ją w fantastyczne, bogato futrami bramowane stroje, w które przyozdabiał także inne kobiety jak np. służące domu lub akuszerkę w chwili podejmowanych z nimi zapasów lub dziwacznych zabaw w zbójcę i żandarmów. Rozkoszą dlań było uledz przewadze tych kobiet; skrępowany przez nie, jako wrzekomy jeniec, prosił je, by go bezlitośnie biczowały. Niewłaściwy dobór kobiet do wymienionych zabaw sprawiał, że o zabawach tych rychło się wszyscy dowiadywali i z tego powodu stał się niemożliwy dalszy ich pobyt w Brucku. Popęd jego do poddawania się przewadze i tyranii kobiety doszedł do tego stopnia, że trapiony bólem zęba zgodził się na zabieg usunięcia chorego zęba tylko pod warunkiem, iż żona przybrana we futro, będzie w czasie zabiegu spoglądać nań srogo. Po wykonanym w takich warunkach zabiegu przyznał się, iż usunięcie zęba sprawiło mu tak wielką rozkosz, że chętnie zgodziłby się na wyrwanie wszystkich zębów, lecz tylko pod okrutnem jej spojrzeniem. Największem życzeniem jego było, aby ona podobnie, jak bohaterka jego »Wenus we futrze«, stała się wiarołomną i nawiązała z jakimkolwiek mężczyzną stosunek cudzołożny. W tym celu złożył w jej ręce pisemne oświadczenie, iż zrzeka się z góry prawa dochodzenia swej krzywdy i hańby, stąd dlań wynikającej. Oporność jej staje na przeszkodzie, iż nie dochodzi do takiego stosunku z wielu znajomymi i przyjaciółmi, którym w objęcia pragnął ją rzucić. Poszukuje dla niej kochanka drogą inseratów, zniewala ją do schadzek, listów miłosnych, lecz zrazu nadaremnie. Zgniewany jej niechęcią i odmową, zarzuca wszelką pracę i pogrąża przez bezczynność siebie, ją i troje dzieci w nędzę w czasie pobytu w Peszcie. Wszelkie prośby z jej strony, by podjął pracę i zdobył dla rodziny swej utrzymanie, nie odnoszą skutku. Odpowiedź jego brzmi stale, aby się oddała wynalezionemu przezeń kochankowi, Aleksandrowi Grossowi. Nędza, *vis major*, czyni ją uległą; on przejęty najwyższą rozkoszą, pomaga jej jak niewolnik w ubieraniu się i otwiera drzwi, wiodące do pokoju, w którym czeka ją kochanek i hańba. Ten przymus i pogwałcenie jej czci, jako kobiety i matki, przekonały ją, że to, co dotąd uważała u swego męża tylko za fantazyę poety, było tylko zmysłowością nizką i egoizmem. Odtąd straciła doń resztę przywiązania i pchnięta przezeń później w objęcia Rosenthala, wolała raczej pozostać czasową tegoż metresą, niż dzielić dalej nędzny los z swym mężem. (C. d. n.)

Kronika historyczna na luty.

Zestawił

Dr Adam Langie.

1. lutego 1747 r. urodził się w Lesznie w W. Ks. Poznańskiem Jerzy Chrystyan Arnold. Ukończył medycynę w Lipsku, poczem praktykował w Poznaniu i w Lesznie, a od roku 1777 w Warszawie, gdzie został nadwornym lekarzem króla Stanisława Augusta i prezesem Wydziału lekarskiego przy Towarzystwie Przyjaciół Nauk. Ogłosił szereg prac z fizyologii, położnictwa i historyi medycyny w Polsce; zmarł 1827 r.

4. lutego 856 r. umarł Hrabanus Maurus, mnich zakonu Benedyktynów, typowy przedstawiciel klasztornej medycyny średniowiecznej. Urodzony 780 roku w Moguncyi — stąd nazwany też Magnentius, — nauki pobierał w Fuldzie, gdzie potem (822 r.) został opatem, zaś w r. 847 zasiadł na stolicy arcybiskupstwa moguckiego. Jeden z najuczeńszych mnichów, zarządził systematyczne przepisywanie dzieł starożytnych klasyków dla bibliotek klasztornych i w wielu względach zreformował ówczesne szkoły. Sam napisał obszerne dzieło w 22 księgach p. t.: »*Physica s. Liber ethymologiarum*«, będące encyklopedycznym zbiorem współczesnych wiadomości o człowieku, zwierzętach, medycynie, minerałach, magii etc; wogóle o wszystkich znanych wtedy zjawiskach przyrody.

7. lutego 1887 r. umarł słynny położnik i ginekolog Karol Schroeder. Urodzony 11. września 1838 roku w Neustrelitz (Meklenburg) nauki pobierał w Rostocku i Würzburgu, poczem 1864 został asystentem Veita w Bonn, 1868 r. profesorem nadzwyczajnym, w rok potem zwyczajnym w Erlangen, a 1876 objął po Martinie katedrę ginekologii i położnictwa w Berlinie. Uchodzi słusznie za jednego z najwybitniejszych reformatorów nowoczesnej nauki o chorobach kobiecych, do której wprowadził wiele nowości (postępowanie przeciwgnilne) i za niezrównanego mistrza w operacyach. Prócz wielu prac mniejszych, wydał podręczniki położniczy i chorób kobiecych, napisane zwięźle i nadzwyczaj jasno i stanowiące znakomite książki do nauki.

9. lutego 1791 r. urodził się w Limoge Leon Jan Cruveilhier. Mianowany 1835 r. pierwszym wogóle profesorem anatomii patologicznej w Paryżu, przyczynił się głównie do obalenia błędnej doktryny Broussaisego o zapaleniu, jako ostatecznej przyczynie wszystkich chorób i jego do tego naciągniętej terapii. Prócz wielu prac, między temi wybitnej pracy o krzepnięciu krwi, napisał podręcznik anatomii patologicznej, kładąc podwaliny dla nauki tej we Francyi. Umarł 10 marca 1874 r.

10. lutego 1878 r. umiera w Paryżu Claude Bernard, najgłośniejszy przedstawiciel nowej szkoły fizyologicznej, znakomity eksperymentator i autor słynnych dzieł. Urodził się w St. Julien 1813 r., nauki lekarskie pobierał w Paryżu i tutaj został profesorem uniwersytetu 1854 r., a w rok potem objął katedrę fizyologii doświadczalnej w »Collège de France«. Za Napoleona III. zasiadł w senacie. Z mnóstwa prac naukowych i odkryć pierwsze miejsce zajmują badania nad trawieniem, nad śliną, krążeniem krwi, oddychaniem, czynnościami trzustki, wątroby, nerwu współczulnego, nad ciepłem zwierzęcem, cukrzycą, którą zdołał wywołać u zwierząt doświadczalnie przez uraz pewnej części mózgu.

12. lutego 1404 roku pierwsza publiczna »Anatomia« we Wiedniu. Zanim sekcye zwłok weszły w ciągu XVIII. stulecia w zakres systematycznej nauki anatomii, odbywały się w wiekach średnich tak zwane »anatomie«, czyli publiczne sekcye zwłok, na które jako na bardzo rzadkie i ciekawe widowisko zapraszano wybitnych obywateli i dostojników ze sfer pozalekarskich. Udział publiczności bywał tak wielki, że nieraz sekcye robić musiano na obszernym placu pod gołem niebem, aby tylko ciekawość wszystkich zaspokoić. Podczas tego profesor wykładał teoretycznie, nie dotykając się nawet zwłok, a sekcyę robił według jego wskazówek cyrulik, uważano bowiem krajanie zwłok za coś ubliżającego godności doktora. Przesąd ten przełamał dopiero Vesal (ur. 1515 † 1564), który pierwszy z doktorów zaczął sam sekcyonować zwłoki na takich publicznych anatomiach w Paryżu i odtąd już lekarze i profesorowie poszli za jego przykładem. Sekcya taka trwała zwykle 4 dni, odbywała się najczęściej w okresie świąt Bożego Narodzenia lub w poście, wogóle w chłodniejszej porze roku. Najpierw otwierano jamę brzuszną, potem klatkę piersiową, następnie czaszkę, w końcu krajano kończyny, oglądając mięśnie, naczynia i nerwy.

15. lutego 1755 r. urodził się w Veruziers w Szampanii Jan Mikołaj Corvisart des Marest, pierwszy profesor kliniki lekarskiej, założonej w Paryżu 1794 r. Imię jego przeszło do historyi, jako ulubionego przybocznego lekarza Napoleona I., któremu towarzyszył w tryumfalnym pochodzie wzdłuż i wszerz Europy. W historyi zaś medycyny upamiętnił się przez wydobycie z pyłu zapomnienia dzieła Auenbruggera, napisanego 1761 r. p. t.: »*Inventum novum etc...*«, opisującego sposoby opukiwania klatki piersiowej. Corvisart umarł 18. września 1821 roku, a dzieło jego, które właściwie dopiero ugruntowało metodę opu-

kiwania i podało lekarzom niczem do dziś nie zastąpiony środek badania, nosi tytuł: »*Nouvelle méthode pour raiconnaitre les maladies internes de la poitrine par la percussion de cette cavite*« (Paryż 1808).

15. lutego 1880 r. umiera w Krakowie Aleksander Kremer. Urodzony 10. listopada 1813 r. w Krakowie, tutaj uczęszczał do szkół i na medycynę. Po doktoracie w 1837 roku odbywa dwuletnią podróż naukową za granicę, zwiedzając wszystkie głośniejsze uniwersytety: w Niemczech, we Włoszech, w Paryżu i Londynie. Powróciwszy do Krakowa 1839 r., wprowadza nową metodę badania klinicznego zapomocą opukiwania i osłuchiwania, która, rozpowszechniona już za granicą, u nas była jeszcze prawie nieznana; ogłasza też o tem pracę p. t.: »O zastosowaniu słuchu do rozpoznawania chorób« (Kraków 1841). W r. 1842 przenosi się do Kamieńca Podolskiego i tam wraz z Adryanem Baranieckim i Antonim Józefem Rolle zawiązuje Towarzystwo lekarzy podolskich, którego pierwszym zostaje prezesem. Dopiero 1864 r. wraca na stałe do Krakowa, zakłada 1866 r. Towarzystwo lekarskie krakowskie, zostaje jego pierwszym prezesem, wydaje wspólnie ze Skoblem »Słowniczek łacińsko-polski wyrazów lekarskich« (Kraków 1868), a później jako członek komisyi terminologicznej obok Oettingera i Janikowskiego, zbiera materyały i przygotowuje opracowanie dużego »Słownika terminologii lekarskiej« wydanego w r. 1881, który aż do niedawnych czasów był jedynym polskim. Nadto pisze bardzo wiele rozpraw i tłómaczy obce dzieła. Wśród tych licznych zajęć oddaje się z całem poświęceniem pracy obywatelskiej, działając czynnie we wszystkich instytucyach dobroczynnych miasta Krakowa.

19. lutego 1473 r. urodził się w Toruniu Mikołaj Kopernik. Uczył się astronomii w Krakowie, poczem kształcił się we Włoszech, gdzie 1503 roku uzyskał doktorat prawa kościelnego w Ferrarze, a 1505 roku stopień doktora medycyny w Padwie. Wśród tego mianowany 1497 r. kanonikiem Frauenburskim. Nieśmiertelne jego dzieło nosi tytuł: »*De revolutionibus orbium coelestium*« (Norymberga 1543). Umarł 1543 roku.

22. lutego 1586 r. ogłasza Gaspard Tagliacozzi (ur. 1546, † 1599), profesor anatomii i chirurgii w Bolonii, swoją metodę plastyki nosa ze skóry ramienia (metoda włoska). Sposób ten znalazł z początku mało naśladowców, a w ciągu XVII. i XVIII. wieku poszedł nawet w zapomnienie, zwłaszcza, gdy dowiedziano się, że w Indyach robią już dawno operacyę tę, przeszczepiając płat z czoła. Metodę indyjską ulepszył mistrz operacyi plastycznych Dieffenbach (ur. 1794, † 1847), oddając jednak w przypadkach, gdy użycie jej było zbyt trudnem, pierwszeństwo metodzie włoskiej Tagliacozziego, którą nieco zmienił i w ten sposób przypomniał ją znów i rozpowszechnił.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XX. Posiedzenie naukowe z dn. 30 listopada 1906.

Przewodniczy kol. Stachiewicz, protokołuje kol. W. Ziembicki. Obecnych członków 47. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

I) Kol. Schneider przedstawił 74-letnią chorą z oddziału wewn. (prym. kol. Ehrlich) szpitala izraelickiego, u której stwierdzono zbiór objawów, znanych pod nazwą choroby Adams-Stokesa. Obok objawów podmiotowych, mianowicie częstych zawrotów głowy, bicia serca, daje się u niej stwierdzić bradykardya i oddychanie Cheyne-Stokesa. Dokładniejsze badanie czynności serca stwierdza dysocyacyę pomiędzy komorą a przedsionkiem (t. zw. Herzblock), gdy bowiem liczba tętna wynosi 28 — 31 uderzeń na minutę, możemy się przekonać, że tętnienie żylne, widoczne dobrze nad obojczykiem i wzdłuż mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego, jest trzykroć liczniejsze. (Prelegent okazuje krzywe tętna tętnicy sprychowej, zdjęte równocześnie z krzywemi tętna żyły szyjnej wewnętrznej). Przy tej sposobności daje prelegent krótki pogląd na historyę tego cierpienia, jakoteż na rozwój pojęć o dysocyacyi sercowej, do której wyjaśnienia posługują się badacze obecni t. zw. teoryą mięśniową (*myogen*), szczególniej od chwili odkrycia włókien mięsnych pomiędzy przegrodą komór, a prawym przedsionkiem (*Blockfasern*). I w przedstawionym przypadku, po wyłączeniu wpływu nerwu błędnego (o czem możnaby myśleć w krótkotrwałych napadach cierpienia Adams-Stokesa), po wyłączeniu także zmian w mięśniu sercowym (bo częstość zmian mięśniowych w sercu nie pozostaje w żadnym stosunku z tem rzadkiem cierpieniem), są, zdaniem prelegenta, powodem chorobliwych objawów ze strony serca najprawdopodobniej zmiany w tych właśnie włóknach komorowo-przedsionkowych. Ze względu na oddech Cheyne-Stokesa możnaby nadto przypuszczać istnienie ograniczonej miażdżycy w rdzeniu przedłużonym.

II) Kol. Franke okazuje krzywe tętna z podobnegoż przypadku choroby Adams-Stokesa (z kliniki lekarskiej). (Mężczyzna 39-letni, skarżący się na bole w okolicy wątroby, na napady utraty przytomności, u którego badanie stwierdziło przerost serca lewego, szmer rozkurczowy nad tętnicą główną, powiększenie stłumienia serca ku stronie prawej, powiększenie wątroby, tętno 26, żylne $2^1/_2$ razy częstsze).

Dyskusya. Kol. prof. Beck, przypominając, że już przed kilku miesiącami miał sposobność wyłuszczyć zapatrywania fizyologów na te zjawiska, — przestrzega ponownie przed zbyt stanowczem wypowiadaniem zdania o teoryi mięśniowej, do czego klinicyści i patologowie mają pewną pohopność pomimo, że rzecz ta przez fizyologów bynajmniej nie jest jeszcze rozstrzygniętą, a nawet niektórzy badacze wprost zaprzeczają słuszności tej teoryi. Są spostrzeżenia, poczynione na zwierzętach niższych, które dowodzą, że automatyzm serca jest pochodzenia nerwowego. Okazało się nadto, że nawet mięśnie gładkie, które uważano za bardziej jeszcze samoistne, niż mięsień sercowy, a mianowicie mięśnie gładkie jelit, swe automatyczne ruchy wykonywają tylko przy zachowaniu warstwy zawierającej splot nerwowy Auerbacha (Magnus).

III) Kol. Sołomowicz przedstawia przypadek rzekomego porażenia opuszkowego dziecięcego (*paralysis pseudobulbaris infantilis*), z klinicznego ambulatoryum chorób nerwowych (prof. Halbana). U chorej, 16-letniej dziewczyny, dziedzicznie obciążonej, stwierdzono wrodzone, prawie zupełne porażenie mięśni, unerwionych przez dolną gałązkę nerwu twarzowego, przez nerw podjęzykowy, a częściowo przez gałązkę ruchową nerwu trójdzielnego. Chora nie może wykonać żadnego ruchu ustami, ani językiem, jej mowa jest nader niewyraźną, prawie niezrozumiałą, o dźwięku nosowym dzięki porażeniu podniebienia miękkiego. Prelegent omawia rozpoznanie różniczkowe rzekomego i prawdziwego porażenia opuszkowego, zwraca uwagę na rzadkość i na ważność wczesnego rozpoznania podobnych przypadków, sądząc, że odpowiednie ćwiczenia, przeprowadzane od dzieciństwa, dałyby chorej możność lepszego porozumiewania się z otoczeniem.

Dyskusya. Kol. J. Feuerstein podnosi rzadkość podobnych przypadków. Postać, w której jak u przedstawionej chorej, kończyny były zupełnie wolne, jest, o ile mu wiadomo, nieopisaną. Przytacza przypadek z własnej praktyki, z którym spotkał się przed 4 laty. Był to chłopak 9-letni, rozwijający się prawidłowo do 3 r. życia. Po przebyciu następnie choroby gorączkowej (grypa?) zaczął dostawać drgawek, występujących połowiczo, to po jednej, to po drugiej stronie, poczem doznał obustronnego porażenia. To porażenie wszakże z czasem miało zupełnie ustąpić, tak, że kiedy się chory przedstawił mowcy, nie można było stwierdzić już żadnych zmian w kończynach. Pozostał obraz podobny, jak w przypadku, przedstawionym właśnie przez kol. Sołomowicza. Szczególną była niemożność wymówienia choćby jednego słowa, wydania choćby jednego dźwięku. Ponieważ jednak otoczenie chorego zapewniało, że dwukrotnie, w przystępie afektu wypowiedział on przecież słowo, o brzmieniu prawidłowem, nie może mowca wyłączyć istnienia histeryi obok zmian opuszkowych, jakkolwiek nie wydaje mu się nieprawdopodobnem, ażeby wypowiedzenie paru słów w przystępie afektu nie mogło należeć niejako do fizyologii przedstawionego, a tak dotąd, dzięki rzadkości, mało zbadanego cierpienia. Kol. prof. Halban również sądzi, że takie przemówienie w chwili afektu nie dowodziłoby wcale istnienia histeryi, nie jest bowiem rzadkością, iż chorzy ze zmianami mózgowemi (niemota, porażenie połowicze), przecież w afekcie coś wymieniają, jakkolwiek brzmienie słów zwykle wiele pozostawia do życzenia.

Sekretarz: *W. Ziembicki.*

Posiedzenie administracyjne w d. 18. stycznia 1907.

Z przedstawionego przez sekretarza stałego, prof. Kucerę, dorocznego sprawozdania wynika, że Towarzystwo liczyło z końcem roku 1905 członków 182; w ciągu roku zmarło 2, (ś. p. Wernicki i Ferd. Stankiewicz), opuściło Lwów 5, zapisało się nowych 40; z końcem więc roku 1906 jest członków 215. Posiedzeń naukowych odbyło się 22; wygłoszono 21 odczytów, demonstracyi było 77. W posiedzeniach uczestniczyło średnio

po 60 członków. Nagrodę 200 K. za najlepszy wykład przyznano drowi W. Nowickiemu (»O mnogich uchyłkach jelitowych«). Doniosłym faktem jest uznanie »Tygodnika lekarskiego« za organ Towarzystwa. — Sprawozdanie skarbnika doc. Bednarskiego: Wpływy wynosiły 4987 K., które przelano do Kasy Tow. lek. galic.; wydatki administracyjne wynosiły 303,30 h. — Bibliotekarz dr Zawadzki zawiadomił, że księgozbiór porządkuje się i wkrótce wydany będzie drukiem katalog. — Po przyjęciu do wiadomości sprawozdania gospodarza (dra Festenburga) i prezesa komisyi sprawozdawczej do roczników Virchowa (prof. Becka), wybrano zarząd na rok 1907 (*por.* »Przegl. lek.« Nr 4, str. 43). *R.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 5 grudnia 1906.

Obecnych członków 32; przewodniczy k. doc. Rutkowski.

I. Do komitetu przedwyborczego wybrano jednomyślnie następujących kolegów: Bielańskiego, Blassberga, Godlewskiego M., Gólskiego, Habichta, Jaworowskiego, Jungera, Krzyształowicza, Kupczyka, Kwaśniekiego, Landaua Jana, Langiego, Lewkowicza, Lustgartena, Łapińskiego, Łazarskiego, Majewskiego Feliksa, Piltza, Rzegocińskiego, Schaittra, Steuermarka, Wachtla.

II. K. prof. Jaworski przedstawia i omawia następujące przypadki chorobowe:

1) Fr. P. L. Dz. 49, rolnik, l. 36, od 5 lat czuje się chorym; znaczne osłabienie, zawroty głowy, niezdolność do pracy. W klinice od 10/11 1906. Powłoki zewnętrzne szarożółte, podściółka tłuszczowa utrzymana, nad końcem serca podmuch skurczowy, wątroba na 4 palce, śledziona na 3 palce niżej łuku żebrowego, gruczoły niepowiększone, w stolcach niema ani krwi utajonej, ani pasorzytów, mocz ciemno żółty, 1·017, bez białka. Przez kilka pierwszych dni pobytu w klinice stan podgorączkowy, obecnie bez gorączki. Pierwsze badanie krwi: krwinek białych 7,000, z tego neutrochłonnych 55%, limfocytów 22%, eozynochł. 6·7%, myelocytów 15%, Hb. 20%, krwinek czerwonych 940,000 — mikrocyty, makrocyty i poikilocyty liczne, krwinki polichromatyczne, normoblasty i megaloblasty. U chorego przypuszczano z początku niedokrwistość złośliwą postępującą z przymieszką białaczkowego wyglądu krwinek białych, jak ją Leube pod nazwą *leukanaemia* opisał, i pozostawiono chorego bez swoistego leczenia, podając tylko *tra amara* z obfitem żywieniem mięsnem. Badanie krwi, co tydzień wykonywane, stwierdzało zmiany na lepsze, ilość krwinek czerw. i Hb wzmagały się, a nieprawidłowe morfotyczne postacie krwinek białych i czerwonych znikały. Polepszenie postępowało stale, chociaż żywienie mięsne zmieniono na roślinne. Dziś wynosi ilość ciałek białych 8,700, z tego neutrochł. 71·4%, limfocytów 22·1%, eozynochł. 2·8%, przejściowych 3·5%, Hb 80%, krwinek czerwonych 3,112.000, o kształtach prawidłowych, bez normo — i megaloblastów. Wejrzenie chorego jest prawie prawidłowe, śledziona niemacalna; wątroba na palec niżej łuku żebrowego. Mamy przed sobą **samowyleczenie ciężkiej niedokrwistości pierwotnej.** Takich przypadków obserwuje obecnie prelegent jeszcze dwa; w jednym z nich ilość ciałek czerwonych z ćwierć miliona doszła po kilku tygodniach do 3 milionów, a Hb z 15% do 60%.

2) Chory E. Sch. L. Dz. 14. l. 25. Przebył 1901 r. mnogie ostre zapalenie stawów, trwające 15 miesięcy, które minęło bez śladu. W r. 1903 jako żołnierz pruski wpadł przy ratowaniu do Odry, skąd w stanie nieprzytomnym został wyciągnięty. Od tego czasu choruje. Zauważył, że karkiem poruszyć nie może, następnie kręgosłup i krzyże tak zesztywniały, że się wcale zgiąć nie może, przytem miał stracić kilkanaście kilogramów na wadze. Chory wzrostu słusznego, trzyma głowę nieruchomo ku przodowi i nieco na prawo przegiętą, ruchy czynne i bierne szyi i karku niemożebne, tak samo i kręgosłupa; niektóre wyrostki ościste i poprzeczne kręgosłupa zgrubiałe i miernie tkliwe; klatka piersiowa niepodatna, twarda, nieruchoma, przy wdechu porusza się tylko przepona; mięśnie barków i grzbietu cienkie; ruchy w stawie barkowym nieupośledzone, otwieranie ust wskutek zesztywnienia stawu żuchwowego nieco utrudnione, zresztą inne stawy wolne; ucisk na nerwy potyliczne lewe sprawia ból; w sercu objawy niedomykalności zastawki dwudzielnej w okresie wyrównania; mocz i ciepłota prawidłowe. Przy prześwietlaniu cień kręgosłupa bardzo szeroki i mocno zaciemniony, co przemawia za skostnieniem chrząstek i więzadeł kręgowych i żebrowych. Jest to przypadek **spondylosis rhizomelica** typu, opisanego przez Bechterewa. Zachodzi tylko pytanie, czy istnieje jaki związek między przebytym gośćcem stawowym, a obecną chorobą.

3) E. S. L. dz. 67. Chłopiec l. 15. Z rodziców zdrowych i dobrze rozwiniętych, — rodzeństwo dobrze rozwinięte, brat młodszy o wiele większego wzrostu. Od 7 lat chory, choroba zaczęła się wymiotami. Chory jest niespełna na 122 cm. wysoki, kość potyliczna silnie wypuklona, czoło nizkie, powieki zgrubiałe, nos gruby, nieco zagłębiony, wargi i język nieco grubsze, wyraz twarzy 6—7 letniego dziecka (*visus infantilis*). Kończyny górne długie, sięgają do $^2/_3$ długości kości udowej, kościec cały bardzo drobny, przy prześwietlaniu nie okazuje zmian krzywiczych lub innych nieprawidłowości. Części płciowe bardzo małe, bez żadnego uwłosienia, jądra wielkości grochu dają się łatwo wsunąć do kanału pachwinowego, gruczoły niepowiększone, skóra blada, ziemisto szara, szyja cienka, gruczołu tarczowego wymacać nie można, wątroba i śledziona miernie powiększone. Nad całą okolicą serca silny podmuch skurczowy obok tonów. Mocz bez białka. Stolec zbitości zwyczajnej bez krwi utajonej, zawiera wyraźne ślady bilirubiny. Chory zwykle apatyczny, małomowny, odpowiada jednak dość rozsądnie na pytania, pisać umie. Badanie krwi: krwinek czerwonych: 2.016.000, Hb 26%, mikro-makro — poikilocyty, normo — i megaloblasty. Krwinek białych 4,460, neutrochł. 77·4%, limfocytów 17%, eozynochł. 0,7%, nieliczne myelocyty i przejściowe. (Chory zażywa kołaczyki tyreoidynowe). Obraz chorobowy odpowiada **nanismus infantilis athyreoplasticus.** Rozwój kośćca został powstrzymany w 7. roku życia, prawdopodobnie wskutek zaniku czynności gruczołu tarczowego, z następową ciężką niedokrwistością, którą należy również wprowadzić w związek z brakiem wewnętrznego wydzielania gruczołu tarczowego, jak to się zdarza w przypadkach *cachexia strumipriva*, a nierzadko w obrzęku śluzowatym.

Jako przeciwieństwo do poprzedniego przypadku, atyreoidyzmu, przedstawia prelegent chorego wzrostu słusznego z **hypertyreoidyzmem**. Chory od kilku miesięcy dostał bicia serca i lęku, tętno 120 i więcej, pocenia się obfite, drżenie kończyn, mierne powiększenie gruczołu tarczowego i jednostronne wytrzeszczenie (prawej) gałki ocznej; oprócz tego badanie stwierdziło zwiększenie przewodnictwa elektrycznego skóry, czyli ogóle objawy, znamionujące **chorobę Basedowa.**

4) W końcu przedstawia kol. prof. Jaworski chorego I. K. l. 37. Wdowiec, ślusarz. W rodzinie zboczeń rozwojowych nie ma, sam bezdzietny, pracuje prawą ręką, cierpi na znaczną pobudliwość nerwową i psychiczną, co dla nas obecnie nie ma znaczenia. Natomiast badanie fizyczne chorego wykrywa: uderzenie końca serca w 5-tem międzyżebrzu pod sutkiem prawym, po prawej stronie znajduje się stłumienie sercowe na przestrzeni prawidłowej, tony serca bez szmerów, po stronie prawej bardzo wyraźne. Pod stłumieniem sercowem odgłos bębenkowy, odpowiadający przestrzeni półksiężycowatej Traubego, natomiast stłumienie wątroby po stronie lewej; stłumienie odpowiadające śledzionie po stronie prawej. Objawów niedorozwoju niema. Jądra wielkości prawidłowej, znajdują się obydwa w równej wysokości, inne części płciowe i uwłosienie prawidłowe. Prześwietlanie X—promieniami potwierdza w zupełności powyższe badanie fizyczne. Mianowicie przy prześwietlaniu widać serce, leżące ukośnie w ten sposób na prawej połowie przepony, że jego koniec jest najdalej na prawo wysunięty, a podstawa przytyka do prawego brzegu mostka; cień wątroby leży po stronie lewej, a jasność żołądka po stronie prawej. Mamy więc przed sobą **zupełne odwrotne ułożenie trzew** (*situs viscerum inversus completus*), jaki się rzadko zdarza, bo zaledwie na 10,000 przypadków sekcyjnych raz jeden.

W dyskusyi zapytuje k. red. Ciechanowski, jakie znaczenie przypisuje prelegent w pierwszym przypadku obecności tak znacznej ilości leukocytów eozynochłonnych; w związku z przypadkiem drugim wspomina o preparacie, znajdującym się w zbiorach zakładu anatomii patol. U. J., co do trzeciego zaś przypadku zapytuje, czy i z jakim skutkiem podawane były przetwory gruczołu tarczowego; k. prof. Rosner omawia różne pojęcia karłowatości pod względem etyologicznym i rozpoznawczym, a prelegent udziela dodatkowych wyjaśnień.

Sekretarz: *Wilczyński.*

Posiedzenie wyborcze d. 19 grudnia 1906.

Obecnych członków 115, przewodniczy kol. doc. Rutkowski.

1) Przed przystąpieniem do wyborów zabiera głos k. prof. Klecki: Jako członek komisyi redakcyjnej »Przeglądu lekarskiego« poczuwa się kol. Klecki do pewnej odpowiedzialności za artykuły w »Przeglądzie« ogłaszane. Pomimo to, iż sprawę

kwalifikowania artykułów, nadesłanych do redakcyi »Przeglądu«, na posiedzeniach komisyi redakcyjnej dwukrotnie poruszał, we wrześniu r. b. kol. K. został zaskoczony ogłoszeniem bez jego wiedzy w »Przeglądzie lekarskim« artykułu p. t. »Bakterye mleczne jako środek walki ze starością i niektóremi chorobami«. Posiedzenie komisyi redakcyjnej zostało zwołane dopiero po ukończeniu druku rzeczonego artykułu w »Przeglądzie lekarskim«. Na tem posiedzeniu komisyi redakcyjnej kol. K. wystąpił przeciwko ogłoszeniu tego artykułu w »Przeglądzie lekarskim«, a to czyniąc następujące zarzuty: artykuł p. t. »Bakterye mleczne i t. d.« nie zawiera nic oryginalnego, jest nienaukowy; autor zaleca w tym artykule środek bakteryjny, nie nazywając, ani też nie opisując mikroba, czy też mikrobów, środek ten stanowiących, a zatem zaleca środek tajny; środek ten jest przytem opatentowany, a autor jest w stosunkach handlowych z fabryką, środek ten wyrabiającą. Na tem samem posiedzeniu komisya redakcyjna uchwaliła ogłosić w »Przeglądzie lekarskim« oświadczenie, podpisane przez wszystkich członków komisyi redakcyjnej, że artykuł p. t. »Bakterye mleczne i t. d.« został wydrukowany w »Przeglądzie lekarskim« na wyłączną odpowiedzialność autora. Od czasu powzięcia tej uchwały, t. j. od końca października, kol. K. w pracach komisyi redakcyjnej udziału nie brał. Ponieważ dotychczas uchwały tej nie wykonano, kol. K. prosi, by go nadal do komisyi redakcyjnej nie wybierano, nie chce bowiem należeć do redakcyi, która bez jego wiedzy wydrukowała artykuł taki, jak artykuł p. t. »Bakterye mleczne i t. d.«, zgoła się jego zdaniem nie kwalifikujący do czasopisma naukowego.

Kol. red. Ciechanowski w odpowiedzi stwierdza: 1) że w czasie druku artykułu p. t. »Bakterye mleczne i t. d.« kol. Klecki nie zażądał zwołania komisyi redakcyjnej; 2) że kol. Klecki odmówił napisania krytycznej odpowiedzi na ów artykuł, gdy się redaktor z polecenia komisyi redakcyjnej o to do niego zwrócił; 3) że uchwała komisyi redakcyjnej, powzięta na pierwszem po feryach posiedzeniu (27. X), została zmieniona na następnych posiedzeniach, o których kol. Klecki był zawiadamiany; 4) że kol. Klecki także o zmianie uchwały został osobno zawiadomiony; 5) że kol. Klecki ustąpienia swego z komisyi redakcyjnej aż do dnia dzisiejszego nie zgłosił.

Kol. prof. Cybulski: Wystąpienie prof. Kleckiego, jak wszyscy Panowie niewątpliwie przyznają, jest skierowane wyłącznie przeciwko mnie. Prosiłem o głos jedynie dla tego, że mowca opiera swe zarzuty na faktach, które nie są zgodne z prawdą. I tak, nasamprzód, nie jest prawdą, że laktobacylina jest środkiem opatentowanym. Takiego patentu nikt nie posiada; powtóre, ona nie jest i nie może być środkiem tajnym, ponieważ dokładnie wiadomo, skąd pochodzą bakterye, wchodzące w skład laktobacyliny i jakie są ich własności biologiczne; nadto wiadomo także, że sama laktobacylina jest wysuszoną hodowlą tych właśnie bakteryi w mleku filtrowanem; z produktów laktobacyliny każdy może wyhodować sam te bakterye. Wobec tych faktów, twierdzenie, jakoby laktobacylina była środkiem tajnym, jest według mego zdania zaprzeczeniem rzeczy dla wszystkich oczywistej. Zdanie prof. Kleckiego o wartości naukowej mego artykułu mnie bynajmniej nie wzrusza, sądzę jednakże, że zarzuty przeciwko treści tego artykułu, na podstawie przyjętego w całym świecie zwyczaju powinny były znaleźć miejsce gdzieindziej; skoro artykuł mój, według zdania prof. Kleckiego, zawierał fakty, niezgodne z dzisiejszym stanem nauki, to fakty te mogły być w sposób odpowiedni wykazane, a o ile zarzuty, przeciwko moim zapatrywaniom poczynione, byłyby słuszne i udowodnione, byłbym niewątpliwie pierwszym, któryby je uznał, ponieważ niemniej, niż prof. Kleckiemu, idzie mi także o prawdę naukową. Mój stosunek do przedsiębiorstwa jest rzeczą prywatną i wszelkie insynuacye w tym względzie uważam za rzecz najzupełniej niewłaściwą.

2) Z porządku dziennego przystąpiono do wyborów zarządu na rok 1907. Wybrani zostali: prezesem kol. prof. Rosner, wiceprezesem kol. prym. Borzęcki, sekretarzem stałym kol. prym. Zygmunt Wachtel, bibliotekarzem kol. Flis, sekretarzem dorocznym kol. Habicht, redaktorem »Przeglądu lekarskiego« kol. prof. Ciechanowski, członkami komisyi redakcyjnej kol. Wojciechowski, Kwaśnicki, prof. Krzyształowicz i kol. Klecki (który po przemówieniach kk. prof. Wachholza, Ciechanowskiego, Krzyształowicza i doc. Rutkowskiego zdecydował się wybór przyjąć), członkami komisyi kontrolującej kk. Cercha i Zanietowski (senior), delegatami do Rady zawiadowczej Towarzystwa lek. galic. kk. prof. Bylicki i Łuszczkiewicz. Sekretarz: *Wilczyński.*

Posiedzenie administracyjne z d. 8 stycznia 1907.

Obecnych 35 członków. Przewodniczy kol. doc. Rutkowski.

1) Do protokołu z ostatniego posiedzenia zabierali głos kk. red. Ciechanowski, Surzycki, prym. Borzęcki, prof. Klecki, Kwaśnicki i prof. Rosner. Uchwalono odłożyć przyjęcie protokołu do następnego posiedzenia.

2) Przyjęto do wiadomości sprawozdanie sekretarza stałego, przedstawione przez k. Wilczyńskiego w zastępstwie k. prof. Korczyńskiego:

Z końcem roku 1905 liczyło Towarzystwo członków honorowych 15, czynnych 173, korespondentów 48; z końcem roku 1906 liczba członków honorowych wynosiła 16 (w poczet ich zaliczyło Towarzystwo Dr. Wł. Biegańskiego), czynnych 171, korespondentów 52.

W miejsce k. J. Landaua, który zrzekł się godności bibliotekarza, wybrało Towarzystwo w lutym k. doc. Drobę bibliotekarzem, delegatami zaś do Rady zawiadowczej Tow. lekarzy galicyjskich z powodu rezygnacyi dotychczasowych delegatów wybrano w czerwcu kk. Łuszczkiewicza i doc. Bylickiego we Lwowie.

Z końcem roku pożegnało Towarzystwo opuszczającego Kraków k. prof. Ludomiła Korczyńskiego, który przez wiele lat biorąc gorliwy udział w pracach Towarzystwa, w końcu obrany sekretarzem stałym, przewodniczącym komisyi przemysłowo-lekarskiej i członkiem komissyi redakcyjnej, położył dla Towarzystwa zasługi i zdobył sobie uznanie.

W kronice żałobnej przychodzi zapisać śmierć ś. p. k. Gwiazdomorskiego, w którym utraciło Towarzystwo długoletniego, a sprawami Towarzystwa bardzo gorąco zajmującego się członka. Piastował On po kilkakroć z rzędu godność skarbnika, a kiedy z powodu choroby zmuszony był ustąpić z urzędu, Wydział w uznaniu położonych zasług wyraził Mu szczególne uznanie w adresie dziękczynnym. Przez śmierć straciło Towarzystwo także k. Satkowskiego.

W ciągu roku odbyło Towarzystwo 21 posiedzeń zwyczajnych, z tych jedno wyborcze, jedno administracyjne. Na posiedzeniach naukowych wygłoszono 28 odczytów, demonstracyi odbyło się 53. Po posiedzeniach zbierali się członkowie w salach domu kilkakrotnie na ożywionych zebraniach koleżeńskich.

W zakresie spraw administracyjnych zawarto umowę z Tow. lekarzy galicyjskich, na podstawie której »Przegląd lekarski« z dnia 1 stycznia 1907 przestał być organem Towarzystwa lekarskiego lwowskiego.

Za inicyatywą k. Biera powstała w domu Towarzystwa stała komisya higieniczna, która podzieliwszy się na kilka sekcyi wzięła sobie za zadanie badanie stosunków zdrowotnych w Galicyi zachodniej i szerzenie wiadomości o pielęgnowaniu zdrowia; przewodniczącym komisyi wybrano k. prof. Jordana, sekretarzem k. Biera.

W dniach 16 i 17 Października odbył się w domu Towarzystwa XI Wiec austryackich Izb lekarskich.

Zarząd uchwalił udzielać sali domu na posiedzenia Towarzystwa przyrodników im. Kopernika, Towarzystwu zaś lekarskiemu płockiemu ofiarował duplikaty pism lekarskich polskich, znajdujące się w bibliotece.

3) Skarbnik k. doc. Dobrowolski przedstawia sprawozdanie kasowe. Na wniosek komisyi kontrolującej udzielono skarbnikowi absolutoryum.

4) Przyjęto do wiadomości sprawozdanie bibliotekarza k. doc. Droby: Utworzono komisyę biblioteczną, w której skład weszli obok bibliotekarza kk. Cybulski T., Flis, Godlewski M., Korolewicz; ustanowiono codzienne dyżury, wprowadzono rewersy i kwitaryusze, popprawiano roczniki czasopism skompletowanych, w niekompletnych rocznikach czasopism wynotowano braki. Inwentaryzacya i odpowiednie uzupełnienie katalogu kartkowego postąpiły nieco naprzód, ale nie są jeszcze zupełne. Wprowadzono nowy regulamin biblioteczny. Z darów w książkach wymienić należy dary: Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«, która jak i po inne lata obficie bibliotekę zasilała, Dr. Plucińskiego, Dr. Langiego, rodziny ś. p. Dr. Gwiazdomorskiego i Dr. Langa.

W dyskusyi k. doc. Wrzosek wnosi utworzenie osobnej komisyi biblioteczno-czytelnianej, którąby zajęła się wzbogaceniem biblioteki i czytelni. K. doc. Dobrowolski wyjaśnia, że Towarzystwo obecnie nie posiada niestety dostatecznych funduszów na te cele. K. Flis porusza sprawę pomocy dla bibliotekarza. Na wniosek k. red. Ciechanowskiego odesłano wszystkie te sprawy do zarządu Towarzystwa.

5) Przyjęto do wiadomości sprawozdanie administratora »Przeglądu lekarskiego« k. Wojciechowskiego, wyrażając mu uznanie i podziękowanie.

Kol. Ciechanowski zabiera głos, jako redaktor »Przeglądu lekarskiego«, — choć to na posiedzeniach sprawozdawczych dotąd nie było w zwyczaju, — ze względu na to, że w r. z. dokonane odłączenie się Towarzystwa lek. lwowskiego od wspólnego organu Towarz. lek. krak. i Towarz. lek. gal. może bardzo w losach »Przeglądu« zaważyć, a »Przegląd« w tym właśnie roku znajdował się jeszcze w okresie próby rozszerzenia swych ram. Wskutek nadmiaru, jak na nasze stosunki, pism polskich o jednakowym typie, rozpraszają się i marnują niepotrzebnie siły i środki, pisma te nie mogą stanąć na odpowiednim poziomie, a ogół lekarzy praktycznych nie jest odpowiednio do swych potrzeb przez nie obsłużony. Powinienby wreszcie wytworzyć się organ, zaspokajający rzeczywiście potrzeby lekarzy i wypierający, gdzie to bez szkody stać się może, pisma zagraniczne. Obowiązek spróbowania, o ile to jest wykonalne, miał w pierwszym rzędzie »Przegląd«, jako pismo najstarsze, najpoczytniejsze i materyalnie stosunkowo niezależne; przy zmianie stosunków ogólnych przyjdzie może czas, że inne pismo polskie podejmie się tego zadania. Na razie próba ta, choć tylko częściowa i niezupełna, dowiodła, że reforma, o ile chodzi o odpowiednich współpracowników i zebranie koniecznego materyału, byłaby wykonalna. Wymagałaby ona jednak koniecznie większych środków materyalnych. Dałoby się i to osiągnąć przez jednoczenie się pism; a gdy niektóre pisma zaczęły do tego objawiać skłonność, starał się »Przegląd« z niemi porozumieć; jednakże poprawie stosunków tą drogą przeszkodziły różne względy miejscowe, po części istotnie ważne. W tem, co można było podjąć własnymi środkami, doszedł »Przegląd« do ostatecznych granic, a nawet poszedł poza nie; zmiana stosunku z Towarzystwem lek. lwowskiem dalszy rozwój tych usiłowań rzeczywiście poważnie utrudnia. Stanowisko swoje zaznaczył kol. C. już przed siedmiu laty przez inicyatywę do utworzenia sekcyi prasowej IX Zjazdu lek. i przyr. polsk., w której też Dr. Sterling z Łodzi przedstawiał konieczność reformy zupełnie zgodnie z poglądem kol. C., objąwszy urząd redaktora, który pojmuje jako służbę nietylko dla Towarzystwa lek. krak., ale w miarę możności dla piśmiennictwa lekarskiego polskiego w ogóle, wyłuszczył kol. C. swoje poglądy zarówno wobec niektórych pism polskich, jak i wobec Rady zawiadowczej Towarzystwa lek. galic. Obecne warunki i nastrój umysłów nie rokują, by w Galicyi nastały lepsze stosunki. Natomiast w Królestwie »Stowarzyszenie lekarzy polskich« uczyniło jednem ze swych zadań reformę i jednoczenie pism i być może, że w obecnych warunkach uzyska pożądany wynik. Kol. C. uważa to za rzecz bardzo pomyślną i zgodną z jego dążeniami, choć to może nie jest nawet pośredni skutek rzuconych przez niego myśli. »Przegląd« wytrwa na obranej drodze, która, jak wskazuje uzyskane już poparcie, coprawda głównie tylko moralne — jest właściwą. Dziękując wszystkim tym, których współdziałanie pozwala »Przeglądowi« drogą tą postępować, kończy kol. C. gorącym apelem do wspólnej pracy z myślą nietylko o »Przeglądzie«, ale o piśmiennictwie peryodycznem polskiem wogóle.

6) Przyjęto do wiadomości sprawozdanie administracyi »Słownika lekarskiego«, przedstawione przez k. red. Ciechanowskiego. Towarzystwo zdołało upłacić w roku zeszłym pewną część długu za druk słownika.

6) Przyjęto do wiadomości sprawozdanie kom. przemysłowo-lekarskiej, przedstawione przez k. Korolewicza. Do komisyi oprócz przewodniczącego k. prof. Korczyńskiego, jego zastępcy k. doc. Seńkowskiego i sekretarza k. Korolewicza kooptowano na rok 1906 za zgodą Towarzystwa kk. prof. Jakubowskiego, prof. Reissa, prof. Kadera, doc. Lembergera, doc. Drobę, Biera i Buzdygana. Komisya odbyła 4 posiedzenia, z których sprawozdania będą ogłoszone osobno w »Przeglądzie lekarskim«.

8) Przyjęto do wiadomości sprawozdanie komisyi higienicznej, przedstawione przez k. Biera. Sekretarz: *Wilczyński.*

Posiedzenie z d. 16 stycznia 1907.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, obecnych członków 42.

1) Protokół z posiedzenia w dniu 19 XII. 1906 przyjęto.

2) Komitet proponuje mianować Dr. Heliodora Święcickiego z Poznania, b. redaktora »Nowin lekarskich«. członkiem honorowym Towarzystwa, który to wniosek uzasadnia kol. Ciechanowski.

3) Kol. prezes odczytuje dwa na posiedzeniu komitetu uchwalone wnioski: a) lekarzy wojskowych przyjmuje się na członków bez balotowania; b) lekarzy, mieszkających w pobliżu Krakowa, a należących do Tow. lek. galicyjskich przyjmuje się na członków Tow. krak. z wkładką 12 K. rocznie. Oba wnioski uchwalono.

4) W miejsce kol. Habichta, który zgłosił ustąpienie, wybrano sekretarzem dorocznym kol. Owsińskiego.

5) Przyjęto na członka kol. St. Szurka.

6) Kol. Lewkowicz wygłasza odczyt »O mongolowatości«, przedstawiając dziecko, chorobą tą dotknięte.

6) Kol. Chlumsky wykłada »O leczeniu skazy moczanowej i chorób stawów gorącem powietrzem« (rzecz przeznaczona do druku). W dyskusyi zabierali głos kol. Piotrowski, Cercha, Godlewski M., Surzycki i prelegent.

Sekretarz: *Owsiński.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 20. listopada 1906 r.

1) Dębiński mówił **„O bakteryolizie laseczników rzekomogruźliczych“.** Po wstępie historycznym opisał prelegent metodę swych własnych badań i ich wyniki, które są następujące: 1) Laseczniki rzekomogruźlicze (Rabinowicz), wstrzyknięte do otrzewnej lub pod skórę królika, szybko rozpadają się na ziarenka. 2) Surowica królika lub człowieka zdrowego, zmieszana z lasecznikami rzekomogruźliczymi, nie wytwarza bakteryolizy *in vitro.* 3) Surowica królika, uodpornionego przeciwko prątkom rzekomogruźliczym, wywołuje energiczną bakteryolizę tychże prątków. 4) Surowica gruźliczych ludzi lub zwierząt, którym wstrzyknięto laseczniki: ludzki, bydlęcy, ptasi i rybi, daje wyniki niestałe. 5) Działanie bakteryolityczne surowicy prawidłowej względem laseczników rzekomogruźliczych jest złożone i zależy od aleksyny i substancyi uczulającej. 6) Udział fagocytozy w sprawie bakteryolizy jest bardzo słaby.

2) Malinowski Feliks mówił o **niezwykłym przypadku przerzutów raka sutka w skórze.** U 60-letniej kobiety na lewym sutku występowały plamy czerwone, które następnie pokrywały się pęcherzami; te zaś w następstwie wypełniały się wyroślami. Po pęknięciu pokrywek oddzielnych pęcherzyków i zlaniu się przestrzeni zawierających wybujałości powstało olbrzymie owrzodzenie. Badanie mikroskopowe stwierdziło raka (*carcinoma colloideum myxomatodes*) w głębi sutka. Nowotwór dawał przerzuty w skórze drogą naczyń limfatycznych. M. uważa ten przypadek za chorobę Pageta i wypowiada wniosek, że zmiany na skórze przy chorobie Pageta są skutkiem przerzutów pierwotnego raka sutka. *I. L.*

Posiedzenie kliniczne dnia 27. listopada 1906.

1) Korybut-Daszkiewicz opisał przypadek **zimnicy o niezwykłym przebiegu** u 2-letniego chłopca. Ten przebieg niezwykły polegał na następujących faktach: 1) Objawy zimnicy wystąpiły poraz pierwszy w listopadzie, co przemawiać może przeciw teoryi wyłącznego zakażania się przez komary lub też za możliwością istnienia długiego utajonego okresu zimnicy przed pierwszym jej napadem. 2) Typ gorączki niczem nie przypominał gorączki przy zwykłej zimnicy. Ciepłota wahała się w granicach 37° i 37·6°, wzniesienia i spadki bywały w różnych porach doby; dreszczów chory nigdy nie miewał. (We krwi znaleziono plasmodya). 3) Leczenie chininą nie skutkowało, dopiero podawanie nalewki słonecznika i wstrzykiwanie kakodylanu pod skórę wywołały spadek ciepłoty.

3) Stankiewicz Czesław opisał **przypadek ciąży zewnątrzmacicznej** i przedstawił usunięty jajowód.

3) Karwacki Leon przedstawił preparat bakteryologiczny z przypadku **meningitis streptococcica.** Zapalenie opon mózgowych rozwinęło się u dziecka po przebytej odrze. Zakażenie przeto paciorkowcowe wystąpiło jako powikłanie odrowe z prawdopodobnym punktem wyjścia z narządów oddechowych. Na preparacie zwraca uwagę wybitna fagocytoza łańcuszków paciorkowcowych.

4) Karwacki L. przedstawił preparat komórek nowotworowych z przypadku **pleuritis sarcomatosa.**

5) Dunin P. wypowiedział rzecz p. t. **„Etyologia stwardnienia tętnic“.** Prelegent, opierając się na materyale klinicznym, przenoszącym 500 spostrzeżeń i na spostrzeżeniach z praktyki prywatnej, dochodzi do wniosku, że za czynniki usposabiające do powstawania stwardnienia tętnic w pierwszym rzędzie uważać należy przymiot, dalej zaś wyskok, zatrucie nikotyną, skazę moczanową, otyłość, nadmierne odżywianie się, czynniki psychiczne, wreszcie przepracowanie się. Pewną rolę odgrywają tutaj także cierpienia zakaźne ostre.

W dyskusyi Janowski twierdzi, że biorąc ogólnie, wszystkie czynniki przyczynowe stwardnienia tętnic wywierają na tętnice swój wpływ szkodliwy w sposób jednakowy, mianowicie przez to, że wywołują mniej lub więcej stałe warunki podniesienia się ciśnienia w naczyniach, lub conajmniej podniesienia amplitudy wahań ciśnienia w nich przez wzmożenie czynności nerwów naczynioruchowych. Biorąc jednak poszczególnie przyczyny, wywołujące rzeczone podniesienie się ciśnienia w naczyniach, możnaby podzielić je na cztery grupy:

1) Zatrucia:

α) z zewnątrz ustroju:	β) z wnętrza ustroju:
a) wyskokiem,	*a*) zapalenie nerek,
b) tytoniem,	*b*) moczówka cukrowa,
c) ciężkimi metalami (ołów),	*c*) skaza moczanowa,
d) zakażeniami:	*d*) dłuższe i poważniejsze zaburzenia w trawieniu,
aa) przewlekłe (przymiot),	*e*) nadmierne odżywianie,
bb) ostre (głównie w późniejszym wieku).	*f*) złe, wadliwe odżywianie.

2) Warunki, wzmagające ciśnienie w naczyniach przez przeładowanie pracą serca:

a) stałe podniesienie ciśnienia przy otyłości,
b) przemijające, ale często się powtarzające przy przepracowaniu fizycznem,
c) przy przepracowaniu umysłowem,
d) przy częstych wzruszeniach moralnych, głównie zmartwieniach,
e) częste, nieprawidłowo silne pobudzenia płciowe.

3) Ogólna nadwrażliwość układu nerwowego, wskutek której wszystkie powyższe czynniki szkodliwe działają silniej.

4) Pewna nadwrażliwość samych naczyń, t. zw. hypotonia, dzięki której powyższe czynniki wywierają swoje działanie na naczynia szczególnie mocno lub szczególnie wcześnie.

Z powyższych przyczyn uważa J. wyskok, tytoń, zatrucie ołowiem i przymiot za bardzo częsty powód powstawania stwardnienia tętnic. Za najczęstszy powód stwardnienia naczyń J. uważa skazę moczanową w jej różnych odmianach. Zaznacza dalej, że w życiu najczęściej różne wpływy szkodliwe nawzajem się wikłają.

Zieliński Edward nie uważa za słuszne posługiwanie się wyłącznie metodą statystyczną w wykrywaniu etyologii jakiegokolwiek cierpienia. Sposób ten doprowadzić może do najdziwaczniejszych wniosków. Zdaniem mowcy dla powstania stwardnienia tętnic konieczne jest złe odżywianie samych ścian naczyń przez ich naczyńka odżywcze, miejscowe ich niedokrwienie, czego następstwem będzie częściowe obumarcie tkanki i jej zwyrodnienie, wytworzenie blizny, w końcu zwapnienie. Stąd wszelkie cierpienia ustroju, mogące wywołać długotrwałe niedokrwienie ścian naczyń krwionośnych, bywają czynnikiem etyologicznym w powstawaniu stwardnienia tętnic; czy to będą zmiany kiłowe, zamykające światło naczyń odżywczych (*vasa vasorum*), czy zatrucie adrenaliną lub nikotyną, powodujące stały ich kurcz tylko, czy wreszcie działanie ołowiu i rtęci, zmieniające skład samej krwi. Przyjmując taki pogląd, łatwo zrozumieć można i kształt plam stwardnienia (okrągły, odpowiadający terenowi rozgałęzień naczynia) i zdarzanie się złogów wapiennych w naczyniach u małych dzieci i tak częste występowanie stwardnienia tętnic wśród proletaryatu, którego o nadmiar odżywiania się posądzić nie można.

Stanisław Mutermilch wszystkie czynniki, wywołujące stwardnienie tętnic, dzieli na 3 grupy: 1) czynniki, wywołujące wzmożenie ciśnienia krwi (n. p. otyłość); 2) czynniki, działające toksycznie na układ tętniczy, przedewszystkiem na komórki śródbłonkowe naczyń resp. na naczyńka odżywcze (np. kiła); 3) czynniki, działające szkodliwie zarówno przez wpływ toksyczny, jak i przez wzmożone ciśnienie krwi (np. wyskok).

Rzętkowski wypowiada przekonanie, że t. zw. stwardnienie tętnic (*arteriosclerosis*) jest sprawą różną od miażdżycy (*atheromatosis*). Pierwsze jest raczej pojęciem klinicznem, a polega na wzmożonem ciśnieniu w układzie tętniczym, prowadzącem do osłabienia mięśnia sercowego. Miażdżyca zaś jest pojęciem więcej anatomopatologicznem, nie klinicznem. Objawy jej kliniczne zależne są od jej siedziby, sama zaś miażdżyca jest banalnym odczynem morfologicznym błony średniej na wszelkie obrażenia jej jakiegokolwiek pochodzenia, czyto toksycznego, czy mechanicznego itp. Jedną z najczęstszych przyczyn miażdżycy jest wzmożone ciśnienie w układzie tętniczym, a także duża amplituda wahań w tem ciśnieniu. Ponieważ stwardnieniu tętnic towarzyszy najstalej wzmożone ciśnienie, przeto najpospolitszą przyczyną miażdżycy będzie stwardnienie tętnic, miażdżyca będzie więc zejściem stwardnienia. Rz. nie przypuszcza, aby przymiot sam przez się był przyczyną stwardnienia tętnic; może on być tutaj zaledwie przyczyną współdziałającą. Być może, że ciężka praca fizyczna sprzyja powstawaniu miażdżycy, ciężkie zaś wzruszenia duchowe wytwarzają stwardnienie tętnic. Okresem, w którym u kobiet rozwija się najczęściej stwardnienie tętnic, jest okres przekwitania (ustalania się *climacterium*). W tym też czasie uwydatnia się u kobiet największa skłonność do tycia. Tutaj więc i tycie i stwardnienie tętnic zależą od jakiejś jednej przyczyny, związanej może z zanikiem czynności jajników.

W odpowiedzi zaznacza Dunin, że podział Janowskiego wogóle tylko w szczegółach różni się od podanego przez niego i w niczem nie zmienia jego poglądów na etyologię stwardnienia tętnic. Ze zdaniem Zielińskiego D. zgodzić się nie może. Uznając wszelkie braki metody statystycznej, sądzi jednakże, że może ona rzucić pewne światło na etyologię niektórych cierpień. W pracy swej D. podniósł tylko te czynniki, które stwardnieniu tętnic sprzyjają, samej zaś sprawy morfologicznej tego cierpienia nie poruszał. Poglądu Rz., jakoby stwardnienie tętnic a miażdżyca były sprawami różnemi, D. nie podziela: z punktu klinicznego nie ma tu żadnych różnic. *J. L.*

Posiedzenie kliniczne dnia 4 grudnia 1906.

Bregman wygłosił rzecz p. t. **„Nowotwory przysadki i okolicy przysadkowej“**, omawiając znaczenie tych nowotworów i podając dwa przypadki, spostrzegane klinicznie przez B., a zbadane anatomicznie przez Steinhausa. Przypadek pierwszy dotyczył 48-letniej kobiety, która przed $^1/_2$ rokiem cierpiała na przejściową głuchotę, i od roku tyje. Znaleziono porażenie typu Webera: lewy nerw okoruchowy, prawe kończyny. Bezład prawych kończyn. Niedowład dolnej gałęzi prawego nerwu twarzowego, potem porażenie lewego nerwu twarzowego, również w dolnej gałęzi. Objawy opuszkowe. Zamroczenie psychiczne, przemijające podniecenie. Bole w dziedzinie pierwszej gałęzi lewego nerwu trójdzielnego. Sekcya stwierdziła nowotwór w przysadce i okolicy przysadkowej, wrastający do trzeciej komory, w części skostniały. Opona miękka na podstawie wypuklona w postaci torbieli, lewa szypułka mózgowa, lewa połowa mostu Varola i lewe pasmo wzrokowe spłaszczone. Nowotwór jest nabłonkowy, pochodzi ze skupień płaskiego nabłonka, które według Erdheima znajdują się na powierzchni przysadki i na wyrostku przysadkowym, który ciągnie się wzdłuż lejka aż do skrzyżowania nn. wzrokowych. Komórki te są pozostałością po zarodkowym przewodzie przysadkowym. — Przypadek drugi dotyczył 7-letniej dziewczynki. Po durze napady bolów głowy z wymiotami. Nadmiernie utyła; od $^1/_2$ roku utrata wzroku. *Amaurosis* prawego, bardzo silna *amblyopia* lewego oka. Prosty zanik nn. wzrokowych. Niedowład lewych kończyn. Drżenie kończyn, lekki bezład przy bieganiu. Po kilku tygodniach pogorszenie: chora nie może ani stać, ani siedzieć, ani głowy utrzymać. Zez rozbieżny oka lewego. Ruch gałek ocznych ku górze zniesiony. Napady kurczów tonicznych całego ciała. Sekcya stwierdziła nowotwór torbielowaty w górnej części lejka, dochodzący do 3. komory i wodociągu Sylwiusza. Budowa nowotworu taka sama, jak w I. przypadku. Torbiel wypełniona w części ciemnozieloną masą włóknikową, zawierającą liczne złogi wapienne. Szypułki mózgowe i ciała czworacze — ścieńczałe. W ocenie klinicznej przypadków zwraca B. uwagę, że w I. przypadku pomimo cierpienia przysadki nie było akromegalii, nie może to jednakże obalić teoryi o powstawaniu akromegalii wskutek zaburzeń w troficznych czynnościach przysadki. To, że akromegalia raz występuje wyraźnie, w innych zaś razach brak jej zupełnie, tłómaczą niektórzy badacze tem, że bywa czynność nadmierna (hyperfunkcya) i niedostateczna (hypofunkcya) przysadki. Z innych zaburzeń odżywczych, zależnych od cierpienia przysadki, wspomnieć należy przedewszystkiem o otyłości, dalej idzie zatrzymanie się wzrostu ciała, niedokształt narządów płciowych, zmiany w skórze, owłosieniu, paznokciach. Znaleziono także zmiany w przysadce u karłów, u matołków, przy chorobie Basedowa i przy obrzęku śluzowatym.— Kryński, zajmując się przez szereg lat sprawą przysadki eksperymentalnie, przekonał się o nieprzezwyciężonych prawie trudnościach w doświadczeniach na psach. Pewne światło na te zawiłe objawy rzucić może jedynie klinika. Ta nigdy nie stwierdziła zupełnie pewnej zależności akromegalii od spraw chorobowych w przysadce mózgowej. Zdaje się jednakże być pewnem, że zanik czynności przysadki przy jej przeroście wywołuje pewne zmiany przerostowe, przeważnie w kościach, zgrubienia zaś przysadki, którym towarzyszy zwiększone wydzielanie, wywołują w ustroju sprawy destrukcyjne.

Ign. L.

Posiedzenie kliniczne z dnia 11. grudnia 1906 r.

1) Janowski Wł. wygłosił odczyt p. t. **„Zaburzenia żołądkowe i kiszkowe w najpierwszych okresach gruźlicy“.** Prelegent omówił różne zaburzenia żołądkowe i kiszkowe, jakie widywał u chorych w najpierwszych okresach gruźlicy, i zależność ich od cierpienia głównego uzasadniał danemi statystycznemi, jak również faktem znikania owych zaburzeń przy ogólnem leczeniu dyetetyczno-klimatycznem.

W dyskusyi Bronowski przyznaje, że objawy, o których wspominał prelegent, rzeczywiście spotyka się w początkowych okresach gruźlicy, jednakże dane odsetkowe prelegenta są prawdopodobnie zbyt duże. Zalicza on tutaj sporo takich zjawisk, które zdarzają się i u ludzi zdrowych (palenie w przełyku, ciężar w dołku) i które tylko w okresie rozwijania się choroby płucnej są przez chorych spostrzegane i z cierpieniem płucnem wiązane. Br. nie sądzi, żeby ustępowanie tych objawów po leczeniu ogólnem dyetetyczno-klimatycznem można tłómaczyć tak, jak prelegent. Przytoczone przez prelegenta objawy są po większej części przyrody nerwowej, ogólne zaś wzmacniające leczenie znosi w tym kierunku nadczułość, a stąd i usuwa objawy chorobowe. — Sokołowski widzi w wywodach prelegenta potwierdzenie swych, już dawno ogłoszonych poglądów, że wiele objawów żołądkowo-kiszkowych występuje w najpierwszych okresach gruźlicy i z nią jest wyłącznie związane. — Stanisław Mutermilch sądzi, że ze statystyki prelegenta należałoby wyłączyć te przypadki niestrawności żołądkowej, w których nie było wyraźnych rzężeń wilgotnych w szczytach płuc i w których brakowało jakichkolwiek innych oznak gruźlicy (krwioplucie, gorączka), a rozpoznanie gruźlicy opierało się jedynie na nieznacznych zmianach opukowych i wysłuchowych w szczytach płucnych (zaostrzony oddech i t. p.). Często bowiem mogą objawy niestrawności być pochodzenia jedynie nerwowego lub zależeć od pierwotnych zboczeń chemizmu żołądkowego, nieznaczne zaś zmiany szczytowe mogą być wyrazem już dawno zagojonej sprawy. — Pawiński zwraca uwagę, że w wielu przypadkach wczesnej gruźlicy objawy żołądkowo-kiszkowe nie zależą od wpływu toksyn gruźliczych na czynności żołądka, jak to przypuszcza prelegent, lecz od indywidualnej pobudliwości bądźto obwodowego, bądźto ośrodkowego układu nerwowego. — Roszkowski wspomina, że opisane przez prelegenta objawy żołądkowo-kiszkowe często spotykał u dzieci starszych w pierwszych okresach gruźlicy. Nie wystarcza tu jednak samo zbadanie płuc, trzeba także zwrócić uwagę na objaw Smitha, którego obecność bardzo wcześnie wskazuje na obrzmienie gruczołów oskrzelowych, zwykle pochodzenia gruźliczego. — Grundzach często widywał zaburzenia żołądkowo-kiszkowe w pierwszych okresach gruźlicy, a zawsze w tym kierunku zwrócić powinna uwagę nieraz spotykana bladość chorych. — Karwacki zaznacza, że w wielu opisanych przypadkach prelegenta może zachodzić nie zależność przyczynowa, lecz możliwość stosunku czysto współrzędnego.

Janowski odpowiada Bronowskiemu, że liczby jego są raczej za małe, niż za duże, gdyż dawniej zbyt rzadko rozpoznawał omawiane zaburzenia u gruźliczych; Karwackiemu, że jednym z ważnych dowodów zależności objawów od gruźlicy było ich ustępowanie po leczeniu przeciwgruźliczem, gdy zwykłe leczenie żołądka i kiszek sprowadzało jedynie pogorszenie; Mutermilchowi, że chorych podobnych widuje i obecnie po wyleczeniu objawów żołądkowych i mają oni jedynie skargi i objawy cierpienia płucnego. Ponieważ wogóle zależność taka między objawami żołądkowo-kiszkowymi i początkami gruźlicy mało jest w piśmiennictwie uwzględniana, a w praktyce mało uznawana, prelegent podaje swe spostrzeżenia szerszemu ogółowi, aby ustrzedz wielu od błędnej drogi. *Ign. L.*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie w d. 5 października 1906 r.

Łazarewicz wykładał w dalszym ciągu **o pubiotomii.** Przedstawiwszy historycznie technikę operacyi, podaje mowca warunki i wskazania tego zabiegu. Miednicę należy dokładnie wymierzyć. Ograniczenie przez Stockela wskazań przy miednicach krzywiczo-płaskich do dolnej granicy 8 ctm. sprzężnej prawdziwej, a przy miednicach ogólnie ścieśnionych 8,5 ctm., uważa mowca za zbyt ciasne. Należy stwierdzić przed operacyą napewno, że płód żyje. Główka nie powinna być za duża. Lekarz-praktyk nie powinien operować przy ujściu niezupełnie rozwartem. Pubiotomia zajmuje stanowisko pośrednie między wymóżdżeniem lub rozkawałkowaniem płodu, a cięciem cesarskiem.

W dyskusyi wyraża Pomorski obawę zakażenia rany przez rozdarcie skóry przy piłowaniu kości. Operacyę z oddzieleniem okostnej stawia P. na równi z operacyą z przecięciem okostnej. Zamiast piłki Gigliego możnaby używać nożyc Dalgreen-Krausego, używanych przy trepanacyi czaszki.

Prelegent nie przesądza, czy piłka Gigliego nie zostanie wypartą przez inne narzędzia. Frank niedawno zalecał pubiotomię otwartą i przedzielanie kości zapomocą dłuta; może i nożyce Dalgreen-Krausego znajdą zastosowanie.

Posiedzenie w d. 19. października 1906 r.

Łazarewicz w dokończeniu swego wykładu **o pubiotomii** roztrząsa postępowanie położnicze po dokonanem przecięciu kości. Po pubiotomii, dokonanej ze ścisłych wskazań, wypadnie poród zawsze kończyć operacyjnie. Wybór między kleszczami, a obrotem z następowem wydobyciem (ekstrakcyą) płodu zależeć będzie od danych okoliczności. Uwalnianie rączek po obrocie przy znacznej ścieśnionych miednicach może sprawiać trudności; zaleca się więc nie ściągać tułowia do ostateczności, a uwalniać każdą rączkę z miejsca, na którem stanęła. Za dobry uważa Ł. pomysł wyczekiwania samodzielnego porodu. W przypadkach, w których może zajść potrzeba wydobycia główki następującej, zalecił Doederlein »zapobiegawcze« zakładanie piłki. Opatrunki, ustalające miednicę po ukończeniu porodu po pubiotomii, są, zdaniem Ł., zbyteczne, a nawet mogą przeszkadzać utrzymaniu stale rozszerzonej miednicy. Zdaje się, że przecięta kość łonowa zrasta się li tylko zapomocą tkanki łącznej znacznie częściej, niż się tego spodziewano. Głównego niebezpieczeństwa pubiotomii nie stanowią krwotoki, ani krwiaki, aczkolwiek są przykrem powikłaniem, lecz rozdarcia, łączące ranę kostną z pochwą i pęcherzem. — Co do rokowania, to i po uwzględnieniu nieszczęśliwych przypadków z ostatniego roku, nie jest ono dla matek gorsze, niż obliczył Kannegiesser (3.48 prc. śmiertelności). Stosunkowo częste powikłania gorączkowe po operacyi tłómaczą się spokojem, jaki operowane muszą zachowywać; wtórne przepłukanie macicy usuwa zatrzymanie odchodów połogowych, a z niem i gorączkę. Wielką zaletą pubiotomii jest, że chód po niej pozostaje prawidłowy. — W końcu dochodzi Ł. do wniosku, że pubiotomia jest nabytkiem cennym, że pomimo niektórych niepomyślnych przypadków zdoła się stale w przyszłości utrzymać, a po uproszczeniu techniki i ustaleniu wskazań wejdzie może i do praktyki prywatnej.

W dyskusyi zauważa Święcicki, że nazwa »hebotomia« jest lepsza, niż »pubiotomia« i że odpowiednią jej nazwą polską jest »cięcie przyłonowe« (jak »cięcie łonowe« = symfizyotomia). Zdaniem S. porównywać cięcia przyłonowego z łonowem dziś jeszcze nie można; drugie ma już ustaloną technikę, pierwsze jej niema; aby uzyskać tensam stopień rozszerzenia miednicy, trzebaby po cięciu przyłonowem siły trzykroć większej, niż po łonowem. Po obu operacyach należy poród pozostawić siłom przyrody; w razie koniecznej potrzeby czynnego wkroczenia zaleca S. raczej obrót, jako mniej niebezpieczny. Po cięciu przyłonowem zdarzały się bardzo ciężkie powikłania, a nawet przy dobrych ostatecznych wynikach dochodzą różne powikłania do 66 prc. Toteż zdaje się, że pubiotomia nigdy nie stanie się operacyą, wykonywaną przez lekarzy-praktyków. Rentgenizacya celem oceny wyniku pubiotomii wymaga ostrożności, bo stwierdzono szkodliwy wpływ X-promieni na narządy rodne. Pomorskiego przekonują wywody Święcickiego o wyższości wyników operacyjnych symfizyotomii nad pubiotomią. Skoro po pubiotomii najczęściej nie następuje zrost kostny, to i pod tym względem nie ma ona wyższości nad cięciem łonowem. Zdaniem P. należałoby wykonywać pubiotomię otwartą, bo aseptyka odebrała w chirurgii znaczenie operacyom podskórnym. Nawet zaś podskórna pubiotomia nie wejdzie w praktykę powszechną; bez asysty (przynajmniej do uśpienia) nie można jej przedsiębrać. Po pubiotomii należy zachowywać się wyczekująco. P. porusza myśl zastosowania pubiotomii przy miednicach prawidłowych wobec złego położenia główki, mianowicie wobec położeń twarzowych, w których bródka i w dalszym toku dąży ku kości krzyżowej. Porażenie pęcherza i zatrzymanie odchodów połogowych po operacyach tłómaczy P. uszkodzeniem zwojów nerwowych w okolicy sklepień pochwy wskutek ucisku główki. Karwowski potwierdza szkodliwy wpływ rentgenizacyi na narządy płciowe.

(Według »Nowin lek.« 1906. Nr 12). *R.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Lekarze pomocniczy szpitala krajowego we Lwowie *ogłaszają następujący komunikat:*

Dnia 25. I. 1907 odbyło się w szpitalu powszechnym we Lwowie zgromadzenie lekarzy pomocniczych, na którem był obecny również kol. Kwiatkowski, jako delegat lekarzy pomocniczych szpitala św. Łazarza w Krakowie. Na zgromadzeniu tem uchwalono, solidaryzując się zupełnie z kolegami krakowskimi, zwrócić się jeszcze raz do Sejmu z postulatami w sprawie poprawy bytu, domagając się, jak w poprzednich petycyach: 1) pomnożenia liczby sekundaryuszy I klasy i sekundaryuszy II klasy do liczby oddziałów, t. j. po 10 każdej klasy; 2) unormowania poborów sekundaryuszy wedle norm, już obowiązujących w szpitalach rządowych (w Czerniowcach); 3) unormowania adjutów w ten sposób, by każdy lekarz w 2 miesiące po wstąpieniu otrzymywał adjutum w dzisiejszej wysokości z tem, że adjutum to wzrastać ma co roku o 200 koron aż do wysokości płacy sekundaryusza II klasy, ewentualnie 4) pomnożenia liczby lekarzy pomocniczych adjutowanych do 15, a mianowicie: 5 I klasy z płacą roczną 1000 koron, i 10 II klasy z płacą roczną 600 koron; 5) przyznania wszystkim lekarzom pomocniczym prawa do sześciotygodniowego urlopu dla odpoczynku rocznie. — O odpowiedź na te postulaty upraszają petenci do dnia 1 marca 1907.

W imieniu lekarzy pomocniczych krajowego szpitala powsz. we Lwowie upraszamy kolegów o solidarne poparcie naszych słusznych usiłowań otrzymania tego, co bądźto nam ustawa przyznaje, bądźto słuszność i konieczność domagać się każe.

Imieniem lekarzy pomocniczych szpitala lwowskiego:

Dr Adam Greliński.

Prezydyum państwowego Związku organizacyi lekarskich austryackich ostrzega wszystkich lekarzy w Austryi przed przyjmowaniem posady lekarza ubogich w gminie Neunkirchen w Austryi dolnej. Lekarz, któryby tę posadę przyjął, wyłącza się sam z kół lekarskich i naraża się na wszelkie tego uchybienia następstwa. Imieniem Związku: *Dr Janeczek.*

Pierwsza rocznica biernego oporu lekarzy dolnoaustryackich przypada z początkiem lutego b. r. Z tego powodu ogłaszają imieniem obu tamtejszych organizacyi lekarskich drdr Janeczek, Mayer i Nekowitsch obszerne pismo, w którem roztrząsają osiągnięte dotąd korzyści i plan postępowania w przyszłości. Jeszcze przed rokiem uważały szerokie koła wszczętą przez lekarzy dolnoaustryackich walkę za jakąś niehumanitarną, na szkodę cierpiącej ludzkości skierowaną działalność. Obecnie zdobyli już sobie walczący lekarze uznanie, że dobijając się swych słusznych praw, nie uczynili jednakże żadnej szkody chorym i nie uchybili swemu lekarskiemu powołaniu. Uznanie słuszności żądań lekarzy widoczne było też już w czasie ostatniej sesyi sejmu dolnoaustryackiego i zaznaczyło się życzliwem stanowiskiem marszałka oraz referenta spraw lekarskich, który zapowiedział zwołanie komisyi celem wypracowania nowej krajowej ustawy sanitarnej. Władze rządowe zwalczały wprawdzie wszelkiemi siłami bierny opór, ale właśnie dlatego, iż przekonały się, że bez współdziałania lekarzy gminnych niemożliwa jest wszelka statystyka sanitarna, jakoteż i działalność lekarzy rządowych w zakresie zwalczania chorób zakaźnych. Pomimo wynikłego stąd pogorszenia się stosunków między lekarzami rządowymi, a gminnymi, nie dali się lekarze gminni sprowokować i sameż władze rządowe wyższych instancyi nie mogły im w znacznej większości spraw spornych odmówić słuszności. Wpływ biernego oporu na samych lekarzy był nadzwyczaj korzystny, bo dzięki jemu powstało w jednym roku 19 organizacyi lekarskich w różnych krajach austryackich, a nawet oddawna ze sobą walczące dwie partye lekarzy wiedeńskich złączyły się w jedno grono organizacyjne. Powstał w końcu poważny ogólno-państwowy związek tych organizacyi. W Radzie państwa zgłoszono mnogie interpelacye w sprawach lekarzy, a minister w swych odpowiedziach uznał poprawne stanowisko walczących lekarzy gminnych. We wszystkich krajach koronnych weszła sprawa poprawienia ustaw, dotyczących krajowej służby zdrowa, na porządek dzienny, w Austryi dolnej zaś odnieśli już lekarze walne zwycięstwo w sprawie opieki lekarskiej nad podrzutkami, na której opłacenie kraj ten odtąd 120.000 kor. zamiast dotychczasowych 20.000 przeznacza. Jednakże zarząd organizacyi nie da się skusić zbyt gorączkowym nawoływaniom do ostrzejszej akcyi w postaci zbiorowego opuszczenia posad przez lekarzy gminnych; czyniąc to przedwcześnie, możnaby utracić zdobyte już lub zapowiadające się korzyści, narażając przytem niepotrzebnie byt materyalny wielu mniej zamożnych lekarzy. Zarząd organizacyi odczeka spełnienia obietnic, uczynionych na ostatniej sesyi sejmu dolnoaustr.; dopiero, gdyby w swoim czasie nie zwołano obiecanej komisyi lub w niej żądania lekarzy niedostatecznie uwzględniono, chwyci się zarząd organizacyi kolejno ostrzejszych sposobów walki, jako to: zwoła ogólny wiec lekarzy, przez co na próbę pozbawi na dzień lub dwa całą Austryę dolną dostatecznej pomocy lekarskiej, przeprowadzi podniesienie honoraryów od wszystkich chorych z wyjątkiem zupełnie niezamożnych, nakaże ściągać je niezwłocznie drogą prawną, a gdyby to wszystko nie pomogło, wówczas poda pod uchwałę wiecu ogólno-lekarskiego gromadne opuszczenie posad przez lekarzy gminnych. *R.*

Organizacye lekarzy dolnoaustryackich postanowiły na zebraniu delegatów w d. 18. I. 1907 nie zaostrzać sposobu walki, w tej nadziei, że zapowiedziana przez wydział krajowy dolnoaustryacki komisya zadowolni żądania lekarzy; na mężów zaufania do tej komisyi wybrano dr Wolframa i Mayera. Bierny opór uchwalono utrzymać w dotychczasowej postaci i odmówić udziału w tegorocznem szczepieniu krowianki, dopóki dla lekarzy coś nie będzie uczynione; uchwalono dalej od 1. marca 1907 podnieść honorarya lekarskie w całej Austryi dolnej o 50%, uzasadniając to drożyzną i nieuwzględnieniem przez rząd i kraj wynikłego z niej pogorszenia się bytu lekarzy. *J.*

Z walki lekarzy dolnoaustryackich podaje prezes Związku państwowego, dr Janeczek, do wiadomości następujący epizod: Jeden z lekarzy gminnych wstrzyknął zapobiegawczo surowicę przeciwbłoniczą; ktoś zadenuncyował to lekarzowi rządowemu powiatowemu, który z faktu użycia surowicy wniósł, że chodziło o przypadek błonicy i pociągnął lekarza gminnego do odpowiedzialności za to, iż o tym przypadku nie doniósł. Lekarz gminny oświadczył, że niema żadnego obowiązku tłómaczyć się przed lekarzem powiatowym, dlaczego wstrzyknął surowicę, że w danym przypadku błonicy nie rozpoznawał, więc też i nie miał obowiązku o niej donosić; zarazem zwrócił uwagę lekarza powiatowego, że surowicę wstrzykuje się nietylko w celach leczniczych, ale i zapobiegawczych. Mimo to skazano lekarza gminnego na grzywnę, a rekurs jego namiestnictwo odrzuciło. Protestując przeciwko temu, żeby lekarze rządowi dolnoaustryaccy mieli podstawę orzekać o działalności lekarskiej prywatnej lekarzy praktycznych dlatego tylko, że posiadają egzamin fizykacki, przypomina dr Janeczek, że egzamin ten wcale nie chroni od popełniania grubych błędów, przytaczając jako przykład przypadek, w którym lekarz powiatowy polecił dziewczynie, zakażonej wiewiórem, pożyczyć sobie do przestrzykiwań irrygatora od położnej, narażając przez to położnice, obsługiwane przez tęż położną, na możliwość zakażenia wiewiórowego. *R.*

Stowarzyszenie gospodarcze lekarzy austryackich »imienia v. Swietena« zamierza zawiązać »Towarzystwo lek. wied. III. okręgu«. Nowe stowarzyszenie miałoby za zadanie: ułatwiać członkom przystępowanie do kas zapomogowych »Wiener med. Doctorencollegium«, przyjmowanie wkładek oszczędności i depozytów, ochronę prawną, ubezpieczenia wszelakiego rodzaju, ściąganie honoraryów, dostarczanie dobrych a tanich narzędzi, związek spożywczy, budowę schronisk dla lekarzy, leczących się w zdrojowiskach i t. d. *R.*

Do udziału w wyborach do Rady państwa wezwała swoich członków Izba lekarska wiedeńska. Powinni oni uczestniczyć w zgromadzeniach przedwyborczych, poruszać tam sprawy sanitarne i zawodu lekarskiego i starać się o to, by zarówno w komitetach przedwyborczych, jak i wśród kandydatów na posłów nie brakło lekarzy. *R.*

Zjazd felczerów z Królestwa Polskiego odbył się w Warszawie 23. I. 1907 przy udziale przeszło 150 uczestników. Obrady zagaił redaktor »Przeglądu felczerskiego« p. Szymański, przewodniczącym obrano p. Duńczyka. Uchwalono: starać się o zniesienie nazwy felczera w drodze prawodawczej, o ujęcie działalności felczerów w ramy, odpowiedniejsze duchowi nauki i dążeń społecznych, o prawo składania egzaminu, dającego dyplom lekarza-praktyka, o utworzenie dla felczerów szkoły lekarzy-praktyków, o uzyskanie dla tak ukwalifikowanych felczerów stanowisk, opuszczonych przez lekarzy z wykształceniem uniwersyteckiem. Oświadczono się dalej przeciw zniesieniu warszawskiej szkoły felczerskiej, a za rozszerzeniem jej zakresu na wzór szkoły w Mohylowie; wychowańcy takiej szkoły mieliby prawo bez matury gimnazyalnej wstępować na wydział lekarski uniwersytetu. Postanowiono zwrócić się o pomoc w sprawie utworzenia wyższej szkoły felczerskiej do »Towarzystwa kultury polskiej«. Wreszcie omówiono sprawę założenia zawodowego stowarzysze-

nia, mającego na celu obronę moralnych i materyalnych interesów felczerów, wydawnictwo organu zawodowego, pośrednictwo w wyszukiwaniu pracy, pomoc pieniężną na przypadek kalectwa, śmierci i t. d.

Zjazd felczerów, felczerek i położnych rosyjskich odbywa się 20—25. I. st. st. w Moskwie.

Położenie lekarzy we Francyi utrudnia i pogarsza, jak stwierdza »Semaine med.« (Nr 4) każda nowa ustawa, dotycząca spraw lekarskich lub higienicznych. Obecnie w projekcie ustawy o postępowaniu z obłąkanymi przemycono znowu dwa postanowienia, znacznie przekraczające właściwy jej zakres, a bardzo dla lekarzy uciążliwe, mianowicie, że lecznice prywatne (nawet i te, które nie przyjmują obłąkanych) pozostają pod nadzorem władz, bez których zezwolenia nie wolno także nikomu lecznic takich otwierać, ani niemi kierować. Dla objaśnienia dodać należy, że we Francyi wiele przedsiębiorstw nie potrzebuje zezwolenia władzy; przez te więc nowe postanowienia oddano lekarzy pod prawa wyjątkowe, traktując ich gorzej, niż np.... szynkarzy. *R.*

Ubezpieczenie robotników w Anglii rozszerzyła nowa ustawa, uchwalona z końcem r. z., dająca w przypadkach wąglika, ołowicy, rtęcicy, arsenicy, zatrucia fosforem i choroby tęgoryjcowej prawo do takiego odszkodowania, jak przy nieszczęśliwych wypadkach wśród pracy. W przypadkach tych chorób zawodowych wydaje orzeczenie »lekarski inspektor przemysłu«. *A.*

Skromna reklama. W pismach niemieckich ogłasza się »radca lekarski prof. dr Hugo, jedyny niemiecki właściciel zakładu leczniczego w Nicei«. Stowarzyszenie lekarzy niemieckich z Riviery ogłasza obecnie, ze jestto wprawdzie podobno lekarz, ale ani radca lekarski, ani profesor, ani Niemiec, ani właściciel zakładu; »skromną« tę reklamę urządza sobie Rumun, niejaki Dr (?) Markus.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 20. do 26. stycznia 1907 doniesiono o 23 nowych przypadkach duru plamistego w 7 gminach, a mianowicie w mieście Lwowie 1 (stwierdzono dur plamisty u zarobnika, przybyłego z gminy podmiejskiej Zniesienie), pow. Bohorodczany (Markowa 3), Brzeżany (Dmuchawiec 1), Horodenka (Dąbki 4), Rawa (Biała 1), Tarnopol (Kutkowce 8), Złoczów (Krasnosielce 5). *T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 20. do 26. I. 1907 przypadków: błonicy 8 † 1 (w tem obcych —), krztuśca 3, płonicy 9, odry 11, duru osutkowego 1 (1), duru brzusznego 3 (1), nagminnego zapalenia opon 4 † 1 (2 † 1). *L.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 20. do 26. stycznia 1907 urodziło się dzieci żywo 67, nieżywo 3; zmarło osób 53 (obcych 19), z tego z gruźlicy 12 (3), zapalenia płuc 5 (3), błonicy 2 (2), płonicy 2 (1), duru brzusznego — (—), śmiercią gwałtowną — (—).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Posiedzenie sekcyi higieny niemowląt odbyło się we środę d. 30. I. 1907. W obradach zabierali głos: dr Bier, Landau J., Merz, Żeleński i prof. Ciechanowski.

— Posiedzenie sekcyi higieny szkolnej odbyło się we czwartek d. 31. I. 1907. Sprawę programu prac sekcyi zagaił dr Bier, poczem toczyła się ożywiona dyskusya.

— Według nadesłanego nam z Prezydyum miasta Krakowa komunikatu obradowała Komisya sanitarna miejska na posiedzeniu w d. 26. I. 1907 nad sprawą odpowiedniego, a ze względów zdrowotnych nieszkodliwego zużytkowania terenu ochronnego wodociągów na Bielanach. Po rozprawach nad referatem prof. Sikorskiego, w których uczestniczyli prof. Domański, Nowak, Pareński i doc. Seńkowski, uznano za najodpowiedniejsze utworzenie na terenie ochronnym łąk i wikliny, przyczem do nawożenia mogą być użyte tylko nawozy sztuczne; przed nawożeniem ma zarząd wodociągu zasięgać za każdym razem opinii fizyka miejskiego co do jakości użyć się mających nawozów. Na wniosek prof. Domańskiego uchwaliła komisya dokonać rewizyi swego statutu, powierzając referat dr Schaittrowi, oraz przeprowadzić próby odkażania autanem.

Na temże posiedzeniu ukończyła Komisya sanitarna nareszcie obrady nad nowemi instrukcyami dla lekarzy miejskich. Nad przedmiotem tym zastanawiać się jednak jeszcze będzie Magistrat, a potem Rada miejska. Następnie zostaną te instrukcye przesłane Namiestnictwu i będą zapewne przedmiotem obrad w Krajowej Radzie zdrowia. Lepiej późno, niż nigdy...; nareszcie po obradach, które trwały przez cały rok, jest nadzieja, że rzecz pójdzie w szybszem tempie. Reforma służby zdrowia jest dopiero pierwszą z reform, na których naglącą potrzebę wskazaliśmy w grudniu r. z. Jeżeliby na inne reformy w zakresie sanitarnym wypadło podobnie długo oczekiwać, w takim razie przyszłość nie przedstawiałaby się zbyt różowo. A szereg reform, powszechnie w kołach lekarskich za potrzebne uznawanych, jest dosyć znaczny; przypominamy tylko sprawę domu izolacyjnego, szpitala epidemicznego, zakładu Brata Alberta, domu dla kalek i starców w t. zw. ogrodzie angielskim, a wreszcie sprawę służby dezynfekcyjnej i zakładu dezynfekcyjnego. Z innych spraw tego zakresu oczekują na załatwienie sprawa pomocy dla ubogich położnic, sprawa przewozu zwłok i w ogóle postępowania ze zwłokami w przypadkach nagłych skonów i t. p. Z przedmiotem tym łączy się sprawa zapewnienia odpowiedniego materyału uniwersyteckiemu zakładowi medycyny sądowej, sprawa wystawiania zwłok w piwnicy kościelnej w śródmieściu, zawsze jeszcze niezałatwiona mimo odmiennych zapewnień prasy codziennej. Należy tu jeszcze reorganizacya szczepień publicznych i kilka innych pomniejszych spraw, o których na razie nie wspominamy. Już z tego pobieżnego zestawienia widać, że spory materyał czeka na opracowanie przez Komisyę sanitarną, a stąd wniosek, że jeżeli tylko posiedzenia jej odbywać się będą zgodnie z wymaganiem ustawy, t. j. przynajmniej raz na miesiąc, jedynie korzyść dla mieszkańców miasta z tego wyniknąć może. Gorliwa praca komisyi może zdoła wynagrodzić straty roku ubiegłego, w którym zamiast 12 odbyły się tylko cztery posiedzenia, i roku 1905, w którym odbyło się posiedzeń tylko siedem.

— Przenoszącego się na stanowisko prymaryusza Zakładu w Kulparkowie dr Torczyńskiego żegnało liczne grono lekarzy krakowskich w d. 20. I. 1907 zebraniem koleżeńskiem, na którem w serdecznych słowach przemawiali: dyr. Ponikło, prof. Wachholz i dr Uromski.

— Zarząd Biblioteki uczniów Wydziału lekarskiego w Krakowie składa serdeczne podziękowanie JWP. Prof. Kostaneckiemu i Łazarskiemu za ofiarowaną na cele Biblioteki kwotę 162 K 50 h i takąż sumę na mającą powstać Bratnią Pomoc Medyków.

Za Zarząd: *Feliks Blay*, prezes.

— Sprawa lepszego pomieszczenia szpitala w Białej, znajdującego się w stanie tak złym, że o poprawie jego mowy być nie mogło, narażonego na zalewy i zawilgoconego, będzie nareszcie prawdopodobnie rozstrzygniętą. Ponieważ gmina m. Białej nie mogła ponieść ustawowego ciężaru, t. j. połowy kosztów nowych budowli, przeto ciężar ten przyjął na siebie powiat bialski, co Sejm zatwierdził uchwaleniem odpowiedniej ustawy jeszcze w r. 1903. Gdy ustawa ta nareszcie, po 3 latach, doczekała się sankcyi, zakupił Wydział krajowy grunt pod nowy szpital na terytorym gminy Lipnik za 60.000 K.; stanie tam teraz szpital na 100 łóżek kosztem 300.000 K., z czego połowę pokryje powiat, drugą kraj zapomocą zaciągnięcia długoterminowej pożyczki, umarzanej z taks szpitalnych. Pożyczkę tę ma uchwalić Sejm w sesyi tegorocznej.

— Asanizacyę miasta przez zaprowadzenie wodociągów i kanalizacyi uchwaliła 24. I. b. r. rada miejska w Bochni.

Lwów. Na posiedzeniu krajowej Rady Zdrowia w d. 15. I. 1907 uchwalono odroczyć załatwienie podania lwowskiej Kasy chorych o założenie związkowej apteki, przedstawiono kandydata na udzielenie koncesyi na piątą aptekę w Przemyślu, wydano opinię w sprawie zmian statutu zdrojowego w Krynicy i w sprawie przyjmowania ciężarnych przez położne w mieszkaniu ich prywatnem, oraz postanowiono uczestniczyć w wystawie przyrodniczolekarskiej we Lwowie.

— Towarzystwo ginekologiczne lwowskie wybrało na r. 1907: prezesem dr Breitera, wiceprezesem dr Zawadila, sekretarzem dr Bocheńskiego, skarbnikiem dr Rapaporta.

Warszawa. Znakomity laryngolog dr T. Heryng i zaszczytnie z naukowej swej działalności znany dr Mayzel obchodzili jubileusz swej 35-letniej działalności lekarskiej. Życzeniom, które »Gazeta lek.« (Nr 2) składa obu Jubilatom, a swym wieloletnim współpracownikom, towarzyszą i nasze najszczersze życzenia, aby Im dano było jeszcze jaknajdłużej działać na pożytek społeczeństwa i chlubę nauki polskiej.

— Stosunki szpitali warszawskich uzdrowić może naprawdę tylko samorząd. Zanim się go jednak doczekają, nastąpi może już wkrótce częściowa przynajmniej poprawa obecnego stanu rzeczy przez zwinięcie osławionej »Miejskiej Rady Dobroczynności«, utworzonej w r. 1870 w celach głównie rusyfikatorskich, a oddanie szpitali w zarząd miasta. Urzędowy »Prawit. wiestnik«

ogłosił mianowicie, że prezydent ministrów Stołypin złożył radzie ministrów projekt, aby wszystkie prawa »Miejskiej Rady dobr.« do dochodów zakładów dobroczynnych, prawo pobierania podatku szpitalnego i cały zarząd szpitali i zakładów dobroczynnych, prócz prywatnych i prócz zakładu obłąkanych w Tworkach, przelać na magistrat m. Warszawy, a »Radę« i podwładne jej organa skasować, prócz inspektora szpitalnego, który odtąd będzie podwładnym prezydenta miasta. Do obrad nad sprawami szpitali i t. d. ma magistrat powoływać mieszkańców m. Warszawy, znanych z działalności filantropijnej lub znawców szpitalnictwa, oraz kuratorów szpitali.

— Na szpital św. Aleksandra i pokrewne cele zapisał zmarły niedawno biskup kielecki ks. Kuliński 1500 rb.

Z różnych stron. Na 21 wszechnicach w Niemczech zapisało się na wydziały lekarskie w półroczu zimowem 1906/7 ogółem 7219 słuchaczy (w r. z. 6080); najwięcej w Monachium — 1292 (43 kobiety), potem w Berlinie—1182, najmniej w Rostocku—99 i w Münster—63.

— Na konferencyi znawców w niemieckim »Ces. Urzędzie zdrowia« w sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego, odbytej 4. I. 1907, przeważały zdania, że rzekome zwiększenie się częstości tej choroby jest prawdopodobnie tylko pozorne. Aby uzyskać w tym względzie pewniejsze dane, postanowiono w statystykach szpitalnych i wykazach przyczyn śmierci utworzyć dla tej choroby osobną rubrykę.

— Pierwszą bodaj w Europie fundacyą, przeznaczoną wyłącznie »na zwalczanie śmiertelności niemowląt«, jest legat 100.000 Mk., zapisany miastu Monachium, a mający służyć na premie dla matek, karmiących piersią, oraz na zakładanie i utrzymywanie »żłobków«.

— Przy sposobności XIV międzynarodowego zjazdu higienicznego w Berlinie we wrześniu r. b. odbędzie się wystawa higieniczna.

— Najpoważniejszy tygodnik lekarski holenderski »Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde« obchodził półwiekowy jubileusz.

— Zakładowi Pasteura w Paryżu zapisał ziemianin Audrac cały swój majątek, $1^1/_4$ miliona franków.

— W petersburskim »Instytucie medycyny doświadczalnej« otwarto klinikę chorób skórnych, zbudowaną i urządzoną kosztem kupca N. Sinjagina. Klinika obejmuje 30 łóżek; koszt budowy i fundusz na utrzymanie 10 łóżek bezpłatnych wynosi 400.000. rbs. Kierownikiem kliniki został dr Sołowjew; kierownikiem doświadczalnej pracowni kiłowej prof. Zabołotny.

Mianowani: dr D. Romanowski profesorem terapii w instytucie ks. Heleny Pawłówny w Petersburgu; dr Whitfield profesorem dermatologii w Londynie;

dr Antoni Michnik lekarzem kolejowym w IX randze z przeznaczeniem do Bochni; dr Józef Hornowski z Warszawy asystentem przy katedrze anatomii patol. we Lwowie.

Powołani: prof. Kuhnt z Królewca na katedrę okulistyki do Bonn (na miejsce Saemischa).

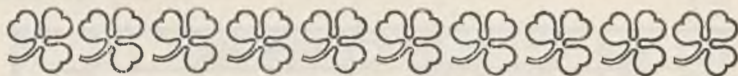
Zmarli: w Paryżu prof. położnictwa P. Budin; b. prof. Borlée, b. prezes belgijskiej akademii lekarskiej, w 90 r. ż.; w Hrubieszowie dr Antoni Łaniewski, wychowaniec b. akademii medyczno-chirurgicznej warszawskiej; osiadłszy przed 40 laty w Hrubieszowie był lekarzem progimnazyum, Tow. rolniczego i ordynatorem szpitala żydowskiego; dwóch pierwszych stanowisk pozbawiły go jednak władze, jako unitę; od zesłania uchroniła go tylko interwencya Chałubińskiego.

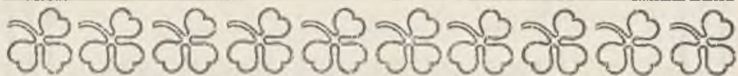
Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w styczniu 1907: *Gazeta lekarska Nr 1.*—Dr Władysław Gajkiewicz. Neugebauer: Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu i zabiegach operacyjnych przy potworności podwójnej płodu. Jaworski: Poród płodu półgłowego przy łożysku przodującem. — *Medycyna Nr 1—4.* Janowski: Zaburzenia żołądkowe i kiszkowe w najpierwszych okresach gruźlicy płuc. Korybut-Daszkiewicz: Przypadek zatrucia chininą, symulujący płonicę. Róbin: Dalsze dwa przypadki zapalenia okrężnicy, wywołanego obecnością woruszków w kiszkach. Solman: Z dziedziny chirurgii żołądka w przypadkach zwężenia odźwiernika.— *Tygodnik lek. Nr 1—4.* Gluziński A.: Kilka uwag o klinicznem badaniu sprawności narządu krążenia. Sędziak: Przyczynek do kwestyi porażeń nerwu krtaniowego dolnego czyli wstecznego pochodzenia toksycznego. Świątkiewicz: Leczenie tocznia żrącego engallolem. Szumowski: Galicya za Jędrzeja Krupińskiego, pierwszego protomedyka. Bolland i Franzos: W sprawie otrucia fosforem. — *Głos lekarzy Nr 1—2.* Mikołajski: 1) W sprawie funduszu pensyjnego dla lekarzy okręgowych. 2) Areszty jako rozsadniki chorób zakaźnych. 3) Kodeks deontologii lekarskiej, 4) (i Lange) Tajemnica lekarska. 5) Sekcya społeczno-lekarska X. Zjazdu lek. i przyr. polsk. 6) Zasady funduszu pensyjnego dla lekarzy okręgowych. — *Kronika lekarska Nr 1—2.* Sędziak: Zaburzenia nosowo-gardzielowo-krtaniowo-uszne w przebiegu dny. Hornowski: O miękkiej konsystencyi zwyrodniałej skrobiowato śledziony u człowieka. Giedroyć: Zapiski do dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce.— *Nowiny lekarskie Nr 1.* Mieczkowski: O leczeniu przekrwieniem zastoinowem w chirurgii metodą Biera. Pomorski: O leczeniu w chirurgii przekrwieniem zastoinowem metodą Biera. Łazarewicz: O leczeniu zastoiną Biera w ginekologii. Karwowski: O stosowaniu metody Biera w dermatologii i urologii. Stasiński: O działaniu przekrwienia zastoinowego na oko. Dembiński: Bier w otologii. — *Krytyka lekarska Nr 1.* Kramsztyk: 1) Alkohol na wystawie higienicznej. 2) Czy jest za dużo lekarzy? Szumowski: Dwa kursa propedeutyki medycyny. Bieliński: Gabinety i muzea wydziału lek. królewskiego Uniwersytetu warszawskiego (dok.).— *Czasopismo lekarskie Nr 1.* Sterling: Obecny stan nauki o własnościach leczniczych tuberkuliny przy gruźlicy płuc. Grabowski J.: W sprawie otwarcia warszawskiej szkoły położniczej przy przytułkach miejskich.— *Przegląd higieniczny Nr 1.* Barzycki: Woda do picia i do użytku domowego w Galicyi i WKs. Krakowskiem. Pappée: Choroby weneryczne, ich rozszerzenie i zapobieganie. — *Kronika dentystyczna Nr 1.* Friedländer: Zęby jako ważne znamię w medycynie sądowopolicyjnej. Kon: Trigemina i jej zastosowanie w dentystyce. Krakowski: O plombach porcelanowych. — *Zdrowie Nr 1.* Sokołowski: Stan obecny walki z gruźlicą w Anglii. Dobrzycki: Przyczyny niepowodzeń naszych miejscowości leczniczych w ostatnim roku. Grundzach: Kilka słów w sprawie leczenia dyetetycznego w naszych zdrojowiskach.

Redakcya otrzymała: Chlumsky: Über die funktionellen Resultate bei der Behandlung der tuberkulösen Knochen- u. Gelenkerkrankungen. »Zeits. f. orth. Chir.« XVII. Wernic: Postulaty higieny szkolnej. Warszawa, 1907. Wende i Sp.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 6. lutego o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska l. 4). Porządek dzienny: 1) Przedstawienie chorych. 2) Kol. prym. Borzęcki: »O leczeniu ostrego wiewióra u mężczyzn«.





Rok XLVI. Kraków, dnia 9. lutego 1907. Nr 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Myxoedema fruste (Hypoplasia gl. thyreoideae, nervi sympathici ac tractus genitalis)

opisał

prym. dr A. Krokiewicz.

(Z ryciną.)

(Ciąg dalszy.)

W czasie spostrzegania klinicznego stan chorej przedstawiał się następująco:

7/III—2/IV. Ciepłota ciała poniżej 37° C; tętno drobne, zmienne, waha się od 84—120 uderzeń na minutę; duszność przy ruchach; ból w barkach, plecach, udach; wypadanie dość silne włosów. Chora stojąc nie może się prosto utrzymać, lecz podaje się naprzód górną częścią ciała. Apetyt, sen dobry: stolec prawidłowy. Badanie nie wykrywa zmian ważniejszych w narządach wewnętrznych. Moczenie skąpe, nie dochodzi ponad 1000 gm. na dobę.

2/IV. Podczas siadania na nocnik chora uczuła silny ból i trzaśnięcie w mostku. Badaniem stwierdzić można wybitne załamanie się mostka na granicy między trzonem a rękojeścią; tamże silny ból za dotykiem. Chora doznaje silnego bólu w okolicy mostka przy siadaniu, zawrotu głowy i szumu w uszach. Tętno drobne, 120—132, regularne; tony serca głuche. W płucach rozsiane świsty i furczenia.

4/IV. Ciepłota ciała wieczorem 38·2 stopni C, a rano 37·1 stopni C. Ból w mostku i klatce piersiowej. W uchu lewem słuch prawie zniesiony. Tętno ledwie wyczuwalne. W tylnych i dolnych częściach płuc ogniskowe drobne rzężenia *(bronchopneumonia lobularis)*; liczba oddechów 42. Ilość moczu na dobę 1030 gm. Podano tabletki z tyreoidyny (0·10) Mercka (4 dziennie).

Badanie krwi dokonane przez dra Blassberga, sekundaryusza oddziału, wykazało: hemoglobina (Gowers) 100 prc., ilość krwinek czerwonych 4,110,000, ilość krwinek białych 10,600, stosunek krwinek białych do czerwonych 1:388, wskaźnik hemoglobiny w ciałku czerwonem (Türck) 1·2. W preparatach niebarwionych ciałka czerwone kształtów prawidłowych, lepkości zmniejszonej. Leukocytoza nieznaczna. Mikro-, makro-, poikilocytów nie znaleziono. W preparatach ustalonych w alkoholu, oraz w mięszaninie alkoholu i eteru, barwionych trójbarwikiem kwaśnym (triacidem) Ehrlicha, cozyną i błękitem metylenowym wykazują leukocyty następujący stosunek: limfocytów małych 28 prc., neutrofilów wielojądrzastych 62 prc., neutrofilów przejściowych 8 prc., limfocytów dużych 1 prc., eozynofilów 1 prc. Brak plasmodyów zimnicznych; straty heminy.

5/IV—7/IV. s. i.; pod wieczór 38° C., rano 37° C. Miejsce załamania na mostku mniej bolesne. Tętno waha się od 112—120. W tylnych i dolnych częściach płuc, zwłaszcza po stronie prawej liczne drobne rzężenia. Moczu na dobę około 1,300 gr.

7/IV. Badanie moczu dokonane przez doc. Seńkowskiego wykazało: barwa winożółta, oddziaływanie kwaśne, c. g. 1,016, przejrzystość mglista, zapach prawidłowy, składniki stałe 37·28, kwasota cm³ N. ługu 8, mocznik 13·78, kwas moczowy 0·792, chlorek sodu 4·09, kwas fosforowy 1·34, indykan i urobilina prawidłowo, stosunek kwasu moczowego do mocznika 1:16, stosunek chlorku sodu do mocznika 1:3·4, białko (albumen) 0·003‰, ślad ledwie spostrzegalny; globulina, peptony, albumozy, barwiki krwi, cukier, aceton, kwas aceto-octowy, barwiki żółciowe: nie znajdują się. Osad zwiększony; komórki przybłonka, śluz.

9/IV—26/IV. Stan ogólny niezmieniony. Ciepłota ciała czasem prawidłowa, zazwyczaj jednak pod wieczór dochodzi do 38° C. Tętno waha się od 120—160. Chora bardzo pobudliwa. Duszność większa, zwłaszcza po wszelkim ruchu. Apetyt dobry, sen przerywany. W płucach rozsiane rzężenia liczne; w szczycie prawym wdech i wydech oskrzelowy; w jamach opłucnych płyn surowiczy wysiękowy. Kaszel suchy. Obfite ropienie z ucha lewego. Chora nie może ani siadać, ani stanąć; doznaje bolu przeszywającego w klatce piersiowej; kręgosłup przybiera większe łukowate wygięcie ku tyłowi. W miejscu załamania się mostka i w 2—3 lewem międzyżebrzu wybitne tętnienie. Moczenie na dobę waha się między 1900—2500 gm.

26/IV. Badanie moczu dokonane przez prof. Stopczańskiego wykazuje: barwa winożółta, oddziaływanie kwaśne, c. g. 1·010, osad w ilości zwiększonej, urochrom zmniejszony, indoxyl zwiększony, mocznik zmniejszony, kwas moczowy prawie prawidłowy, chlorki prawidłowe, fosforany ziem. zwiększone, fosforany potasowców zwiększone, siarkany zwiększone. W osadzie: fosforan zasadowy wapniowy (kostny) w znacznej ilości. Białka nader mała ilość (ślad zaledwie spostrzegalny). W czasie odstania się wydziela się obficie fosforan zasadowy (kostny) wapniowy; śluz obfity, leukocyty.

Badanie krwi wykonane przez dra Blassberga stwierdza: hemoglobina (Gowers) 95 prc., ilość krwinek czerwonych 4,760,000, ilość krwinek białych 13,800, stosunek krwinek białych do czerwonych 1:345, wskaźnik hemoglobiny w ciałku czerwonem (Türck) 1. W preparatach niebarwionych ciałka czerwone krwi kształtów prawidłowych, lepkości prawidłowej: wybitna leukocytoza. W preparatach ustalonych alkoholem i eterem, barwionych trójbarwikiem kwaśnym (triacidem) Ehrlicha, eozyną i błękitem metylenowym wykazują leukocyty następujący stosunek: limfocytów małych 19 prc., neutrofilów wielojądrzastych 77 prc., neutrofilów przejściowych 4 prc. Brak limfocytów dużych i eozynofilów. Zresztą s. i. Wobec b. drobnego tętna i obrzęku na stopach podano chorej *tinctura strophant.*, poczem wystąpiły wymioty, rozwolnienie znaczne z zapadem. Po wstrzyknięciu olejku kamforowego stan ogólny się polepszył: wymioty i rozwolnienie ustały.

28/IV—25/V. gorączka trawiąca o torze przerywanym, bez potów, przyczem wahania dzienne dochodzą 1·8° C. Tętno stale się utrzymuje między 140—180 na minutę. W płucach liczne rozsiane drobne rzężenia, kłucie w bokach, osłabienie szmerów oddechowych w tylnej i dolnej części po obu stronach klatki piersiowej. Liczba oddechów 40—50 na minutę; duszność znaczna. Język wilgotny, sinawy; apetyt i sen gorszy. Z ucha lewego cieczenie ropne. Chora daje się unieść bez bolu i może stanąć na nogach i usiąść.

Poszczególne wymiary:

Obwód głowy w wysokości czoła	54	cm.
» szyi	34	»
» klatki piersiowej w pachach	84	»
» powyżej sutków	82	»
» klatki w wysokości sutków	86	»
» brzucha w pępku	88	»
» ramion w wys. przyczepu mięśnia naramiennego	23	»
» przedramienia powyżej stawu nadgarstkowego	15	»
» ud w pachwinie	47	»
» kończyn dolnych w kolanie	32	»
» » w kostce	19·5	»

25/V. Ciepłota ciała wieczorna 39·4° C, rano 38·4° C; duszność; liczba oddechów 60. Chora bardzo osłabiona; kaszle; odpluwa skąpe rdzawe plwociny. Tętno niepoliczalne.

26/V. Ciepłota ciała wieczorna 38·6° C; rano 37° C. Liczba oddechów 60.

Badanie krwi (dr Blassberg) wykazało: hemoglobina (Gowers) 80 prc., ilość krwinek czerwonych 4,080,000, ilość krwinek białych 6,200, stosunek krwinek białych do czerwonych 1:660, wskaźnik hemoglobiny w ciałku czerwonem (Türck) 1. W preparatach niebarwionych ciałka czerwone krwi lepkości zmniejszonej, nieliczne normocyty, pojedyncze mikrocyty i poikylocyty. Brak leukocytozy. W preparatach ustalonych w mieszaninie alkoholu i eteru, barwionych trójbarwikiem kwaśnym (triacidem) Ehrlicha, eozyną i błękitem metylenowym wykazują leukocyty następujący stosunek: limfocytów małych 35 prc., neutrofilów wielojądrzastych 62 prc., neutrofilów przejściowych 3 prc., brak limfocytów dużych i eozynofilów.

27/V. nad ranem *exitus letalis:*

Rozpoznanie kliniczne opiewało: *Myxoedema fruste. Pleuritis bil, exsudativa. Bronchopneumonia lobul. bil. dissem. Angiotrophoneurosis cutis. Neurosis cordis c. dilatatione (tachycardia) Trophoneurosis ossium (infractio sterni, kyphosis thoracica). Hypoplasia vasorum. Tumor lienis. Otorrhoe sin.*

Leczenie ograniczało się do usuwania poszczególnych objawów chorobowych. Chorej podawano z początku: przetwory salicylowe, narkotyki, środki sercowe, nasenne — tudzież pastylki tyreoidynowe (0,1) Mercka. Wszystkie leki działały ujemnie z wyjątkiem tyreoidyny Mercka. Po stosowaniu tejże na krótki czas wystąpiło przemijające polepszenie o tyle, że akcya serca stała się silniejszą i zwiększyła się przeszło w dwójnasób ilość moczu, a zmniejszyło się wypadanie włosów; wkrótce jednak wystąpiły objawy b. przyspieszonego tętna i bicie serca *(tachycardia* — 180 uderzeń), coraz większej ogólnej nerwowości, bolów w kościach i zmniejszonego bardzo moczenia. (Dok. nast.

O białaczce i chorobach pokrewnych.

Podał

Dr E. Stahr.

(Ciąg dalszy.)

Wspomnieliśmy już, że ogniska rakowe i mięsakowe w szpiku (*myeloma neoplasmaticum*) wywołać mogą obraz krwi, podobny do białaczkowego (Frese, Kurpjuweit, Israel-Leyden, H. Hirschfeld, Kast); Dominici widział wśród doświadczalnego zakażenia durem u królików myelocytozę w krwi. Że zaś zwyczajne ziarniniaki zakaźne, zwykle budowy limfadenoidalnej, mieć mogą utkanie myeloidalne, stwierdziło bardzo wielu autorów. [Fraenkel-Japha (błonica), Dominici (dur), Pelagatti (grzybica guzowa, Weil (ospa i t. d.)].

Pamiętając o tych wszystkich spostrzeżeniach, nietrudno zrozumieć, dlaczego się tak mnożą opisy nieprawidłowych białaczek.

Przez białaczkę wrzekomą[7]) rozumiemy sprawę chorobową, która cechuje się klinicznie i histologicznie tak samo, jak białaczka prawdziwa, powiększeniem narządów krwiotwórczych, jednakże bez zjawiania się w krwi nadmiernej ilości krwinek białych. — Dawniej, kiedy rozróżniano dwa rodzaje białaczki: gruczołową i śledzionową, mówiono również analogicznie o dwóch rodzajach białaczki wrzekomej, o gruczołowej i śledzionowej. Jak wyżej wspomniałem, Ehrlich udowodnił, że niema białaczki śledzionowej, że natomiast ta choroba, którą zwano białaczką śledzionową, polega na zmianach szpiku i jest właściwie białaczką szpikową, zaś obrzęk śledziony, tej sprawie towarzyszący, nie jest wcale sprawą pierwotną, ale wtórną. Kiedy więc poznano białaczkę szpikową (*myelogenes myleoidalis*), stworzyli Baumgarten i inni pojęcie białaczki rzekomej szpikowej. Naturalnie, że Pappenheim, który głosił jako zasadę[8]), że zmiana tkanki szpikowej (myeloidalnej), wywołuje zawsze i stale białaczkę prawidłową, wystąpił przeciw temu, by wogóle możliwą była białaczka rzekoma szpikowa (»myeloide Pseudoleukaemie«). Godzi się tylko na możliwość istnienia białaczki rzekomej z siedzibą w szpiku (*myelogenes*), ale polegającą na bujaniu tkanki limfadenoidalnej tamże. Innymi słowy powiada: *pseudoleukaemia myelogenes myeloidalis* nie istnieje, można zaś mówić tylko o *pseudoleukaemia myelogenes lymphadenoidalis*. Zapatrywanie to nie da się jakoś pogodzić z głoszoną przez niego zasadą, że każde bujanie białaczkowe szpiku wywołuje zawsze i stale białaczkę prawdziwą. Osobny rozdział, bardzo zawiły, poświęca też Pappenheim (l. c.) omówieniu różnicy między *pseudoleukaemia myelogenes lymphadenoidalis* a *leuk. lymphadenoidalis* naturalnie także *myelogenes*, bo białaczki bez zajęcia szpiku nie uznaje. Po wielu wywodach dochodzi wreszcie do tego, iż przyznaje, że dotąd nie można było podać dostarczającego wyjaśnienia sprawy i powiada »soll Leukaemie resultieren, muss ausserdem zu all' diesem noch ein bestimmtes auslösendes Etwas (Veranlagung, Disposition) hinzukommen«. Pappenheim występował przeciw tłómaczeniu białaczki prawdziwej w odróżnieniu od białaczki wrzekomej swoistym bodźcem białaczkowym przez szkołę Ehrlicha, aż wreszcie doszedł do tego samego »*ignoramus*«, tylko zamiast »specifischer Reiz« czy »Noxe« powiada »ein bestimmtes auslösendes Etwas«.

Na podstawie najnowszych prac jednak wolno nam wnosić, że *pseudoleuk. myeloidalis myelogenes* (a nawet *myeloidalis lymphatica* i *myeloidalis lienalis* — ale o tem później) istnieje. Boć trudno wyrozumieć, jaka właściwie istnieje różnica między mięsakiem szpikowym (*myeloma*), a *pseudoleuk. myeloidalis myelogenes*. Wszak w mięsaku szpikowym (*myeloma*) buja chorobliwie tkanka szpikowa w szpiku i mimo to sprawa nie odzwierciedla się zupełnie albo prawie zupełnie w obrazie krwi. Zdaje się zatem, że może istnieć białaczka rzekoma szpikowa i to i limfodenoidalna i myeloidalna. Niektórzy autorowie, jak Sternberg przestrzegają przed pomienianiem mięsaka szpikowego *(myeloma)* z białaczką rzekomą szpikową, bo białaczka rzekoma ma być sprawą, rozlaną na cały narząd limfatyczny, względnie szpik, a mięsak szpikowy powstaje w ogniskach odgraniczonych. Sam nieco dalej jednak powiada, że nieraz ogniska te, rozrastając się, zlewają się (l. c. 137).

Temu poglądowi można było do niedawna zarzucić, że w dotąd znanych przypadkach mięsaka szpikowego (*my-*

---

7) Nazwa *„pseudoleukaemia“* pochodzi od Cohnheima i ta jest najczęściej używana. Z biegiem czasu różni autorowie pod różnemi nazwami chorobę tę opisywali. *Morbus Hodgkinsi*, wedle pierwszego autora, który ją opisał — *Malignes Lymphom* (Billroth), — *progressive multiple Lymphdrüsenhypertrophie* (Wunderlich), — *multiple Lymphadenome ohne Leukaemie* (Cohnheim), — *maligne aleukaemische Lymph(aden)ome* (Orth), — *Lymphosarkoma* (Virchow), — *heterologe geschwultsförmige Neubildungen von adenoider oder cytogener Substanz* (Wagner), — *Adénie* (Troussean), — *Hypertrophie sans leucémie* (Cossy), — *Drüsensarkom* (Langenbeck), — *Anaemia sive Cachexia lymphatica* (Wilks), — *Cachexie sans leucémie* (Bonfils), — *Desmoidkarzinom* (Schulz), — *malignes Lymphorsarkom* (Langhans), — *Lymphome ganglionnaire anémique* (Lanceraux), — *multiple Lymphomatosis* (Korach) (zestawione za Sternbergiem, l c. 122). W ostatnich czasach nazywa Pappenheim to, cośmy dotąd nazywali białaczką rzekomą, zwykle *Aleukaemia hyperplastica* albo *Hyperplasia aleukaemica*. Tak samo radzi nazywać tę chorobę Sternberg (Verhandl. d. deutsch. pathol. Geselschaft VIII. Tagung 1904), a więc *„Aleukaemia“*, zaś nazwę *„Pseudoleukaemia“* radzi pozostawić dla spraw podobnych z wejrzenia klinicznego, ale mających tło n. p gruźlicze. Naunyn radzi zarzucić używania określenia *Pseudoleukaemia* (Der Ausdruck habe mehr Verwirrung als Aufklärung ausgerichtet. Am besten verchwände er ganz aus der Literatur). Zobacz dyskusye nad odczytem Mossea: Zur Kentniss der Pseudoleukaemie u. d. Werlhofschen Krankheit. Zjazd przyrodników i lekarzy w Wrocławiu 1904). Türk też radzi zaniechać nazwy *Pseudoleukaemia*.

8) »Jede Hyperplasie des myelogenen Myeloidgewebes dokumentiert sich lediglich als gemischtzellige Myelaemie Myeloide Wucherung im Mark ohne Leukaemie ist nicht bekannt. Jede myeloide Wucherung führt sogleich ohne Weiters zur Leukaemie. Es gibt somit keine myeloide Pseudoleukaemie« itd. itd.

eloma multiplex) znajdowano zawsze utkanie limfadenoidalne. Można było zatem godzić się, czy na równorzędność, czy nawet tożsamość tego mięsaka z *pseudoleuk. myelogenes lymphadenoidalis*, ale nie z *pseudoleuk. myelogenes myeloidalis*. Tymczasem niedawno opisano przypadki mięsaków szpikowych [9]) *(myeloma)*, w których guzy składały się z neutrofilnych myelocytów, a więc z tkanki myeloidalnej.

Zważywszy teraz, że Aschoff [10]) opisał przypadki, w których stwierdził myeloidalną przemianę w gruczołach i śledzionie bez pierwotnego zajęcia szpiku i bez białaczkowej zmiany krwi, możemy dziś twierdzić, że istnieje i *pseudoleuk. myeloidalis lymphaticolienalis*.

Zebrawszy wszystko razem, możemy zatem tak, jak dziś rzeczy stoją, mówić o białaczce rzekomej, której podłożem może być białaczkowe bujanie tkanki tak limfadenoidalnej, jak i myeloidalnej zarówno w gruczołach, jak śledzionie i szpiku.

W uzupełnieniu pozwolę sobie tu zaznaczyć, że w ostatnich czasach opisywali niektórzy autorowie nową postać białaczki rzekomej, polegającej na bujaniu komórek plazmatycznych albo bujaniu erytrocytów.

Micheli (Anémie grave et pseudo-leucémie plasmacellulaire. Arch. delle scienze mediche 1903. cyt. za Hirschfeldem l. c.) znalazł w jednym przypadku ciężkiej niedokrwistości w szpiku, śledzionie i wątrobie liczne komórki plazmatyczne. Hoffmann (Über das Myelom mit besonderer Berücksichtigung des malignen Plasmoms Zieglers Beiträge T. 35, też wedle Hirschfelda) znalazł ogniska mięsaka szpikowego, ale złożone z komórek plazmatycznych. Ribbert (Über das Myelom. Ctrblatt f. patholog. Anatomie. 1905. T. 15, str. 337, Ibidem) opisał zaś przypadek takiegoż mięsaka, którego guzy utkane były z krwinek czerwonych jądrzastych, o cechach megaloblastów.

Ogólnie możemy zatem powiedzieć, że wszystkie choroby krwi białaczkowe, czy białaczkowate są wynikiem swoistych zmian tkanek krwiotwórczych bez względu na to, w których narządach te tkanki się mieszczą. W zasadzie nie różnią się wszelakie białaczki między sobą; różne odmiany tych cierpień odróżniają się tylko nieznacznymi objawami, co zależy może od siły czynnika chorobowego, może od drogi, którą się tenże dostał do ustroju, a może od osobniczych skłonności.

Autorowie, piszący o chorobach krwi, nietylko pociągali i jeszcze pociągają ostrą granicę między obiema postaciami białaczki, ale i między białaczką prawdziwą, a białaczką rzekomą. A że, jak dotąd, — przynajmniej w podręcznikach — nie spotykamy jeszcze wzmianki o białaczce rzekomej myeloidalnej, rozróżnienie odnosiło się tu zawsze do bujania tkanki limfadenoidalnej, a więc z jednej strony do białaczki prawdziwej limfadenoidalnej, a z drugiej do białaczki rzekomej limfadenoidalnej. (C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

Zygmunt Kramsztyk. **Objawy kliniczne chorób oczu.** Wydane z zapomogi kasy im. Mianowskiego (2 tomy, str. 388 + 411). Warszawa. 1907. Cena 4 rbs.

Leży przed nami nowe dzieło, którego autorem jest okulista wytrawny i doświadczony, i które budzi nasze zajęcie ze względu na swą treść dydaktyczną, nadającą mu znamię podręcznika naukowego. Polskie piśmiennictwo okulistyczne, przeważne monograficzne, takich prac dotąd niewiele posiadało.

[9]) Mac Callum, Parkes Weber (Med chir. transactions. Vol. 80, str. 395, podane wedle Hirschfelda, Folia haem. II. 749) i Sternberg: Zur Kenntniss des Myeloms (Zeits. f. Heilkunde. 1904).

[10]) Aschoff (zobacz dyskusyą po wykładzie Sternberga: Über eine sogenannte »atypische Leukaemie« (Chloromyelosarkomatose). Verhandl. d. deutsch. patholog. Gesellschaft VIII Tagung. 18/X—21/IX 1904 wedle ref. w Folia haemat.

Przedmiot swego dzieła ogranicza autor wyłącznie do semiotyki chorób ocznych. Opisuje zatem poszczególne kliniczne ich objawy, dające się stwierdzić zapomocą najprostszych, każdemu praktycznemu lekarzowi dostępnych sposobów badania. Pomija zatem badania drobnowidowe, bakteryologiczne i ściślejsze pomiary optyczne, wymagające drogich przyrządów i urządzeń, jakie posiadać mogą tylko zakłady kliniczne lub pracownie naukowe. Mimo tych ograniczeń dzieło obejmuje dwa spore tomy, co się tłomaczy bardzo dokładnem i drobiazgowem nieraz objaśnianiem każdego szczegółu z pomocą długich porównań i opisów, zakrawających miejscami niemal na wykład popularny. Zaprzeczyć się nie da, że dzięki temu nawet trudne i zawiłe zagadnienia przedstawione są w sposób jasny i dla młodych adeptów okulistyki przystępny. Do powiększenia objętości dzieła przyczynia się także druk duży, odpowiadający w zupełności wymogom higieny wzroku, co oczywiście podnieść należy jako zaletę książki, zwłaszcza, że przeznaczona jest ona nie do jednorazowego przeczytania, lecz do nauki.

Opis poszczególnych objawów ułożony jest w takim porządku, w jakim powinno się odbywać systematyczne badanie chorego oka, a zatem najpierw rozbiera autor wartość i znaczenie wywiadów, oraz podmiotowych dolegliwości, na jakie uskarżają się chorzy; następnie objaśnia, jakie wnioski co do cierpienia ocznego wysnuć można z ogólnego wejrzenia, postawy, poruszeń, chodu, trzymania głowy, wieku, płci i zajęcia badanej osoby. Dalej następują rozdziały, omawiające kolejno sposoby badania i objawy, jakie stwierdzamy przy oglądaniu oczu, zwróconych ku światłu, następnie w ciemni, w oświetleniu ogniskowem, dalej zapomocą wziernika, a wreszcie podane są sposoby badania czynnościowego przy usadzeniu chorego twarzą od światła.

Niepodobna wchodzić w szczegóły bogatej treści dzieła; wystarczy podnieść, że jest ono w swym zakresie wyczerpujące i że zawiera oprócz wiadomości podstawowych, podanych w sposób jasny i zrozumiały, także wiele oryginalnych poglądów autora, na osobistem długoletniem doświadczeniu opartych. Język wogóle poprawny i piękny wymagałby tylko może pewnego oczyszczenia ze zbytecznych wyrazów obcych, dających się wybornie zastąpić polskimi. I tak, czy nie lepiejby było zamiast wyrazów pacyent, organ, katar, kanał, paraliż, specyficzność itd., używać utartych i doskonałych wyrazów polskich: chory, lub badany, narząd, nieżyt, przewód, porażenie lub bezwład, swoistość i t. d. Nie chcę jednak z powodu tych drobnych usterek robić poważnych zarzutów Szanownemu autorowi, który szeregiem artykułów w »Krytyce Lekarskiej« dowiódł, jak mu czystość języka w polskiem piśmiennictwie lekarskiem leży na sercu. To też nie należy wątpić, że następne wydanie dzieła pod względem mianownictwa zadowolni nawet najsurowsze wymagania. Życzymy książce, żeby się rychło drugiego wydania doczekała, przyczem byłoby pożądanem wyposażyć ją większą ilością rycin, te bowiem pozwoliłyby w niejednem miejscu skrócić opisy bez ujmy dla zrozumienia i jasności wykładu.

Doc. K. W. Majewski.

O »chromaniu napadowem« *(claudication intermittente Charcot)* i pokrewnych cierpieniach.

(Sprawozdanie poglądowe.)

Napisał

Dr Adam Rydel.

(Ciąg dalszy.)

Ze wszystkich zestawień statystycznych wynika zgodnie, iż chromanie napadowe występuje przeważnie u mężczyzn (120:7 według statystyki Erba, 11:3 według Idelsohna). Idelsohn Goldflam, Higier zwrócili uwagę na pewne usposobienie rasy żydowskiej do tego cierpienia, statystyka jednak Erba, który rozporządzał największym materyałem, nie potwierdza tego (29 chrześcian : 14 żydów). Że jednak pewna wrodzona, a nawet rodzinna skłonność istnieje, tego dowodzą trzy spostrzeżenia Goldflama, tyczące się trzech par rodzonych braci, dotkniętych chromaniem napadowem. Toteż wszyscy autorowie zajmujący się etyologią tego cierpienia, przypuszczają zgodnie istnienie przynajmniej w większości przypadków pewnej dziedzicznej i rodzinnej skłonności do tej choroby. Determann zwrócił w ostatnich czasach uwagę, iż większość opisanych przypadków pochodziła z Rosyi i Królestwa Polskiego. (Przypadki Goldflama,

Idelsohna, Higiera i t. d.). Sądzi on, iż tamtejsze warunki klimatyczne, względny brak ruchu wskutek długo trwającej zimy i zbyt ciepłe, utrudniające przewiew okrywanie nóg, są czynnikami, ułatwiającymi powstawanie cierpień naczyń kończyn dolnych u ludzi tamtejszych. W powstawaniu tego cierpienia zdaje się wyskok nie odgrywać żadnej roli, już większą odgrywa kiła (Erb: 27%); natomiast ziębienie nóg, a przedewszystkiem nadużywanie tytoniu, zdają się być głównymi czynnikami wywołującymi. Na 45 chorych Erba 15 paliło potworne rzec można ilości tytoniu, a 25 bardzo silnie. Idelsohn podniósł, iż w przypadkach chromania napadowego spotyka się niezwykle często stopę płaską, i to, jeśli chromanie jest jednostronne, to stopa płaska albo istnieje wyłącznie po tej samej stronie, albo przynajmniej po tej stronie jest wybitniejsza. Że napadowe chromanie częstokroć nie jest prostem następstwem zwykłej miażdżycy tętnic, tego dowodzi z jednej strony stosunkowa rzadkość tego cierpienia, z drugiej wiek chorych; wprawdzie we większości przypadków cierpienie to występuje po 40-tym roku życia, jednak chromanie napadowe w znacznie młodszym, a nawet w młodzieńczym wieku nie należy do wyjątków. Według Erba na 45 przypadków, w 8 nie było można stwierdzić miażdżycy ani w zakresie tętnic dotkniętej kończyny, ani też w naczyniach wogóle badaniu dostępnych, z drugiej jednak strony znane są przypadki, w których oprócz chromania pojawiło się jakieś cierpienie narządu nerwowego ośrodkowego, wywołane bezwątpienia miażdżycą, jak n. p. udar mózgowy (Oppenheim, Idelsohn i w. innych). Wreszcie zdaje się nie ulegać wątpliwości, iż skaza moczanowa, zarówno jak i cukrowa (Charcot), jako cierpienia, wpływające ujemnie na naczynia, mają w pewnych przypadkach znaczenie etyologiczne.

Jako leczenie należy przepisać przedewszystkiem spokój, dyetę, zwykle przy chorobach naczyń używaną; unikać należy wszelkich zabiegów wodoleczniczych o bardzo nizkich lub wysokich ciepłotach, natomiast stosować kąpiele miejscowe galwaniczne, oraz letnie słone. W niektórych przypadkach należy podać środki podnoszące sprawność serca (strofantus) i naczyń (nitrogliceryna), tudzież zalecić przez dłuższy czas zażywanie jodu w niezbyt małych dawkach. Miesienie daje także stosunkowo dobre wyniki, musi jednak być stosowane nader delikatnie i to nie bezpośrednio w okolicy, cierpieniem dotkniętej, ale nieco wyżej. O ile podkładem cierpienia jest kiła, należy przeprowadzić energiczne leczenie swoiste, aczkolwiek pamiętać trzeba, iż i ono w niektórych przypadkach zawodzi.

W ostatnich czasach spostrzeżono, iż zupełnie podobne zaburzenia mogą wystąpić nietylko w zakresie kończyn dolnych, ale także i w innych częściach ciała, w pierwszym zaś rzędzie w kończynach górnych. Co prawda, już w dawniejszem piśmiennictwie można wyszukać takie przypadki. Tak Nothnagel w r. 1867 opisał takie spostrzeżenie tyczące się dziewczyny, u której prawdopodobnie na tle błednicy powstał zakrzep w prawej tętnicy ramieniowej. W pewnym okresie choroby występowały napadowo i to jedynie pod wpływem zmęczenia objawy niedowładu. Chora ta wtedy, gdy zresztą już żadnych innych cierpień nie doznawała, mogła wprawdzie z prawidłową niemal siłą jednorazowo wykonać jakiś ruch, nawet wymagający znaczniejszego wysiłku, dłużej jednak trwająca praca, chociażby bardzo lekka, n. p. szycie, a nawet otwieranie i zamykanie naprzemian ręki, wywoływało bole, tudzież osłabienie bardzo znacznego stopnia, przemijające bez śladu po krótkim wypoczynku. Badanie stwierdzało oprócz zziębnięcia ramienia i bardzo nieznacznych zaburzeń czucia, zniesienie zupełne lub osłabienie tętna w tętnicach ramienia.

Przypadek ten obrazem klinicznym zbliża się do chromania napadowego; natomiast inne znane przypadki różnią się odeń wyłącznie siedzibą cierpienia. Najdawniejsze z nich zawdzięczamy Goldflamowi i Biegańskiemu. Massaut (1901) opisał 24-letnią chorą, u której większe wysiłki wywoływały po paru minutach ból i osłabienie ramion tak wielkie, iż chora poprostu żadnego ruchu niemi wykonać nie mogła; w czasie takich napadów mięśnie przedramion sztywniały i stawały się bolesne na ucisk. Tętnice kończyn górnych były tętna pozbawione. Zimno ułatwiało wystąpienie napadu. W przypadku Wwedeńskiego (1898) po przeziębieniu wystąpiły u 28-letniego mężczyzny napady w obu kończynach dolnych i w ręce, mające typowe cechy »chromania napadowego« i doprowadziły do zgorzeli palców stopy. Embden (1902) opisał przypadek, dotyczący położnicy, u której dotknięte było prawe ramię; cierpienie ustąpiło prawie zupełnie, tętno jednak nie powróciło do zupełnie prawidłowego stanu.

Czasem cierpienie nie ogranicza się do objawów niedomogi ruchowej. I tak opisano przypadek, w którym u 37-letniego mężczyzny w dwa lata po rozpoczęciu się choroby, oprócz zupełnie znamiennych ruchowych zaburzeń kończyn dolnych wystąpiła niedomoga odbytnicy, tudzież utrata zdolności płciowej, prawdopodobnie wskutek zmian tętnicy nasiennej. (Luxemburg 1903). Zdarzyć się może, iż wskutek usadowienia się cierpienia w kończynach jednej strony powstanie obraz, pozornie podobny do połowiczego porażenia, które jednak szybko po spoczynku przemija (Ch. Burr r. 1904). (C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Klapp. **O miesieniu powietrznem.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 1, 1907). Na podstawie spostrzeżenia, że zimny wiatr wywołuje następowo w ciepłem miejscu silne przekrwienie skóry, poleca Klapp prąd zimnego powietrza do wywoływania przekrwienia. Prąd ten stosować można zarazem bardzo wygodnie do miesienia, zwłaszcza miejsc bardzo bolesnych, n. p. złamań. Prądem powietrza miesić można dalej swobodnie miejsca, obnażone z naskórka, owrzodziałe i zmacerowane. *Klęsk.*

Asbeck. **Leczenie ran świeżych zapomocą opatrunków wysuszonych** (po założeniu) **ciepłem.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 42, 1906). W roku 1899 miał autor jako lekarz okrętowy sposobność opatrywać wiele ran świeżych i oparzeń. Ponieważ na okręcie trzeba bardzo oszczędzać materyałów opatrunkowych, przeto autor wpadł na myśl wystawiania chorych po założeniu opatrunku na działanie słońca, a raczej ciepła promieniującego. Naprowadziły na to autora spostrzeżenia lekarskie z wojen hiszpańsko-amerykańskiej i afrykańskiej, a mianowicie w czasie tych wojen zauważono nadzwyczaj szybkie gojenie się ran podczas wielkich upałów. Oczekiwania nie zawiodły; pod wpływem ciepła opatrunek wysychał szybko i rany goiły się bez ropienia i zmiany opatrunku. Nastał jednak w czasie podróży czas pochmurny. Wtedy autor zaczął swych chorych umieszczać przed kotłami maszyn okrętowych i osiągnął w ten sposób również doskonałe wyniki zapomocą ciepła promieniującego paleninsk. Rany opatrywał w ten sposób, że zupełnie nie oczyszczał otoczenia, lecz kładł na ranę gazę jodoformową. Podobnie postępował z oparzeniami. Potem umieszczał chorych na ³/₄ godziny przed piecami lub na słońcu. Z porady Biera wypróbował ten sposób opatrywania ran potem jeszcze na 500 chorych z wynikiem bardzo dobrym. To też autor radzi zupełnie nie oczyszczać świeżych ran, ani ich otoczenia, bo to niewiele pomaga, a często wprost ranę czystą zakazić może, natomiast radzi opatrywać je sucho, a potem wystawić na działanie ciepła promieniującego (w pokoju n. p. palnik gazowy), przez co osiągamy szybkie wyleczenie i zaoszczędzamy wiele materyału opatrunkowego, bo zwykle jeden opatrunek wystarcza, co i dla chorego wielką jest wygraną. *Klęsk.*

Prof. Enderlen. **Leczenie wrzodzianki, czyraka i ropowicy.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 42, 1906). Wrzodzianka powstaje przez zakażenie (wzdłuż włosa) gruczołu łojowego gronkowcami i to białym lub żółtym, rzadko zaś paciorkowcami. W razie niestosownego zachowywania się chorego dołączyć się może zapalenie gruczołów i naczyń limfatycznych lub zakrzepy żylne. W leczeniu obecnie stosować się powinno przeważnie przekrwienie i ssawki, a nacinać wyjątkowo. Ssanie w początkach choroby może zupełnie wstrzymać rozwój wrzodzianki. Balonik zakładać należy ile możności lekko. Czyrak (*carbunculus*) wymaga już często nacięcia, lub nawet wycięcia, choć wielu twierdzi, że i ssaniem zupełnie dobrze da się wyleczyć. W ropowicach najczęściej zdarzają się gronkowce żółte lub białe (w razie zakażenia obu gatunkami sprawa bywa bardzo ciężka), dalej paciorkowce (ropa więcej płynna, zakażenie ciężkie), rzadziej już prątek okrężnicy, odmieniec, prątek ropowicy gazowej, gazorodny, kwasu masłowego, obrzęku złośliwego lub włoskowiec (*leptothrix*). Wspomniane drobnoustroje dołączają się zwykle do paciorkowców. Leczenie ropowic powinno być energiczne. Leczenie surowicą niema jeszcze stałych podstaw, wstrzykiwania kollargolu również nie dały oczekiwanych wyników. W początkach ropowicy i w przypadkach lżejszych leczyć można przekrwieniem, natomiast w przypadkach sprawy ciężkiej i rozległej nie należy zwlekać z rozległemi nacięciami i tamponadą. Ropowice dna jamy ustnej nacinać należy 3 cięciami (jedno środ-

kowe, dwa łukowe boczne). W razie, gdy sprawa schodzi do śródpiersia, należy ją także sączkować, układać potem chorego w łóżku głową niżej, niż nogi. Ropowice zewnątrzotrzewne, tylnego śródpiersia, koło kiszki stolcowej i t. d., powinno się również energicznie otwierać, choć widoki wyleczenia są niewielkie. Mimo grozy położenia obowiązkiem chirurga jest jednak zawsze oszczędzać ważne narządy i o ile możności nacinać podług wskazówek anatomii. *Klęsk.*

Mertens. **Sposób leczenia przetok.** (*Zentralbl. f. Chir.* Nr 51, 1906). Obecny sposób leczenia uporczywych przetok przez wyskrobanie wybujałej, a bladej ziarniny przedstawia wiele niedogodności. M. zaleca przekrwienie zastoinowe sposobem Biera, wychodząc z założenia, że przez silniejszy dopływ krwi świeżej do otrętwiałej ziarniny, zdoła się podnieść jej siłę żywotną i uzyskać wypełnienie się przetoki. M. stosuje najwyższe ciśnienie ujemne, jakie pozwalają uzyskać używane powszechnie klosze. Wskutek tak znacznego ciśnienia ujemnego, prąd krwi dopływający przerywa delikatne naczyńka ziarniny i krew zrazu sączy się dosyć obficie, później jednak sączy się tylko nieco limfy. Posiedzenie trwa jak zwykle około 3 kwadransy, jest zupełnie niebolesne. Zastosowane codziennie, doprowadza zwykle w ciągu tygodnia do zamknięcia się przetoki. — Jeżeli jednak w głębi przetoki znajduje się tkanka obumarła lub ciało obce, to leczenie takie nie wywiera żadnego skutku. Ten brak skutku przekrwienia biernego może służyć do rozpoznania obecności ciała obcego w przetoce. *Dr Kasprzyk.*

Prof. Zoege v. Manteuffel. **O pomocy lekarskiej na polu bitwy i w przedniej linii bojowej.** (*Arch. f. klin. Chir*, T. 80, Z. 3). Autor podaje swe spostrzeżenia z wojny rosyjsko-japońskiej. Do transportu chorych nadawały się najlepiej ruchome kolumny sanitarne, złożone z 5 lekarzy, studentów medycyny, 30 sanitaryuszy, a posiadające aptekę, opatrunki, 30 noszy, kuchnię i namioty. Zranionych zabierano na małe wózki fińskie lub na nosze umieszczone między dwoma mułami. Dużych wozów w Mandżuryi nie można było używać z powodu braku dróg. Plac opatrunkowy urządzano w odległości 3—4 kilometrów od pola walki. Co do poszczególnych zranień, to autor wyrobił sobie nieco inne zdanie, niż n. p. Bergmann. Postrzały czaszki przebiegające w kierunku stycznym do kości należy zawsze operować, podobnie i postrzały w kierunku cięciwy. Postrzały rdzenia kręgowego, niszczące tkankę nerwową, dają bardzo smutne wyniki. Rannych postrzałami w klatkę piersiową i serce nie należy transportować i nie należy też operować, podobnie jak n. p. zranień pęcherza. (Autor mówi tu o operacyach tuż poza frontem). Złamanie kości najlepiej opatrywać odrazu dla transportu w gips okrężny; jeżeli trzeba odjąć kończynę, nie wolno szyć rany. Nierzadko występują ropowice już w 5—8 godzin po zranieniu i trzeba je na placu opatrunkowym przecinać. Znakomite usługi oddają na wojnie rękawiczki gumowe, skracają bowiem czas wyjaławiania rąk, na które wogóle w czasie bitwy i czasu wiele niema. *Klęsk.*

Rimann. **Leczenie powikłanych złamań kości.** (*Beitr. zur klin. Chir.* T. 50, Z. 2). Zasadą leczenia powikłanych złamań kości w klinice Trendelenburga jest o ile możności postępowanie zachowawcze, zwłaszcza przemiana złamania powikłanego w proste, a więc zaszycie rany części miękkich z ewentualnem sączkowaniem. Wyniki tego leczenia podaje R. właśnie w niniejszej pracy. Tak zwanego »*débridement*«, t. j. rozszerzania rany, odczyszczania i t. d. unika się, a tylko po odkażeniu rany zakłada się w danym razie w kąt rany mały sączek, a części miękkie zaszywa się zupełnie, pokrywając odrazu ubytki plastycznie. Najczęściej złamania powikłane zdarzają się na goleni. Statystyka autora obejmuje 238 złamań powikłanych. Z tego odjęto kończynę pierwotnie 22 razy (9·2 prc.) z powodu znacznego zniszczenia. Umarło 6 chorych (2 na zakażenie ropne, 3 z powodu zatoru tłuszczowego, 1 z utraty krwi). Złamania powikłane dzieli autor na dwie grupy: 1) powikłania z przebicia części miękkich i skóry odłamkiem, 2) zmiażdżenia. Z grupy pierwszej leczono metodą wspomnianą 72 złamań; z tego 55 zgoiło się doraźnie, w 15 rana ropiała; umarło trzech chorych. W przypadkach ropienia, trzy razy wystąpiła róża, raz krwotok następowy, raz obumarcie kości. W 2 przypadkach odjęto następowo kończynę. Zmiażdżeń leczono zachowawczo 144. Z tego zgoiło się doraźnie 86, z ropieniem 58; umarło 5 chorych; u 10 następowo odjęto kończynę. Średni czas leczenia 58·5 dni. W porównaniu z innemi statystykami wynika, że leczenie zachowawcze skraca czas leczenia, następowe odjęcia kończyny są rzadsze, tężec nie występuje nigdy, a śmiertelność jest o połowę mniejsza. Radzi też autor gorąco leczyć złamania tym sposobem. *Klęsk.*

Bergmann. **Zwichnięcia chrząstek półksiężycowatych kolana.** (*Deutsche Zeitschrift f. Chir.* T. 83, Z. 5—6). Z badań Brunsa wiadomo, że wiele »stłuczeń« kolana, skręceń i t. d. odnieść należy nie do czego innego, jak do zwichnięć, a raczej mówiąc ściślej, do pęknięć chrząstek półksiężycowatych kolana. Cierpienie to wydarza się często, a powstaje głównie przy upadku z wysokości na wyprostowane kończyny dolne lub przy skręceniu uda w stosunku do goleni, przy kończynie zgiętej w kolanie. Objawy są typowe: nagły silny ból w pewnem ściśle ograniczonem miejscu w kolanie, zależnie od chrząstki, która pękła, po stronie zewnętrznej lub wewnętrznej, i niemożność prostowania kolana. Zwykle potem i przebieg jest bardzo znamienny. Chory przez pewien manewr zwykle prostuje kolano i jako tako chodzić może, gdy w tem znowu nagle przy małem nawet natężeniu kolana, jak n. p. przy chodzeniu po schodach doznaje ponownego bolu i nie może nogi wyprostować. Napady takie zdarzają się rzadziej lub częściej, a dołącza się do nich zwykle wysięk w stawie, zanik mięśni, a w końcu dojść może i do zupełnej niemożności używania kończyny. W przypadkach lżejszych po wyprostowaniu kończyny leczyć należy zachowawczo założeniem ustalającego opatrunku na 4—6 tygodni. Jeżeli jednak to nie pomaga, lub gdy napady są silne, albo nawet chrząstkę lub oderwaną jej część wymacać można, należy przystąpić do operacyi, która w miarę tego, co się znajdzie w stawie, polega na usunięciu odszczepionego kawałka lub nawet i na wyjęciu całej chrząstki. Przyszycie chrząstki, polecone przez Anglików, nie obiecuje wiele i nawroty są częste. W operacyi nie należy jednak pokładać zawsze pełnych nadziei, bo, jak to autor na własnych przypadkach operowanych wykazuje, nawet mimo operacyi pozostaje czasem w kolanie niepewność ruchów, bolesność i niezupełna sprawność. Cierpienie też to brać należy zawsze ze strony poważnej i pamiętać zawsze o jego dokuczliwych nieraz następstwach. *Klęsk.*

F. Calot. **O rozpoznawaniu gruźlicy stawów we wczesnym okresie.** (*Arch. prov. de chir.* 1906, Nr 6). C. zastanawia się nad rozpoznawaniem gruźlicy stawów w tym okresie, w którym nawet rentgenografia nie dostarcza żadnych danych. Takie objawy, jak bolesność uciskowa linii stawowej, lub też granic przyczepu torebki, bolesność i upośledzona ruchomość przy ruchach biernych, są właściwe wszystkim zapaleniom stawów. Za gruźlicą przemawiają natomiast zmiany grubości i zbitości torebki, zanik najbliżej położonych mięśni, przy równoczesnem niekiedy zgrubieniu skóry, ujemny wpływ miesienia i ruchów. W celu stwierdzenia zmian torebki, zwłaszcza stawu kolanowego, radzi C. pocierać lekko ręką w kierunku stawu. Przytem z łatwością można czuć lekkie zgrubienie lub nierówności na torebce stawowej. Również wieczorne podniesienia się ciepłoty ciała, — nawet o parę dziesiętnych — i stałe przyspieszenie tętna przemawiają za sprawą gruźliczą. *Dr Kasprzyk.*

Hofmann. **W sprawie plastyki ścięgien przy stopie końskiej porażnej.** (*Zentr. f. Chir.* Nr 48, 1906). Zabiegi podane przez Langego i Vulpiusa nie dają dostatecznie dobrych i trwałych wyników, zwłaszcza przy porażnej stopie końskiej. Vulpius wprawdzie, oprócz skrócenia mięśni prostujących, dzieli ścięgno Achillesa podłużnie na trzy części, środkową pozostawia, boczne zaś odciąwszy od guza piętowego, przyszywa do mięśnia piszczelowego przedniego lub mięśnia prostującego palce. O ile przyszycie do m. piszczelowego jest łatwe, o tyle ten sposób plastyki, jak i inne podobne jemu nie nadają się wtedy, gdy chcemy połączyć ze ścięgnem m. prostujący palce (*ext. dig. comm.*). Dlatego K. po skróceniu m. prostującego palce powyżej stawu skokowego, otwiera poniżej więzadło krzyżowe, dzielące się właśnie w tem miejscu na cztery wiązki, ścięgno podnosi ku górze i otacza pętlą, utworzoną z bocznych płatów ścięgna Achillesa. Pętlę tę przyszywa następnie kilku szwami do m. prostującego palce powyżej więzadła krzyżowego, a to w tym celu, by przebieg i działanie nowo utworzonego ścięgna było jak najmożności proste. Przy tym sposobie postępowania uzyskuje równomierne napięcie wszystkich mięsień palców, czego przy innych metodach zwykle się nie osiąga. W końcu przecina H. pozostałą część ścięgna Achillesa metodą podskórną Bayera. Sposób ten daje się zastosować również i w innych przypadkach, gdy mięsień przeszczepiany jest krótki i nie nadaje się do przeszczepienia inną metodą. *Kasprzyk.*

Mann. **Leczenie krwotoków żołądkowych i jelitowych płynną żelatyną.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 1, 1907). Zachęcony pracą Cohna, stosował autor płynną żelatynę w 9 przypadkach krwotoków przewodu pokarmowego w przebiegu raka,

duru, wrzodu żołądka i t. p. z wynikiem bardzo dobrym. Żelatynę podaje się w następującej postaci: *Rp. Gelatinae 20,0, Coque c. aq. dest. per horas VI ut remaneat fluida ad 180,0, filtra frigide. adde acid. citric. 2,0, syr. cort. aur. 20,0. Mds.* co 2 godziny 1—2 łyżek. *Klesk.*

Mekus. **Przypadek zaniku wątroby po urazie i odrodzenie się jej po operacyi.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 2, 1907). Po silnym urazie w brzuch wystąpił zanik wątroby i wysięk do jamy brzusznej. Operacya polegała na przyszyciu sieci do powłok. Już od 10. dnia po operacyi zaczęła się wątroba na nowo powiększać, a w końcu chory wyzdrowiał zupełnie. *Klęsk.*

Dermatologia.

Spitzer. **Dalszy przyczynek do etyologicznego leczenia kiły.** (*Wiener med. Wochs.* 1906, 38). Autor prowadzi dalej swoje badania nad wynikami leczenia kiły zapomocą wstrzykiwania tkanki kiłowej. Do wstrzykiwań używa obecnie nieco silniejszych zawiesin, bo wstrzykuje 2 ctm.[3] zawiesiny z nacieku pierwotnego w stosunku 1: 200 do 1: 40. Po dwuletnich spostrzeżeniach stwierdza obecnie, że z 20 chorych kiłowych, leczonych tą metodą, u 11 wystąpiły zwyczajne objawy następowe, w 7 przypadkach zaś nie spostrzeżono przez czas 24 miesięcy żadnych zgoła objawów następowych. Główną uwagę zwraca S. na zachowanie się gruczołów chłonnych, które podczas wstrzykiwań bardzo wybitnie się zmniejszały, a w niektórych przypadkach na nowo się powiększały po zaprzestaniu wstrzykiwań. Autor nie twierdzi, że we wspomnianych korzystnych przypadkach uleczył chorobę, podkreśla jednak znamienny brak objawów wtórorzędnych w pomienionych przypadkach; wiemy bowiem, że nierzadko ciężkie zmiany późne występują w takich przypadkach, w których objawów drugorzędnych zupełnie nie było. *Prof. Krzyształowicz.*

A. Dreyer. **O krwotokach z części rodnych u kobiet przy kile.** (*Dermat. Zeitschrift* 1906, Zeszyt 8). Do rzadkich objawów kiły u kobiet należą krwotoki maciczne; w ostatnich siedmiu latach opisano zaledwo kilka takich przypadków. Autor zebrał w pracy swej 13 przypadków, spostrzeganych przez różnych autorów i jeden własny. W dwóch przypadkach (Ozenny i Franceschiniego) wykonano z powodu ustawicznych krwotoków, opierających się leczeniu ginekologicznemu, obustronne wycięcie powiększonych jajników, nie przypuszczając kiłowej przyrody choroby. W przypadku, który D. spostrzegał i leczył, były niezmiernie obfite i przez 10 do 15 dni utrzymujące się krwotoki. Ponieważ przy badaniu stwierdził D. zmiany kiłowe, a mianowicie: kłykciny, przechodzące w owrzodzenia, na migdałkach, zastosował tedy wstrzykiwania miąższowe salicylanu rtęciowego. Już po dwóch wstrzyknięciach krwotoki się zmniejszyły, a po ukończeniu leczenia swoistego krwawienia miesięczne były zupełnie prawidłowe i krwotoki już się nie powtórzyły. W jedenastu przypadkach innych autorów wynik również był bardzo dobry po zastosowaniu leczenia przeciwkiłowego. W kilku przypadkach stwierdzono przy badaniu powiększenie jajników, które autor uważa za stan przewlekłego zapalenia kiłowego, równoznacznego z zapaleniem kiłowem jąder, a należącego do objawów kiły późnej. *Stopczański.*

Doc. J. Heller. **Przyczynek do kazuistyki rzadszych chorób paznokci.** (*Dermat. Zeitschrift* 1906, Zeszyt 9). Autor opisał w swej pracy dwa przypadki rzadszych zmian paznokci. Zwłaszcza przypadek tocznia rumieniowego, zajmującego palce i paznokcie obu rąk u 17-letniej dziewczyny, budzi szczególnie zajęcie tak ze względu na rzadką siedzibę choroby, jak i dlatego, że przedstawiał początkowy okres choroby. Zmiany chorobowe miały postać nacieków, żywo czerwonych, silnie przylegającemi łuskami pokrytych, a zajmujących nasadę paznokci. Oprócz tego na piątym palcu lewej ręki zajmował toczeń rumieniowy i łożysko paznokcia, tworząc w tem miejscu ognisko przeświecające przez paznokieć jako czerwona plamka. Drugi przypadek autora dotyczył 11-letniej dziewczynki, która przed 5 laty uległa wypadkowi, bawiąc się bowiem na schodach spadła, uderzając głową o stopień. W kilka tygodni po tym wypadku zaczęły u niej paznokcie strzępić się i wypadać. W czasie, gdy ch ra zgłosiła się do autora, brak był już wszystkich paznokci u obu rąk, z wyjątkiem piątego lewego. Łożyska paznokciowe tworzyły zgrubiałą i nierówną powierzchnię, pokrytą pokładem zrogowaciałego naskórka. Pomimo, że autor nie zauważył żadnych zmian w zakresie układu nerwowego, brak innych danych co do powstania choroby paznokci zniewala go do przyjęcia pewnego związku między owym urazem, wywołującym silniejsze wstrząśnienie mózgu, a wypadaniem paznokci. *Stopczański.*

Mankiewicz. **O borowertynie, nowym środku mocz odkażającym.** (*Berl. klin. Wochs.* 1906, Nr 49). W wielu chorobach dróg moczowych urotropina nie wywiera prawie żadnego działania. Tłómaczy się to tem, że utropina w moczu zasadowym nie ulega rozkładowi i nie wydziela wskutek tego działającego silnie odkażająco formaldehydu. Dlatego też starano się wytworzyć połączenia urotropiny z kwasami, któreby wydzielały formaldehyd w moczu zasadowym. Środki te zawiodły jednak oczekiwania, gdyż silnie drażniły bądź przewód pokarmowy (hetralina), bądź pęcherz (helmitol). Autor przypuszczając, że najwięcej do zakwaszenia moczu nadawałby się kwas borowy, polecił fabryce aniliny w Berlinie sporządzić odpowiednie połączenie urotropiny z kwasem borowym. Przetwór ten, nazwany przez autora borowertyną, jest proszkiem bezbarwnym, krystalicznym, bardzo słabo kwaśno oddziaływującym, rozpuszczalnym łatwo w wodzie, trudno w wyskoku, a nierozpuszczalnym w eterze, o smaku słabo gorzkim. Środek ten podawał autor w proszkach po 1 gr. i w kołaczykach po 0·5 gr., po lub podczas jedzenia, dochodząc do czterech gramów dziennie. Chociaż borowertyna nie zawsze skutkowała, to jednak wywoływała polepszenie w wielu takich przypadkach, w których poprzednio podawana urotropina wcale nie działała. Jako uboczne działanie borowertyny spostrzegał autor tylko kilkakrotnie brak apetytu. *Stopczański.*

Schreiber i German. **O działaniu lamp rtęciowo-kwarcowych.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, 39). Autorowie badali działanie światła tych lamp przedewszystkiem na hodowle mikrobów i przekonali się, że wyłączając działanie ciepła, światło to zabija bakterye po naświetleniu przez 30—40 minut. Przypuszczano dlatego, że zabójczo na bakterye wpływać może wydzielanie ozonu, ale przekonano się, że ozon bakteryi nie zabija pomimo dłuższego nawet działania, że zatem wynik bakteryobójczy odnieść należy w tym razie do wpływu promieni pozafioletowych. Ujemną własnością tych lamp jest ich działanie powierzchowne, to też nie można nawet myśleć o działaniu na krew w naczyniach włosowatych skóry. Dlatego autorowie zwalczają zapatrywanie Kromayera, który twierdzi, iż światło tych lamp działa głębiej, niż lampy Finsena. Zastanawiając się nad działaniem tego światła, dochodzą autorowie do wniosku, że światło ma w tym razie działanie chemiczne, które w wielu przypadkach chorób skórnych ma tak korzystny wynik. *Prof. Krzyształowicz.*

Położnictwo i ginekologia.

Łazarewicz. **O leczeniu zastoiną Biera w ginekologii.** (*Now. lek.* 1907, Nr 1). W pierwszej połowie swej rozprawki omawia autor stosowanie metody Biera w chorobach narządów rodnych, który to sposób leczenia w ginekologii nie wyszedł jeszcze z okresu doświadczeń. Godzi się z Kroemerem, że leczenie takie zasługuje na wypróbowanie: *a*) przy ostrych sprawach zapalnych w przewodzie rodnym dla ograniczenia ogniska zakaźnego, *b*) przy sprawach przewlekłych, lub ich następstwach, celem wywołania rozpulchnienia zwężeń, blizn, nacieków, oraz usunięcia przekrwienia biernego. Sposób ten leczenia stosować można zapomocą wziernika szklannego, podanego przez Kroemera. W drugiej części opisuje Ł. powszechnie już znany i przyjęty sposób leczenia zapaleń sutka powyższym sposobem. *J. Ow.*

Jaworski Józef. **Poród płodu półgłowego przy łożysku przodującem.** (*Gaz. lek.* 1907, Nr 1). Opisując powyższy przypadek ze swej praktyki, zwraca J. uwagę na wielkie trudności rozpoznawcze, nastręczające się przy takich porodach. Zdaniem J. w tych przypadkach, gdzie przy łożysku przodującem brzeżnem przebija się pęcherz, pozostawiając główce zadanie uciskające, jeżeli główka jest niedokształcona, raczej należy zrobić obrót, ponieważ taka główka ze względu na swój kształt i spoistość mogłaby się okazać niewystarczającą do ucisku na miejsca krwawiące. *J. Ow.*

Reismann. **Wyszukiwanie więzadła okrągłego w kanale pachwinowym.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 3). Zabieg ten bywa czasami bardzo trudny, tak że zachodzi konieczność szukania więzadeł w jamie brzusznej. By tego uniknąć, podaje autor następujący sposób. W środku rozciętego kanału pachwinowego podnosi się więzadło wraz z naczyniami i nerwami zapomocą tępego haczyka, następnie dwoma szczypczykami usuwa się nerwy i naczynia. Przeświecające szare ciało, to więzadło okrągłe, które podnosi się drugim haczykiem na całej długości i oddziela od naczyń nerwów i tkanki łącznej. *Dr Engländer.*

E. Haim. **Przyczynek do kazuistyki torbieli skórzastych.** (*Prager med. Wochs.* 1907, Nr 2). W ubiegłym roku

operował autor ciekawy przypadek u chorej 41-letniej, która trzy razy rodziła. W roku 1890 uczuła nagle przy podnoszeniu ciężaru ból w dolnej części brzucha po stronie lewej. Podczas trzeciej ciąży 1891 r. zauważono obok macicy guz chełboczący, napięty, który po nakłuciu okazał się torbielem skórzakowym. Po skończonym 8-mym miesiącu księżycowym wywołano poród przedwczesny. Chora przed zabiegiem skarżyła się na nudności, wymioty, brak apetytu, uczucie ciała obcego w jamie brzusznej, częste moczenie i bole. Po 16 latach cierpień stwierdziła operacya w jamie brzusznej guz pozrastany z siecią na całej długości, z prawym jajowodem i z pęcherzem moczowym na znacznej przestrzeni i z wyrostkiem robaczkowym. Wyłuszczono go i usunięto wraz z wyrostkiem, przyczem stwierdzono brak zupełny przydatków lewostronnych. Niewątpliwie guz wychodził z jajnika lewego, a wskutek okręcenia się szypuły z następowym jej zanikiem oddzielił się od macicy. Ponieważ chora już przedtem raz przeszła objawy zapalenia otrzewnej, do tego więc odnosi autor wytworzenie się zrostów. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Zaraz po zabiegu zaburzenia pęcherzowe zupełnie ustały. *Dr Engländer.*

Ostrčil. **O żywotności niedonoszonych dzieci.** (*Čas. lék. čes.* R. XLV, Z. 4, 5). Autor starał się odpowiedzieć na 2 pytania: 1) jaką jest żywotność płodów niedonoszonych w pierwszym roku życia i 2) jakim jest los ich po pierwszym roku życia. Pod tym względem badał wszystkie niedonoszone płody, urodzone w klinice prof. Rubeški od 1892 do 1903 r. i doszedł do wniosku, że żywotność ich w pierwszym roku po urodzeniu jest tylko o 4·5—7·8 prc. mniejsza, niż żywotność płodów donoszonych. W dalszym ciągu pracy występuje O. przeciw głównemu obok Zweifla przeciwnikowi wywoływania przedwczesnego porodu Pinardowi i na podstawie swej statystyki twierdzi, że żywotność niedonoszonych płodów po ukończeniu pierwszego roku życia jest tylko nieznacznie mniejsza, niż płodów donoszonych. Ilość dzieci, zmarłych w tym wieku na krzywicę, gruźlicę i choroby zakaźne, była stosunkowo nieznaczna. Najczęstszą przyczyną śmierci było zapalenie płuc odoskrzelowe.

Dr Šoulavý (Praga).

Jerie. **O ciąży zewnątrzmacicznej z płodem żywym.** (*Čas. lék. čes.* R. XLV, Z. 33, 34, 35). Przeważna część przypadków ciąży pozamacicznej przypada na pierwszą połowę ciąży, zwłaszcza na pierwszy i drugi jej miesiąc; płód tracąc w tym czasie warunki do życia najczęściej zamiera, a groźne objawy towarzyszące temu, zmuszają ciężarną szukać pomocy lekarskiej. Przypadki w późniejszych miesiącach ciąży są rzadkie, a jeszcze rzadszą jest ciąża z płodem donoszonym. Statystyka Sittnera podaje takich przypadków ogółem 139 od r. 1813 aż do r. 1903. Jerie dodaje do tego zestawienia 11 nowych przypadków, z tego trzy (3) z kliniki Pawlika. W pierwszym przypadku badanie makroskopowe i mikroskopowe worka płodowego wydobytego przy operacyi wykryło, że chodzi tu o ciążę pierwotnie jajowodową, a mianowicie o ciążę w bańce jajowodu (*ampulla tubae*); w drugim lub na początku trzeciego miesiąca księżycowego jajowód pękł, o czem świadczą nietylko wywiady, lecz i obecność starych skrzepów w zrostach, otaczających worek płodowy. Po pęknięciu nastąpiło wskutek ograniczonego zapalenia otrzewnej zlepienie się prawego jajowodu z tylną ścianą macicy, jajnikiem, więzadłem szerokiem, z lewymi przydatkami, z przyczepkami siecowemi, okrężnicą esowatą i krezką jelita cienkiego, a w ten sposób wytworzył się nowy wtórny worek płodowy. Wydobyty płód żywy, o 19 dni przenoszony, ważył 3700 gr., długości 47 ctm., dotąd żyje. — W drugim przypadku z powodu licznych zrostów worka płodowego z jelitami musiano odstąpić od wydobycia całego worka i poprzestać na wszyciu worka w ranę, na posypaniu worka i łożyska za radą Freunda kwasem garbnikowym i kwasem salicylowym i sączkowaniu rany. Płód dobrze rozwinięty ważył 1650 grm., długości 41 ctm., oddychał jednak w cieplarce słabo i po 4 godzinach zmarł. Łożysko odeszło samorodnie 28. dnia. — W trzecim przypadku stwierdzono ciążę jajowodową i zdołano po otwarciu jamy brzusznej wydobyć worek płodowy w całości. Płód długości zaledwie 28 ctm. zmarł w kilka minut po wydobyciu. W worku płodowym znajdowały się dwa oddzielone od siebie łożyska. *Dr Šoulavý* (Praga).

Sacher Masoch i Masochizm.

Szkic literacko-psychiatryczny według collegium publicum.

Skreślił

Prof. Dr L. Wachholz.

(Ciąg dalszy.)

Popęd jego do zniewalania kobiety kochanej do wiarołomstwa, aby w ten sposób doznać, jak się sam wyraża, »największej rozkoszy«, istniał u niego oddawna, t. j. jeszcze przed poznaniem żony. I tak sam przyznał się przed nią, że kochanka jego, pani Kottowitz, stała się niewierną wskutek jego wpływu. Sam jej wyszukał kochanka w osobie pewnego oszusta i złodzieja, podszywającego się pod tytuł polskiego hrabiego, który nadto zakaził panią Kottowitz chorobą, określoną przez autorkę mianem »złej«. Tu rodzi się podejrzenie, czy chorobą tą nie była kiła, a dalej, czy ona nie udzieliła się potem naszemu autorowi? Całe to wydarzenie z panią Kottowitz posłużyło mu, jak już nadmieniono, do napisania nowelli »Rozwódka — dzieje cierpień idealisty«. Następna jego kochanka, pani Pistor, była również powolną jego życzeniu. Z nią to odtworzył dość wiernie sceny, opisane w »Wenus we futrze«, gdyż przebrany za służącego, wybrał się z nią w podróż do Florencyi, podróż tę odbył trzecią klasą, gdy ona jako pani jego zajmowała przedział pierwszej klasy. Usługiwał jej w podróży i pełnił służbę w przedpokoju jej mieszkania w chwili jej czułych spotkań z aktorem Salvinim, którego na wychodnem ubierał w zarzutkę i w rękę całował!

Nie zawsze udawało się autorce pamiętnika oprzeć się jego żądaniu, aby się nad nim znęcała. I tak musiała być mu w tym względzie powolną wśród jego choroby, na którą zapadł w czasie pobytu w Brucku. Był on właściwie zawsze chory, lecz chory z własnej wyobraźni, wmawiał bowiem w siebie różne znane i nieznane cierpienia; wówczas jednak wystąpiły u niego objawy nerwowe, świadczące o istotnej chorobie. Polegała ona na napadach »śmiertelnego lęku« wśród rozmowy z obcemi osobami lub wśród pracy. W tym samym czasie uległ pewnej nocy napadowi sennowłóctwa, a przebudzony opowiadał, iż we śnie widział się otoczony morzem płomieni, z pośród którego chcąc się ratować, zerwał się z łóżka i począł się szybko ubierać i uciekać. Trapiony przez chorobę, domagał się od niej natarczywiej, niż dawniej, aby się nad nim znęcała, mniemał bowiem, że tylko w ten sposób uspokoi się i poczuje się szczęśliwym. W rozterce z własnem uczuciem ulegała dla wrzekomego jego dobra i dobra dzieci tej jego żądzy, wreszcie zwróciła się o radę do dra Schmita. Schmit polecił jej zrazu ulegać nadal jego zachciankom, aby nagłem nieposłuszeństwem nie utracić jego zaufania, a zarazem powoli wpływać nań i przemawiać do jego rozsądku.

Charakterystyczne w tej mierze są jego listy, pisane do niej już jako do żony, których zakończenia brzmią: »byłbym szczęśliwym, gdybyś mnie kopnęła«, »bądź moją kochaną żoną i moją surową władczynią, moją lubieżną, okrutną Wenus we futrze«, »bądź czułą i okrutną, a spocznę u nóg twych kornie, jak posłuszny pies — Twój niewolnik« i t. d.

Dla oceny Sacher-Masocha, jako człowieka, a zarazem i autora, ważne są niektóre szczegóły, zawarte w pamiętnikach jego pierwszej żony, znajdujące potwierdzenie w życiorysie jego, skreślonym przez Schlichtegrolla. I tak czytamy tam, że doznawał on lęku w ciasnej przestrzeni, a wprost dziecięcemu ulegał przerażeniu w czasie burzy, okna zasłaniał wówczas storami i ukrywał się w łóżku, osłaniając nadto głowę pościelą. Objawiał on dziwne zamiłowania do futer i kotów. Mieszkanie jego kawalerskie w Gracu przesiąkło wonią kotów; śmierć jednego kota okupił bezsenną nocą i płaczem. Przywiązanie do kotów dzieliła z nim krewna jego, Róża Sacher, która ukochanego swego czarnego kota uczyniła swym nieodstępnym towarzyszem i ceniła jego intelligencyę wyżej nad rozum ludzi. Do najulubieńszych zajęć zaliczał on zabawę żołnierzami papierowymi, których posiadał wielką kolekcyę. Ustawiał ich chętnie w szeregi, manewrował nimi i staczał potyczki. W zabawach tych brał chętny udział brat jego, Karol.

Do cech charakteru jego zalicza autorka pamiętnika oprócz wygórowanej zmysłowości kłamliwość, zarozumiałość i łatwowierność. Kłamliwość jego polegała na tem, że osoby, z którymi wchodził w styczność, podnosił stale do godności szlacheckiej, obdarzając mianem hrabiów, książąt, a już conajmniej baronów. Tem należy sobie tłómaczyć z prawdą niezgodne twierdzenie o szlachectwie i o ruskiem pochodzeniu jego dziada macierzystego, dra Franciszka Masocha, opowiadania o krewnych i przyjaciołach z nieznanych rodzin hrabiowskich, n. p.

o hr. Zenobii, hrabstwie Tarnow, a nawet wielce jest prawdopodobne, że baronostwo kochanek jego pani Kottowitz i Pistor było im tylko przez niego nadane. Kłamliwość jego usprawiedliwia autorka pamiętników powołaniem poety, twierdząc, »że nazwa kłamliwości byłaby za rubaszną dla ludzi, którzy, jak on, pozostają pod wpływem żywej wyobraźni. Ludzie ci widzą przedmioty takimi, jakimi one w istocie nie są«.

Zarozumiałość jego uwidocznia się w jego odpowiedziach na nieprzychylne mu krytyki, jeszcze więcej w listach do żony. Najjaskrawiej objawia się ona w jednym z tych listów, w którym pisze: »Na czci i sławie mi nie zbywa, poza Göthem i Heinem niema autora niemieckiego tak poczytnego i cenionego u wszystkich narodów, jak ja nim jestem«.

Łatwowierność wynikała u niego z dobroci i próżności, a przejawiała się w tem, że mimo złych stosunków materyalnych, długów, dawał się wyzyskiwać nakładcom pism swoich, tłómaczom, redakcyom dzienników i t. d.

Z zestawienia powyższych szczegółów, zaczerpniętych z pamiętnika żony, tak potępionej przez Schlichtegrolla, z tem, co Schlichtegroll o nim podaje i co sam autor o sobie powiada, wynika, że pamiętniki żony nie zawierają nic takiego, coby nie odpowiadało prawdzie, lub przynajmniej starało się ją w znacznej mierze na jego niekorzyść wypaczyć. Pamiętniki te, rozważone krytycznie, stanowią cenny materyał dla należytej oceny Sacher-Masocha jako człowieka i autora, zarazem dozwalają one objawiany przezeń w życiu, a opisywany w powieściach »masochiczny« popęd płciowy wyjaśnić ku ekspiacyi jego czemś więcej, niż nic nie tłómaczącą zmysłowością, lub nieprawdziwem słowiańskiem pochodzeniem. (C. d. n.)

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 27 grudnia 1906 r.

1) Borzymowski przedstawił chorą, u której wykonał **resekcyę odźwiernika z częścią żołądka i dwunastnicy, oraz gastroenterostomię z powodu raka** odźwiernika.

2) Otto Czesław wygłosił odczyt **„O komórkach plazmatycznych“.** Prelegent wskazał pochodzenie nazwy tych komórek, poczem opisał ich morfologiczne własności i metodę ich barwienia. Podług autora metoda Pappenheima-Unny daje najlepsze wyniki barwienia. Co do pochodzenia komórek plazmatycznych istnieją trzy teorye: 1) Unna i jego szkoła twierdzą, że komórki te pochodzą od stałych komórek tkanki łącznej, że są to przeto młode nierozwinięte komórki tkanki łącznej; 2) Marschalko i jego zwolennicy utrzymują, że komórki plazmatyczne pochodzą od limfocytów, a więc ze krwi, wreszcie 3) Ramon y Cajal mniema, że komórki plazmatyczne pochodzą od ciałek zarodczych łącznotkankowego pochodzenia. Ciałka te znajdują się w każdym narządzie i odradzanie się danego narządu zależy od obecności tych właśnie ciałek. Ostatecznie sprawa pochodzenia komórek plazmatycznych, pomimo wielu prac w tym kierunku nie została rozstrzygniętą. W badaniach swoich nad komórkami plazmatycznemi prelegent posługiwał się bogatym materyałem ze zwłok zmarłych na dur, a także rakami i ziarniną, wyciętą z ran. Nigdy nie spostrzegał wychodzenia małych limfocytów z naczyń, co przeczy poglądem Marschalko o rzec komem pochodzeniu komórek plazmatycznych od limfocytów. W plazmatycznych komórkach spostrzegał autor często wakuole, które poczytuje za objaw zwyrodnienia komórek. Ostateczne wnioski prelegenta są następujące: 1) Komórki plazmatyczne pochodzą od stałych komórek tkanki łącznej i z czasem przechodzą w nie zupełnie. 2) Pod wpływem toksyn komórki plazmatyczne przechodzą niekiedy w komórki nabłonkowate. 3) Komórki plazmatyczne spełniają czasami rolę nekrofagów. *Ign. L.*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie w d. 2. listopada 1906.

1) Fr. Chłapowski przedstawił **przyrząd Leduca** do wytwarzania prądów galwanicznych o nizkiem napięciu, przerywanych dowolnie szybko 100—200 i więcej razy na sekundę. Zapomocą takich prądów, przenikających części miękkie i kości czaszki i dochodzących do kory mózgowej, można wywołać »elektryczne uśpienie«, jak to Leduc wypróbował naprzód na zwierzętach, a potem na sobie. Miejscowo n. p. na ręce, można zapomocą tego przyrządu wywołać znieczulenie, znikające jednak zaraz po ustaniu prądu. Mowca używa tego sposobu w leczeniu nerwobolów przed puszczeniem stałego prądu galwanicznego; natychmiastowe ustanie bolu w punkcie bolesnym wzbudza zaufanie chorego i przyśpiesza leczenie. Czy »uśpienie elektryczne« wejdzie w życie w praktyce lub czy przyda się w leczeniu padaczki, (którą przy nagłem podwyższaniu początkowem prądu można sztucznie wywołać), to rozstrzygnie przyszłość. — W dyskusyi roztrząsali Tomaszewski i Panieński rodzaj prądów przerywanych o nizkiem napięciu, ich różnicę od prądów faradycznych i przemiennych, Święcicki znaczenie ich odkrycia dla zrozumienia istoty padaczki (»padaczka elektryczna« Leduca przemawiałaby przeciw teoryi rdzeniowej Kussmaula i Tennera, a za teoryą Binswangera), Pomorski sprawę miejscowego znieczulania tym sposobem w praktyce.

2) A. Karwowski przedstawił **preparaty mikroskopowe z raka twarzy** u 39-letniej kobiety, z przypadku, w którym jedynie mikroskop pozwolił sprawę trafnie rozpoznać, oraz zdał sprawę z przypadku **powiększenia stercza, powikłanego krwiomoczem, kamieniem pęcherzowym i zapaleniem przyjądrzy** u 72-letniego starca. Rozcięto pęcherz, wydobyto kamień, a wobec niemożności wycięcia stercza, przecięto oba sznurki nasienne. Ich badanie drobnowidowe dowiodło, że zapalenie ze stercza szerzyło się na przyjądrza drogą przewodów nasiennych, a nie limfatyczną. Po operacyi polepszenie objawów moczowych, ale zaczęły się pojawiać nieprawidłowości umysłowe. — W dyskusyi zauważa Święcicki, że jeżeli te nieprawidłowości po usunięciu podawanej obecnie morfiny nie ustąpią, to trzeba je będzie istotnie położyć na karb operacyi, a Mieczkowski sądzi, że już sama cystotomia byłaby ulżyła choremu. (Według »Nowin lek.« 1). *R.*

Walne zebranie w d. 15. grudnia 1906.

Walne zebranie Wydziału odbyło się niezwykle uroczyście i przy niezwykle licznym udziale kolegów zamiejscowych, nawet z Prus i Śląska, w nowym lokalu Wydziału, ufundowanym przez dra Heliodora Święcickiego. By wyrazić wdzięczność i uznanie kolegów dla wielkich zasług dra Święcickiego około »Nowin lekarskich«, Wydziału, oraz utrzymania wysokiego poziomu etycznego wśród lekarzy, prezes Wydziału, radca Franciszek Chłapowski zamierzał przy zagajeniu posiedzenia wręczyć dr Święcickiemu, ustępującemu po kilkunastoletniej pracy z redakcyi »Nowin«, plakietę z wizerunkiem Karola Marcinkowskiego. Niestety kol. Święcicki nie mógł na posiedzenie przybyć, a może też chciał uchylić się skromnie od zasłużonej owacyi.

1) Mroczyński z Brodnicy (Strasburg W./Pr.) przedstawił drobnowidowe **preparaty** całego szeregu **raków,** w których zapomocą swej metody uwydatnił pewne **twory,** jego zdaniem, **pasorzytne.** Twory te należą, zdaniem M., do gatunku gregaryn i mają znaczenie etyologiczne nietylko w rakach, ale i w mięsakach, a nawet włókniakach. — W dyskusyi, w której zabierali głos Panieński, Karwowski, Chłapowski, Łazarewicz, Pomorski i inni, objawiał się pewien sceptycyzm, mianowicie podnoszono brak dowodu mikroskopowego, że te twory istotnie znajdują się w tkance, a nie są przypadkowemi domieszkami lub pasorzytami, wtórnie dostającymi się do nowotworów.

2) Chrzanowski z Poznania przedstawił operowane przez siebie 4 olbrzymie **torbiele jajnika** z rozmaitą treścią. Dwie z nich wydobyto u chorych gorączkujących wskutek skręcenia się szypuły. Prócz tego przedstawił Ch. znakomicie wykonane fotografie stereoskopowe torbieli skórzastych, które w ostatnim czasie operował.

3) Pomorski przedstawił: *a)* kobietę, u której **toczeń** wyżarł cały prawie policzek i pół nosa; P. wykonał **plastykę nosa i policzka** z czoła i pokrył zupełnie ubytki; *b)* 12-letniego chłopca, który do 7-go roku życia był zupełnym kaleką z powodu **krzywicy** i zaledwie na rękach i nogach mógł się czołgać po ziemi; Pomorski przez najróżniejsze operacye na kościach uzyskał tyle, że chłopiec chodzi teraz i stoi prawie prawidłowo i rękami może się posługiwać; *c)* **błony krupowe,** wydobyte z tchawicy dziecka, zmarłego wskutek zbyt późnego wstrzyknięcia surowicy. — W dyskusyi zaznacza Karwowski, że znał poprzednio przedstawiony przypadek tocznia, ponieważ przysłano mu go do naświetlania sposobem Finsena. Spustoszenia jednak tu były tak wielkie, że jedynie po rękoczynie chirurgicznym można było się spodziewać dodatniego wyniku. Plastyka wykonana przez Pomorskiego zasługuje na wszelkie uznanie. Co do chłopca-kaleki, to Krysiewicz wypowiada zdanie, że szpotawe nogi były przyrodzone, krzywica innych członków nastąpiła później. Matka chłopca ma wola, dzieci wszystkie przechodziły krzywicę. Tomaszewski podnosi, że matki ze zwyrodniałym

gruczołem tarczowym usposabiają płody do śródmacicznej krzywicy, Trzciński zwraca uwagę na korzystne działanie fosforu także w krzywicy niemowlęcej.

4) Szafarkiewicz z Gniezna przedstawił ze swej praktyki ciekawe spostrzeżenie, że u ludzi, zażywających chininę, mocz z kwasem pikrynowym daje odczyn białka. Dowodzi tego próba z rozczynem chininy w próbówce przed oczami zgromadzonych. Potem zdaje sprawę z przypadku **zaniku tętna w ręku i przedramieniu** 80-letniego chorego, dotkniętego stwardnieniem tętnic, podczas gdy tętno w nodze wszędzie jest wyczuwalne. — W dyskusyi uwydatniły się różne zapatrywania na powód tego objawu. Zabierali głos: Panieński, Tomaszewski, Alkiewicz i Krysiewicz, który nie wyłącza skurczu tętnic.

5) Z kolei nastąpił główny punkt porządku dziennego, t. j. odczyt Karwowskiego. **„O krętkach bladych Schaudinna“**, połączony z demonstracyami krętków we krwi, w tkance, oraz tzw. srebrnych krętków. Podawszy pogląd na historyę badań etyologicznych kiły, na długoletnie bezskuteczne usiłowania odkrycia zarazka kiłowego, przechodzi mowca do epokowego odkrycia Schaudinna-Hoffmanna. Uwzględniając olbrzymie piśmiennictwo, daje obraz doniosłości odkrycia krętka kiłowego i wyszukania zwierząt, podatnych do szczepienia. Cała nasza dotychczasowa wiedza o kile, teorye Collesa, Profeta i t. d. ulegają znacznym zmianom w świetle, jakie rzuca wykrycie zarazków i ich siedziby w odnośnych tkankach ustroju. Z własnych spostrzeżeń podnosi K., że udało mu się krętki wykryć we wczesnym okresie, raz w 2, raz w 3 tygodnie po zarażeniu w podejrzanem miejscu i to metodą (zmodyfikowaną) Levaditiego. W innym wątpliwym przypadku (bez owrzodzenia pierwotnego) znalezione w wyciętej tkance krętki ustaliły rozpoznanie. Postacie, podobne do niektórych, opisanych przez Krzyształowicza i Siedleckiego, autor także spostrzegał. Ze względu na spóźnioną porę, a ważność przedmiotu, dyskusyę odłożono do następnego zebrania.

Po zebraniu naukowem odbyła się wieczerza koleżeńska, przy której uwydatniło się coraz silniejsze poczucie łączności między kolegami. Kol. Franciszek Chłapowski zaś zebrał pokaźną kwotę na pamiątkową tablicę dla słynnego lekarza poznańskiego Strusia, którego grobowiec znajduje się w katedrze poznańskiej. *K.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

„Związek lekarzy rządowych przy c. k. władzach polityczno-administracyjnych w Galicyi i W. Ks. Krakowskiem« powstaje z inicyatywy drów Czyżewicza i Kurasiewicza z Jarosławia. Siedzibą Związku będzie Lwów, gdzie też 16. b. m. odbędzie się pierwsze jego zebranie. Celem Związku jest: *a*) podniesienie wiedzy lekarskiej wśród członków, szczególniej w zakresie higieny i ustawodawstwa zdrowotnego; *b*) uzupełnienie wykształcenia pod względem służbowym; *c*) czuwanie nad interesami moralnymi i materyalnymi lekarzy rządowych i zastępowanie ich we wszystkich sprawach, tyczących się zawodu i stanowiska. Środkiem do osiągnięcia tych celów będą zjazdy, połączone z wykładami i rozprawami; staranie się w odpowiedni sposób o potrzebne reformy w sprawach sanitarnych; obrona interesów zawodowych lekarzy rządowych (z wyłączeniem spraw osobistych i ze stosunków służbowych wynikających); współdziałanie z innemi podobnemi Towarzystwami w Austryi. — Jak wynika z przytoczonych postanowień statutu, założeniu Związku przyświeca w pierwszym rzędzie myśl społeczna i obywatelska, wzgląd na dobro kraju i jego ludności, na którego zdrowie ma wykształcenie i sprawność rządowej służby sanitarnej wpływ tak przeważny. Polepszenie warunków bytu tej służby, jako ściśle związane z jej sprawnością, musi być też jednem z ważnych zadań Związku. To też szczerze należy przyklasnąć pomysłowi założenia Związku i życzyć nowemu Towarzystwu jak najpomyślniejszego rozwoju. *R.*

Towarzystwo lekarzy kolejowych okręgu krakowskiego odbyło doroczne Walne Zgromadzenie w dniu 20. I. w Domu Towarzystwa lek. krak. Postanowiono postępować solidarnie ze Związkiem lekarzy kolejowych austryackich, tworzącym się w Wiedniu, oraz domagać się poprawy bytu lekarzy kolejowych. — Niepodobna utaić zdziwienia, że Towarzystwo nie zawiadomiło prasy lekarskiej ani o zwołaniu Zgromadzenia, ani o wynikach obrad, o których dowiadujemy się dopiero z komunikatów, pomieszczonych przez Towarzystwo w dziennikach politycznych. *R.*

Przeciw wpisaniu lekarzy, należących do Izby lek. wschodnio-gal., do funduszu zapomogowego Towarzystwa lekarzy galic. oświadcza się »Tygodnik lek.« (Nr 5) z obawy, że w takim razie Towarzystwo zamieniłoby się rychło w instytucyę czysto zapomogową ze szkodą dla innych swych celów, do których należy m. i. popieranie czasopiśmiennictwa lekarskiego polskiego; większość lekarzy zadowolniłaby się uzyskanymi za pośrednictwem Izby korzyściami, a Towarzystwo traciłoby stopniowo coraz więcej »rzeczywistych« członków, pobierających obowiązkowo organ Towarzystwa i wkładkami swemi podtrzymujących fundusz pensyi stałych.

Wywody »Tygodnika lekarskiego« są niewątpliwie słuszne. Nabywszy praw do funduszów zapomogowych Towarzystwa lek. gal., które zgromadziła usilna praca zapobiegliwszej części naszych lekarzy, kierowanych myślą społeczną i troską o byt osieroconych rodzin, nie braliby owi »przymusowi«, a »niezupełni« członkowie Towarzystwa lekarzy galicyjskich napewno zbyt w rachubę ani równowagi, tem mniej wzrostu innych, przez nasze Towarzystwa gromadzonych funduszów filantropijnych i zawodowych, ani innych celów tych Towarzystw i nie kwapiliby się do pełnych praw i obowiązków członków. Naturalnego ubytku członków rzeczywistych nie wyrównywałby przyrost nowych w żadnem z Towarzystw, działających obecnie obok Izb. Nasuwają się przytem dalsze jeszcze pytania co do ogólnych korzyści i praktyczności projektu, które jednak można będzie rozpatrzeć dopiero, gdy szczegóły będą dokładnie znane. *C.*

Komitet pomocy koleżeńskiej dla rodzin lekarzy, powołanych na wojnę rosyjsko-japońską, utworzony w Kaliszu pod przewodnictwem dra Drozdowskiego, zebrał ze składek koleżeńskich 768,50 rb., a tyleż wydał na zapomogi dla rodzin 3 lekarzy. (»Gaz. lek.« 4). *R.*

Z powodu nowej taksy aptekarskiej austr., przepisującej przy wydawaniu leków według normy ordynacyjnej znaczne opusty cen, uchwaliło Walne Zebranie Gremium aptekarzy Galicyi wschodniej w d. 26. I. 1907 rezolucyę, skierowaną do ministeryum, a zakończoną zapowiedzią, »że o ile w najbliższym czasie nie zostaną usunięte krzywdzące cały zawód (aptekarski) postanowienia, zmuszeni będą (członkowie gremium) chwycić się energicznych środków samoobrony«.... *R.*

Partactwo w Czechach postanowili zwalczać lekarze i aptekarze wspólnemi siłami. Na zaproszenie organizacyi czeskich aptekarzy delegowała czeska Izba lekarska dra Panyrka do wspólnego komitetu, mającego zająć się tą sprawą. *R.*

Do Rady Państwa zgłosiło kandydaturę już 2 lekarzy z Czech: dr Mahl i dr Perko, obaj znani z gorliwej działalności w sprawach zawodowych.

Ścisła organizacya lekarzy niemieckich w Czechach, obejmująca wszystkich lekarzy, liczy 7 grup (30 związków powiatowych), a 720 członków, z których każdy opłaca 24 K. rocznie.

Obcy lekarze w Japonii mogą praktykować bez składania ponownych egzaminów, jeżeli pochodzą z kraju, w którym takie egzamina nostryfikacyjne od lekarzy, dyplomowanych w Japonii, nie są wymagane. To nowe rozporządzenie rządu japońskiego opiera się przeto na zasadzie wzajemności, a nie jest bez znaczenia dla lekarzy austryackich, którzyby się w Japonii osiedlić zamierzali. (Ok. min. ośw. z 16. XII. 1906, L. 41.191).

O praktyce lekarskiej umieszcza dr Stanisław Breyer w felietonie »Głosu lek.« (Nr 3) aforyzmy; niejeden z nich zasługuje na uwagę. O jakimś »cudotwórcy« np.: »Praca, głęboka znajomość duszy ludzkiej i miłosierdzie: oto tajemnice jego wielkości«. Albo: »Osiem stron tablic, z których wynika, że próby z tuberkuloalbuminą dały wynik ujemny, dalej 4 strony opisu nowego guzika jelitowego: oto bardzo często strawa dla paru tysięcy lekarzy prowincyonalnych. Błagamy was, siedzących u źródeł mądrości, streszczajcie tablice! my i tak uwierzymy w ujemne wyniki prób waszych«.

Sprawy sanitarne w Sejmie. Pod tym tytułem wylicza »Głos lek.« (Nr 3) wnioski, jakie Wydział krajowy przedłoży Sejmowi galicyjskiemu w bieżącej sesyi. Oprócz już w swoim czasie przytoczonych w »Przeglądzie lek.« wniosków, spotykamy tu następujące: Utworzenie 11 nowych okręgów sanitarnych w powiatach: Czortków, Dąbrowa, Gródek, Żywiec, Borszczów, Mościska, Rohatyn, Sanok, Turka i Nowy Sącz, (dotąd

było 154 okręgów, z których wakuje 17); kredyt na koszta podróży i dodatki krajowe do płac lekarzy okręgowych w wysokości zeszłorocznej (110.000 K.); kredyt na zapomogi dla wdów i sierót po lekarzach okręgowych również w wysokości zeszłorocznej, t. j. 10.000 K. (w r. z. rozdzielono 6050 K. na zapomogi dla 15 rodzin; sprawozdanie i wnioski w sprawie utworzenia funduszu emerytalnego zapowiada natomiast Wydział kraj. dopiero na następującą sesyę); utworzenie stałej etatowej posady inspektora szpitali w VI randze (dotąd za kontraktem i z płacą rangi VII); odmówienie subwencyi Towarzystwu balneologicznemu i Polskiemu Archiwum nauk biologicznych i lekarskich. *R.*

Międzynarodowe badania gruźlicy. Na ostatniej konferencyi przeciwgruźliczej w Haadze ujawniły się w sprawie dróg zakażenia gruźlicą bardzo znaczne różnice zdań. Ze względu na wagę tego zagadnienia zorganizował »Międzynarodowy Związek przeciwgruźliczy« na wielką skalę badania, a na jego wezwanie zwróciło się też Austryackie Towarzystwo przeciwgruźlicze »Viribus unitis« z zaproszeniem do wszystkich wydziałów lekarskich austryackich, by w badaniach tych wzięły udział. Wyniki badań, podjętych przez kliniki i zakłady uniwersyteckie austryackie, mają być w treściwej formie zebrane w osobnem wydawnictwie, które przedłożone będzie najbliższej konferencyi przeciwgruźliczej w jesieni 1907 (prawdopodobnie w Berlinie). W wydawnictwie tem ma być zaznaczony udział badaczy, pracujących w Austryi, w oświetleniu spornych zagadnień naukowych; pożądane są także referaty, opracowane przez poszczególne wydziały lekarskie w Austryi. Ze względu na ramy wydawnictwa musi się ono ograniczyć tylko do prac, wykonanych w instytutach uniwersyteckich, a dotyczących następujących zagadnień: *A.* Gruźlica przez wdychanie: 1) Doświadczenia, w których o ile możności wyłączono zakażenie drogą przewodu pokarmowego. 2) Spostrzeżenia co do wnikania najdrobniejszych ciał do płuc (pylica węglowa i t. d.). 3) Spostrzeżenia kliniczne i anatomiczno-patologiczne pierwotnej gruźlicy górnych dróg oddechowych lub oskrzeli. *B.* Gruźlica przez połykanie: 4) Doświadczenia, w których ile możności wyłączono zakażenie drogami oddechowemi, *a)* co do gruźlicy bydlęcej (mleko, masło i t. d.), *b)* co do gruźlicy ludzkiej (plwocina, hodowle czyste i t. d.). 5) Spostrzeżenia kliniczne i anatomiczno-patologiczne pierwotnej gruźlicy jelit. 6) Doświadczenia i spostrzeżenia co do przechodzenia bakteryi przez nienaruszoną błonę śluzową. *C.* 7) Doświadczenia i spostrzeżenia co do powstawania gruźlicy płuc inną drogą, niż przez narząd oddechowy i drogi pokarmowe. *D.* 8) Stwierdzenie, jaka najmniejsza ilość bakteryi może wywołać gruźlicę drogą oddechową lub drogą przewodu pokarmowego, oraz badania, czy ta ilość prątków znajduje się w odpowiedniej postaci w otoczeniu człowieka. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 27. stycznia do 2. lutego 1907 doniesiono o 30 nowych przypadkach duru plamistego w 8 gminach, a mianowicie pow. Bohorodczany (Zarzecze 1), Brzeżany (Płancza 2), Horodenka (Dąbki 1), Lisko (Monasterzec 5), Kamionka (Sielec 2), Nadwórna (Dobrotów 12), Rawa (Zamek 5), Tarnopol (Kutkowce 2); o 1 przypadku ospy w m. Brodach (zawleczenie ponowne z Radziwiłłowa, gdzie panuje ospa); nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych stwierdzono 8 przypadków w 5 gminach, a mianowicie w m. Lwowie (1 stwierdzony bakteryologicznie), w pow. Biała (Bujaków 3, Oświęcim 1), Drohobycz (Gaje wyżne 1), Rawa (Wulka mazowiecka 5). *T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 27. I. do 1. II. 1907 przypadków: błonicy 5 † 1 (w tem obcych —), krztuśca 5, płonicy 4 † 1, odry 24 † 2, duru osutkowego —, duru brzusznego 1 († 1), nagminnego zapalenia opon 2 † 2 (1). *L.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 27. I. do 2. II. 1907 urodziło się dzieci żywo 62, nieżywo 7; zmarło osób 46 (obcych 17), z tego z gruźlicy 8 (4), zapalenia płuc 8 (1), błonicy 3 (2), płonicy 1 (1), duru brzusznego 1 (1), śmiercią gwałtowną 1 (—).

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Lwowskie grono organizacyjne sekcyi chirurgicznej, która obradować będzie jako XIV. Zjazd chirurgów polskich, obrało na zebraniu, odbytem 22. I. 1907 pod przewodnictwem R. dw. prof. Rydygiera, sekretarzem sekcyi doc. M. W. Hermana. Za wspólny temat obrad z sekcyą medycyny wewn. przyjęto »O patologii i leczeniu kamicy nerkowej« (sprawozdawcy dr Dunin i Krajewski z Warszawy), a z sekcyą tąż i ginekologiczną, o ile one się na to zgodzą: »O leczeniu zapalenia otrzewnej«. Gdyby nie wystarczyło czasu na wyczerpanie porządku dziennego sekcyi, będą może jej obrady trwać o jeden dzień dłużej, niż X. Zjazd. Chorych, przeznaczonych do demonstracyi na posiedzeniach sekcyi, przyjmie lwowska klinika chirurgiczna.

W sekcyi higienicznej przyjęto za tematy obrad: 1) Zaopatrywanie osad ludzkich w wodę. 2) Śmiertelność niemowląt — przyczyny i zapobieganie. 3) Epidemiologia duru brzusznego w świetle najnowszych badań. 4) Produkcya, przechowywanie i sprzedaż środków spożywczych. 5) Zwalczanie i zapobieganie gruźlicy. Podczas Zjazdu urządzi sekcya wycieczki celem zwiedzenia najnowszych, wzorowo higienicznie urządzonych zakładów miejskich (szkoły, rzeźnia, wodociągi, barak dezynfekcyjny i t. d.).

Towarzystwo higieniczne lwowskie wybrało swym delegatem na Zjazd dra Obtułowicza.

W sekcyi weterynarskiej przyjęto za tematy między innemi: 1) Warunki niezbędne do skutecznego zwalczania chorób zaraźliwych w ramach ustawowych. 2) Środki i sposoby zwalczania gruźlicy u zwierząt. 3) Róża wąglikowa, drogi rozpowszechnienia i środki zapobiegawcze. 4) Choroby zakaźne zwierząt domowych, polegające na obecności we krwi pasorzytów zwierzęcych (plasmodya i t. d.). Zgłoszono już 12 wykładów, między innemi: J. Fedecki: »Statystyka włośnicy *(trichinosis)* w rzeźniach gubernii kaliskiej«; rektor prof. dr Szpilman: »Potrzeba utworzenia przy akademiach weterynaryjnych zakładów do badania chorób zwierzęcych, ze względów naukowych i ekonomicznych«; Markowski: »Ujednostajnienie we wszystkich państwach oględzin bydła i produktów spożywczych zwierzęcego pochodzenia«; prof. dr Panek: »O związku pryszczycy (zarazy pyskowo-racicznej) ze schorzeniami osesków, karmionych mlekiem zwierząt chorych na tę zarazę«. — (Tematy i wykłady ściśle weterynarskie pomijamy).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w d. 6. II. 1907 przedstawił prof. W. Jaworski: 1) chorą 20-letnią z przeczulicą histeryczną, naśladującą objawy zapalenia otrzewnej *(peritonismus)*, 2) przypadek tętniaka brzusznej części tętnicy głównej na przejściu jej w tt. biodrowe wspólne u 51-letniego mężczyzny, 3) przypadek choroby Hirschprunga *(megacolon, megalogastria)* u 36-letniego mężczyzny (stan najprawdopodobniej wrodzony), poczem prym. dr Borzęcki wyłożył rzecz »O leczeniu wiewióra u mężczyzn«. W rozprawach przemawiali prof. Jaworski, Ciechanowski, dr Kozłowski, Wojciechowski i prelegenci.

— Kierownictwo lekarskie sanatoryum dra M. Hawranka w Zakopanem objął dr Zdzisław Czaplicki.

— Lekarze tarnowscy zamiast wieńca na trumnę ś. p. dra Metzgera złożyli 85 kor. na fundusz wdów i sierot po lekarzach.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschod.-gal. odbył w d. 23. I. 1907 posiedzenie, na którem omówiono materyał na zgromadzenie pełnej Izby, a w szczególności wniosek dra Mikołajskiego o wpisanie lekarzy, należących do Izby, do funduszu wdów i sierót Tow. lek. gal., względnie o utworzenie własnego funduszu zapomogowego i podniesienie w tym celu opłaty do Izby o 6 K. Uchwalono pozostawić pełnej Izbie rozpatrzenie tej sprawy bez konkretnych wniosków ze strony Wydziału. W dniu 26. I. 1907 odbyło się zaś Zgromadzenie pełnej Izby wschod.-gal., na którem przyjęto sprawozdanie z czynności Wydziału i Rady honorowej, oraz ratyfikowano uchwały ostatniego wiecu Izb z wyjątkiem uchwały w sprawie najniższego honoraryum za badanie osób dla towarzystw ubezpieczeń i uchwały w sprawie wędrownej praktyki lekarskiej, gdyż uchwały te nie odpowiadają naszym stosunkom. Następnie przyjęto sprawozdanie kasowe z roku 1906 (dochody 13,727 K 41 h, rozchody 11,957 K 62 h, nadwyżka 1,769 K 79 h) i budżet na rok 1907, ustanawiając opłatę do Izby na 12 K, jak w roku zeszłym. Projektowanej przez Tow. Samopomocy taryfy za koszta podróży i dyety lekarzy w czynnościach, odbytych na wezwanie towarzystw finansowych, towa-

rzystw ubezpieczeń od wypadku i sądów w sprawach cywilnych, nie zatwierdzono, polecając Wydziałowi po dokładniejszem zbadaniu ogłoszenie tej taryfy bez odwoływania się do pełnej Izby. Wreszcie większością głosów uznano za wskazane podwyższenie opłaty do Izby na cele zapomóg dla rodzin po lekarzach i rozpoczęcie przez Wydział Izby rokowań z Tow. lek. gal. w sprawie obowiązkowego wpisania wszystkich lekarzy do funduszu zapomogowego Tow. lek. gal.

— Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego lwowskiego w d. 8. II. b. r. obejmuje: 1) Dr Jedliczka: Przedstawienie rentgenogramów. 1) Dr Wein: »Kilka uwag o poronieniu«.

— Delegatami na tegoroczny zjazd higieniczny w Berlinie wybrało Towarzystwo higieniczne lwowskie rektora Szpilmana, dra Obtułowicza i p. Sklepińskiego.

— Fizykat miejski przeprowadził w styczniu r. b. odkażenie 175 izb mieszkalnych, 88 odkażeń rzeczy (odzieży i t. d.) z powodu chorób zakaźnych (błonica, płonica, odra, dur, zapalenie nagminne opon, gruźlica). Wartoby porównać, ile w tym czasie odkażeń przeprowadziły miejskie władze sanitarne w Krakowie?

— Fizykat miejski zainicyował myśl utworzenia boiska do zabaw ruchowych na wzór krakowskiego »Parku prof. Jordana«. Boisko to przy pomocy grona ludzi dobrej woli ma powstać na 16-morgowej przestrzeni w miejskim »Parku Stryjskim«.

— Przykładem, jak fatalne są jeszcze stosunki higieniczne niektórych szkół rządowych w Galicyi, ma być gimnazyum w Brzeżanach, pomieszczone w sąsiedztwie targowicy, z przejazdem przez sień, handlem, uprawianym w sieni i na schodach szkoły (!), cuchnącymi wychodkami, w dwójnasób przeludnionemi salami szkolnemi i t. d. (»Przegl. hig.« 2).

Warszawa. Oczekiwane oddanie szpitali w zarząd miasta wywołało żywą dyskusyę w prasie lekarskiej i codziennej. Okazało się, że »liberalny« ten projekt powzięły władze jako deskę ratunku w ostatecznej toni. Zwinięcie »Miejskiej Rady dobroczynności« musi nastąpić poprostu dlatego, że stojąc przed zupełnem bankructwem, ona sama zrzuca z siebie odpowiedzialność i sama przez ustąpienie wszystkich swych członków istnieć przestanie. »Gazeta lekarska« nie wierzy w poprawę stosunków szpitali przez oddanie ich miastu, bo miasto nie ma funduszów na utrzymanie szpitali, a magistrat jest władzą zbyt biurokratyczną; jedyną drogą poprawy jest zasadnicza reforma: szeroki samorząd miejski. W »Kurjerze warszawskim« (Nr 31) proponuje dr Józef Zawadzki ograniczenie działalności władz miejskich do czynności nadzorczych i do spraw sprzedaży nieruchomości i wydawania kapitałów zapasowych i żelaznych, wreszcie do ściągania taks za leczenie od chorych zamożniejszych, a pokrywania ich za niezamożnych; zresztą zaś powinien każdy szpital rządzić się sam, t. j. mieć osobny zarząd pod przewodnictwem naczelnego lekarza szpitala, złożony z 3—6 lekarzy, wybranych przez lekarzy szpitalnych i 6—9 obywateli, wybranych przez mieszkańców otaczającej szpital dzielnicy miasta. — Niestety sprawa objęcia szpitali przez miasto nie została uznana przez Radę ministrów wogóle za pilną. Według ostatnich wiadomości urzędowych ma być ona przekazana do rozstrzygnięcia Dumie i Radzie Państwa. Rzecz więc znowu pójdzie w odwłokę, pomimo tak krytycznego stanu finansowego szpitali, że dostawcy dostarczają wszystkiego tylko za gotówkę, której wkrótce zabraknie; wprawdzie miasto miało dostarczyć 175,000 rb. na pokrycie najpilniejszych długów, ale, jak podaje »Gazeta lek.« (Nr 4), nie zamierza kwoty tej oddać »Miejskiej Radzie dobroczynności«, lecz zatrzymać ją w swej dyspozycyi w oczekiwaniu oddania szpitali miastu.

— Towarzystwo higieniczne warszawskie odczuwa także skutki ogólnego zastoju ekonomicznego. Jeszcze jesienią r. z. był stan finansowy Towarzystwa bardzo zły, a zaległości wkładek wynosiły około 2,000 rb. Zasiłek na wydawnictwo »Zdrowia« musiano zmniejszyć na 1,000 rb. zamiast dawniejszych 2—3 tysięcy. Oddział częstochowski Towarzystwa zamyśla z powodu braku funduszów zamknąć muzeum higieny ludowej.

— W »Stowarzyszeniu lekarzy polskich« wykładać mieli na zebraniu w d. 8. II.: dr St. Markiewicz: »O wolnym wyborze lekarza« i dr Zenczykowski: »O kasach chorych w Galicyi w porównaniu z naszą pomocą lekarską dla ludności fabrycznej«.

— By zbadać przyczyny niepowodzeń zdrojowisk w Królestwie w r. z., rozesłał zasłużony szermierz sprawy zdrojowisk, dr H. Dobrzycki, zapytania do lekarzy zdrojowych i zdaje ze swych badań sprawę w »Zdrowiu« (Nr 1). Okazało się, że z wyjątkiem 3 (Nowe-Miasto, Pohulanka, Czarniecka Góra) we wszystkich zdrojowiskach frekwencya znacznie spadła, przybyli przeważnie chorzy niezamożni, leczyli się krócej, mieszkali gorzej (po kilka osób, nieznających się przedtem, w jednym pokoju). Przyczyną tego był wyjazd najzamożniejszych zagranicę, zubożenie pozostałych w kraju, fałszywe pogłoski dziennikarskie o zaburzeniach w miejscach kąpielowych polskich. Na 13 odpowiedzi na kwestyonaryusz w 10 podano, że chorzy w r. z. byli niezmiernie nerwowo podnieceni wskutek spraw politycznych.

— Szkołę gimnastyki pedagogicznej i leczniczej z kursem miesienia otwarła p. Helena Kuczalska pod kierunkiem dra S. Bartoszewicza.

Z różnych stron. Porządek dzienny posiedzenia »Koła lekarskiego polskiego« w Petersburgu w d. 23. I. (5. II.) 1907 obejmował sprawozdanie zarządu za rok ubiegły i wybór nowego zarządu, oraz wykłady: docenta dra Z. Orłowskiego »W sprawie doświadczalnej miażdżycy tętnic u królików« i dra Z. Sowińskiego »O polskim zakładzie hidropatycznym dra Ebersa na Lido«.

— Dr J. Babiński, Polak, wybrany został prezesem Towarzystwa neurologicznego w Paryżu na rok 1907.

— Dr E. F. Fronczak, Polak, znany wielu lekarzom polskim z IX. Zjazdu w Krakowie, na którym był delegatem największych Towarzystw lekarskich amerykańskich, objął z d. 1. stycznia b. r. wysokie stanowisko wicefizyka miasta Buffalo w Stanie Nowojorskim.

— Z dobrego źródła otrzymujemy sprostowanie wiadomości, podanej przez nas w Nr 1 b. r., jakoby uroczystość Pirogowa w Kijowie została przez władze zakazaną. Uroczystość ta odbyła się, a sprawozdanie z niej będzie pomieszczone w najbliższym zeszycie »Trudow obszcz. kijewsk. wracz.«

— VI międzynarodowy Zjazd dermatologiczny odbędzie się 9—14. września b. r. w Nowym Yorku, VII międzynarodowy zjazd fizyologów 13—16. sierpnia b. r. w Heidelbergu.

— Zmarły w Paryżu bankier Osiris zapisał Zakładowi Pasteura olbrzymią sumę: 25 milionów franków t. j. połowę majątku, którego drugą połowę zapisał również w znacznej części na cele dobroczynne.

— Prof. Deyke-pasza i Reschad-bey podają w »Deutsche med. Wochenschrift«, że zdoławszy wyhodować poza ustrojem drobnoustrój, który nazywają *streptothrix leproides*, uzyskali naprzód zapomocą wstrzykiwania jego hodowli, a później zapomocą wydzielonego z nich składnika »nastinu« poprawę, a nawet zupełne na pozór wyleczenie w lekkich i średnio-ciężkich przypadkach trądu. W przypadkach najcięższych, zwłaszcza z powikłaniami w narządach wewnętrznych, leczenie to nie odnosiło żadnego skutku; w ciężkich tylko nieznaczny.

— Rząd chiński rozpoczął walkę z nałogiem używania makowca; surowe zarządzenia mają w ciągu lat 10 nałóg ten całkowicie wykorzenić, a dowóz makowca z angielskich kolonii całkowicie usunąć.

Mianowani. Dr Zygmunt Szymanowski z Warszawy asystentem zakładu weterynaryi w Krakowie, dr Edmund Rosenhauch elewem kliniki okulistycznej w Krakowie;

dr Kazimierz Miszke lekarzem kolejowym w Jaworznie.

Zmarli. Dr Antoni Zaręba zmarł d. 25. I. b. r. we Lwowie w 64 r. ż. Ś. p. Zaręba pracował przez lat przeszło 30 w Dąbrowie na stanowisku lekarza miejskiego i sądowego, zdobywając sobie powszechne poważanie i miłość zaletami swego umysłu i charakteru, wybitną wiedzą i gotowością niesienia ulgi cierpiącym. Biorąc żywy udział w pracy obywatelskiej, był ś. p. Zaręba przez długie lata członkiem Rady powiatowej, a przez 23 lata burmistrzem m. Dąbrowy, które go za położone na tem stanowisku zasługi obdarzyło swem obywatelstwem honorowem.

Dr Michał Kirkor, urodzony w Suwałkach w roku 1871, wychowaniec Uniwersytetu warszawskiego i krakowskiego, następnie asystent Uniwersytetu Jagiellońskiego, (naprzód przy katedrze fizyologii, później w klinice chirurgicznej), zmarł po długiej chorobie (na gruźlicę) w Zakopanem dnia 25. I. b. r. Ś. p. Kirkor ogłosił drukiem »Zmiany fizyologiczne w naczyniach mięśni podczas ich skurczu« (1900), »O zmianach w szybkości ruchu krwi w mięśniach prążkowanych podczas ich czynności« (1901) i wspólnie z prof. Cybulskim: »O przewodzeniu stanu czynnego przez zwoje międzykręgowe i o odruchowem wahaniu wstecznem prądu spoczynkowego«. Ze szczerym zapałem do idei ćwiczeń fizycznych, krzewił ją gorliwie, jako członek grona nauczycielskiego i komisyi szkolno-lekarskiej w Towarz. gimn. »Sokół« i jako członek oddziału turystycznego Towarzystwa tatrzańskiego. Zalety charakteru zjednały ś. p. Kirkorowi licznych przyjaciół.

Dr Antoni Roicki we Lwowie w 66 r. ż.

Dr Awit Remger, ceniony przez kolegów lekarz wojskowy, w 56 r. ż., w Wilnie; dr Władysław Zamett z Wilna, wkrótce po powrocie z Mandżuryi, zaraziwszy się durem od chorego, w 32 r. ż.

Słynny chemik, prof. Dymitr Mendelejew, twórca znanego peryodycznego układu pierwiastków, autor wielu znakomitych prac w dziedzinie chemii fizycznej, w Petersburgu w 72 r. ż. (znakomitego tego uczonego zaliczyła krakowska Akademia Umiej. w poczet swych członków).

Ginekolog prof. Jentzer w Gandawie; internista prof. Macedo w Lizbonie; znakomity fizyolog prof. M. Foster w 71 r. ż. w Londynie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 13. lutego o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Dr T. Piotrowski: »W sprawie położnych w naszym kraju. Projekt poprawy stosunków«.

Walne Zgromadzenie powstającego Stowarzyszenia: „**Związek lekarzy rządowych** przy c. k. Władzach administracyjno-politycznych w Galicyi«, odbędzie się **w sobotę d. 16. lutego 1907 o godzinie 10 przedpołudniem we Lwowie** w lokalu Towarzystwa lekarzy gal. (plac Dominikański) z następującym porządkiem dziennym: 1) Sprawozdanie z dotychczasowej czynności założycieli Towarzystwa. 2) Wybór przewodniczącego, zastępcy, 5 członków wydziału oraz dwóch członków komisyi rewizyjnej. 3) Oznaczenie wysokości wkładek na r. 1907. 4) Kilka uwag o dezynfekcyi zapomocą formaliny z demonstracyą aparatu własnego pomysłu. Kolega dr Gąsiorowski. 5) Wniosek w sprawie dyet przy podróżach urzędowych. 6) Uwagi nad obecnem przedłożeniem rządowem w sprawie polepszenia bytu urzędników państwowych, a szczegółowo lekarzy powiatowych, oraz odpowiednie wnioski w tym kierunku co do dalszej akcyi.

Kolegów lekarzy rządowych upraszamy o wzięcie udziału w zgromadzeniu, oraz o łaskawe poparcie celów Towarzystwa. Koledzy lekarze przy władzach polityczno-administracyjnych, którzy przypadkowo zaproszenia nie otrzymali, zechcą się zgłosić u jednego z podpisanych.

Jarosław, dnia 30. stycznia 1907.

W imieniu założycieli Towarzystwa:
Dr Kurasiewicz, *Dr Czyżewicz.*

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Visvit stosował dr Ferd. Rosenthal, I. asystent klin. prof. Stoffela w Wiedniu (*Berl. klin. Wochenschrift* 1906, Nr 48) w I. oddziale polikliniki wiedeńskiej, do czego zachęciły go korzystne wyniki, jakie z kliniki Leydena ogłosił Maass i równoczesne zapewnienie, że nawet po długiem stosowaniu visvitu nie spostrzega się żadnego niekorzystnego wpływu, a to z powodu braku istot wyciągowych, oraz że jestto przetwór zupełnie niedrażniący także przy cierpieniach serca i nerek, a obok tego odznaczający się przyjemnym smakiem. Doświadczenia poczynione w klinice prof. Stoffela przynoszą obok potwierdzenia powyższych szczegółów, przemawiających na korzyść visvitu, jeszcze dalsze wiadomości o korzystnem działaniu tego przetworu we **wrzodzie żołądka.** Chorego wyczerpanego i podupadłego na siłach udało się przy stosowaniu visvitu uratować, a to pomimo bardzo podupadłego trawienia, zmuszającego do odstąpienia od podawania mięsnych pokarmów przez cały czas zdrowienia. Wśród leczenia apetyt wyraźnie się poprawiał, a po 14 dniach osiągnięto przybytek wagi, wynoszący 2 klgr. i wzrost ilości hemoglobiny.

Że visvitu używać można nawet wobec podrażnienia nerek, tego dowodzi przypadek zapalenia nerek po płonicy, dotyczący 12-letniego chłopaka, cierpiącego równocześnie na liczne ropnie. Znaczne osłabienie ustąpiło szybko wśród podawania visvitu. Uwagi godnym jest również przypadek gruźlicy szczytu u 29-letniego mężczyzny, którego podupadający szybko stan ogólny ustąpił miejsca, po zażywaniu visvitu, znacznemu przybytkowi wagi. Podobnie korzystne wyniki stwierdzono już w innych chorobach, jak: choroba Basedowa, niedokrwistość, histerya, stwardnienie tętnic, cukrzyca, gruźlica płuc; dalej w okresie zdrowienia po zapaleniu płuc, grypie i innych chorobach zakaźnych. Średnia dawka 3 razy dziennie 1—2 łyżeczek kawowych. *Hr.*

Collargol poleca dr Wilke (*Medico* 1906, Nr 52) jako środek przeciwpotny u suchotników. Poty nocne bowiem są, jego zdaniem, odczynem biochemicznym ustroju na wniknięcie istot toksycznych do obiegu krwi. Działanie collargolu zaś polega na katalizie wobec produktów bakteryi. Doświadczenie kliniczne przemawia na korzyść tego tłómaczenia. W 5 przypadkach II. okresu suchot podawano 4 razy dziennie łyżkę stołową 1 prc. rozczynu collargolu. Po wyżyciu 2 g. znikły poty i gorączka i nie powróciły przez następne 2 miesiące. W razie zajęcia przewodu pokarmowego i utrudnionego wessania są wskazane wcierania lub wstrzykiwania śródżylne. *H.*

Firma **E. Merck** (Darmstadt), wydała praktyczną książeczkę, zawierającą zestawienie formułek recept obok wskazań i dawkowania, dotyczących opatentowanych i specyalnych przetworów. Na żądanie rozsyła firma ta lekarzom piśmiennictwo, celem bliższego zapoznania się z wartością danego przetworu i z poczynionemi dotąd doświadczeniami. W książeczce na 74 stronicach omówiono 35 przetworów. *M.*

Salipiryna, wyrobu firmy fabrycznej J. D. Riedel A. — G. (Berlin) cieszy się wielkiem rozpowszechnieniem i uznaniem. Piśmiennictwo o salipirynie jest już dziś bardzo obszerne. Najwygodniejszą i najtańszą postacią są oryg. kołaczyki po 1 g. Wskazania są nader liczne i tak: jako środek przeciwgorączkowy (lepszy od innych, bo wolny od objawów ubocznych); w ostrym i przewlekłym gośćcu stawowym i wogóle w cierpieniach gośćcowych; jako lek przeciw grypie, przeziębieniu, nieżytom nosa i innym nieżytom, wreszcie przeciw nerwobolom, zapaleniom nerwów i bolom mięśniowym. Działa również uspokajająco i nasennie. — Beuttner zestawia na zjeździe ginek. w Amsterdamie następujące wskazania: obfite regularności, krwotoki maciczne z różnych przyczyn, grożące poronienie, bolesna regularność objawy nerwowe i psychiczne na tle cierpień części rodnych. *Rl*

Theolactin, przetwór wyrabiany przez firmę fabryczną Zimmer et Co. (Frankfurt n. M.) stosował dr W. Krüger, asystent prof. Unverrichta w Magdeburgu (*Therapie der Gegenwart* 1907, styczeń). Jestto sól podwójna teobrominowo-sodowomleczna o wzorze $C_7 H_7 N_4 O_2 Na . C_2 H_4 OHCOO Na$. i przedstawia się jako proszek biały, łatwo w wodzie rozpuszczalny. Zawiera teobrominy 57·6 prc. (Lüder), gdy diuretyna zawiera jej tylko 49·6 prc. Dawka dzienna 3—4, a nawet 6 gr. Ze względu na gorzki smak wskazane jest osłanianie opłatkiem. Zapisując rozczyn należy dla pokrycia smaku użyć wody miętowej pół na pół z wodą przekroploną. Wyniki lecznicze w szeregu przypadków były bardzo korzystne (zapalenie nerek, wysięki opłucne i t. d.). Teolactina działa silnie moczopędnie, niekiedy pewniej, niż diuretyna i inne środki moczopędne, gdzie zaś nie działała, tam i inne leki zawodziły. Zapobiedz wymiotom i utracie apetytu, jako przykrym działaniom ubocznym, można, podając lek ten w kołaczykach. Działania szkodliwego na inne narządy, szczególnie na serce, nie stwierdzono. Środek ten zdaje się działać przez czas dłuższy jeszcze po odstawieniu. *Zmr.*

Rok XLVI. Kraków, dnia 16. lutego 1907. Nr 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Myxoedema fruste (Hypoplasia gl. thyreoideae, nervi sympathici ac tractus genitalis)

opisał

prym. dr A. Krokiewicz.

(Z ryciną.)

(Dokończenie.)

Na dniu 28 maja wykonał prof. Dr. Ciechanowski w zakładzie anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego sekcyę naukową, a protokół oględzin zwłok opiewa:

Rozpoznanie anatomiczne: *Tuberculosis miliaris univ. (pulmon., renum., hepatis, lienis). Degeneratio caseosa cum emollit. gland. lymph. mediastinalium et bronchialium. Degeneratio adiposa renum, hepatis et myocardii. Pleuritis serosa dextra, ss. compress. pulm. d. Polysarcia adiposa capitis, colli, thoracis, abdom., extr. super. Halisteresis ossium. Infractio sterni. Degeneratio gelatinosa cartilaginum intervertebralium. Striae cutaneae copiosae et permagnae.*

Osobnik niskiego wzrostu, ogólna budowa dość dobra; twarz i szyja jakby silnie nabrzękłe, wskutek znacznego zgrubienia tkanki podskórnej, podobnie tułów i kończyny górne, zwłaszcza barki, natomiast kończyny dolne, zwłaszcza golenie, są stosunkowo mniej zgrubiałe. Zgrubienie to tkanki podskórnej zależy od bardzo obfitej podściółki tłuszczowej; obrzęk surowiczy i to nieznaczny stwierdza się w tkance podskórnej tylko około kostek nóg. Na skórze widać szerokie bardzo, ostro kończące się smugi, podobne pod każdym względem do pręg u ciężarnych, tylko znacznie szersze (na brzuchu prawie szerokości małego palca). Smugi te widać przedewszystkiem na skórze dolnej części brzucha, gdzie leżą symetrycznie, rozpromieniając się palczasto od pachwin ku górze i wewnątrz. Podobnie szerokie symetryczne smugi znajdują się w obu okolicach barkowych i na górnej części klatki piersiowej, w okolicy sutków. Drobniejsze, ale liczniejsze smugi znajdują się na górnej części obu ud i górnej części obu ramion. Po rozcięciu powłok brzucha, smugi na brzuchu silnie się marszczą i zwężają. Zresztą skóra wogóle blada, plamy pośmiertne miernie obfite w miejscach zwykłych. Mięśnie słabo rozwinięte, zresztą bez zmian makroskopowych. Naczynia obwodowe: bez zmian. Stawy bez zmian. W kościach stwierdzono zmiany następujące: Mostek wogóle giętki i podatny. W połowie górnej trzonu mostka zupełne złamanie poprzeczne z przesunięciem odłamków, tak, że na przekroju podłużnym ma mostek kształt bagnetowaty. Oba odłamki ze sobą ściśle już zrośnięte. Pomiędzy trzonem a rękojeścią mostka stwierdza się nadmierną ruchomość. Żebra cienkie, niezmiernie kruche i dają się niezmiernie łatwo krajać nożem, podobnie jak to bywa w zmiękknieniu kości. Klatka piersiowa lekko zgarbiona. Miednica kostna bez zmian, kształtu prawidłowego. Kości długie kończyn kształtu prawidłowego; substancya zbita trzonów nie jest zmieniona, tylko w kości udowej na wewnętrznej jej stronie, od strony zatem jamy szpikowej, znajduje się pokład miękkiej substancyi gąbczastej, jakby nowo wytworzonej. Szpik kości długich soczysty, ciemnoczerwony. Kręgosłup: w części piersiowej jednostajnie łukowato silniej ku tyłowi wygięty; wogóle bardzo giętki i podatny. Chrząstki międzykręgowe w środku galaretowato miększe, części te na przekroju silnie się wypuklają; substancya kostna kręgów (trzonów) bez wielkiej trudności daje się krajać nożem.

Czaszka symetryczna, kości sklepienia prawidłowej grubości, w ogóle bez zmian. Opona twarda łatwo się od czaszki oddziela, gładka, lśniąca, w zatokach żylnych krew płynna i skrzepy pośmiertne. Opony miękkie cienkie, gładkie, lśniące, w miernym stopniu biernie przekrwione. Tętnice na podstawie mózgu bez zmian. Mózg: kształt, wielkość, zbitość i rysunek makroskopowo prawidłowe, mierne przekrwienie bierne. Komórki mózgowe wielkości prawidłowej, zawierają ciecz jasną; wyściółka cienka, gładka, lśniąca. Móżdżek: wielkości i kształtu prawidłowego: w półkuli prawej wybitniejsze bierne przekrwienie, zresztą zmian makroskopowych niema. Rdzeń przedłużony i most bez zmian. Przysadka mózgowa nie powiększona, makroskopowo niezmieniona.

Śródpiersie: gruczoły limfatyczne powiększone, tworzą przy rozdziale tchawicy pakiety miernej wielkości, — w kilku gruczołach całkowite zserowacenie z rozmięknieniem, w innych bądź rozlany naciek gruźliczy, miejscami serowaciejący, bądź liczne gruzełki prosówkowe. Grasica zanikła. W prawej jamie opłucnej obfita ciecz surowicza; w dolnych częściach obu opłucnych zrosty wiotkie. Opłucna prawa w częściach górnych nieco przyćmiona, zasiana gdzieniegdzie gruzełkami prosowatymi; lewa w częściach górnych gładka, lśniąca. Płuco prawe pomniejszone, w całości bezpowietrzne; wśród miąższu rozsiane we wszystkich częściach jednostajnie dość liczne gruzełki prosowate i guzki serowaciejące, dochodzące wielkości soczewicy; zresztą miąższ na przekroju gładki, ciemnoróżowy, bezpowietrzny, jędrny, za uciskiem wydziela nieco cieczy krwawej, bezpowietrznej, nie mętnej. Płuco lewe: wśród miąższu, podobnie jak w płucu prawem, rozsiane gruzełki i guzki serowaciejące, zresztą miąższ różowy, jędrny, powietrzny, dość suchy. Naczynia płucne bez zmian makroskopowych. Oskrzela: błona śluzowa bladoróżowa, gładka, cienka. Gruczoły oskrzelowe: po stronie lewej zmienione pylicowo; po prawej prócz tego znajdują się w niektórych ogniska serowate, po części rozmiękające. Gardło: błona śluzowa gładka, blada. Krtań: błona śluzowa gładka, blada. Tchawica: błona śluzowa bladoróżowa, gładka.

Gruczoł tarczowy symetrycznie rozwinięty, ale mały; na przekroju bez zmian makroskopowych.

Worek osierdziowy zawiera łyżkę cieczy żółtawej przeźroczystej. Osierdzie gładkie, lśniące; na nasierdziu kilkanaście punktowatych wybroczyn, rozrzuconych nieregularnie. Tkanka podnasierdziowa bez zmian. Serce: wielkości prawidłowej (nie jest niedokształcone). Mięsień sercowy: żółtawy, jędrny. Naczynia wieńcowe: bez zmian. Komórka i przedsionek lewy: skurczone, ściana prawidłowej grubości. Zastawki: bez zmian, cienkie, gładkie, lśniące. Komórka i przedsionek prawy: nierozszerzone, ściana grubości prawidłowej. Zastawki cienkie, gładkie, lśniące. Tętnica główna wązka, błona wewnętrzna gładka. Żyły główne bez zmian.

Jama brzuszna: cieczy wolnej nie zawiera. Otrzewna gładka, lśniąca, blada. Ułożenie trzew: prawidłowe. Tkanka tłuszczowa zaotrzewna i w obrębie sieci bardzo obfita. Śledziona powiększona w dwójnasób, miąższ ciemnowiśniowy, kruchy, zasiany mnóstwem gruzełków prosowatych, i większych, do wielkości soczewicy dochodzących, serowaciejących guzków. Nerki wielkości i zbitości prawidłowej; torebka cienka, łatwo daje się oddzielić, na powierzchni i w miąższu rozsiane gruzełki prosowate, rysunek zresztą utrzymany, kora zabarwiona żółtawo. Miedniczki bez zmian. Nadnercza prawidłowej wielkości, substancya korowa ciemno-brunatno-czerwona, substancya rdzeniowa żółtawa, soczysta, bardzo miękka. Trzustka bez zmian makroskopowych. Wątroba wielkości i zbitości prawidłowej, rysunek zra-

zikowy wogóle utrzymany, miąższ żółtawo zabarwiony, na powierzchni widoczne gruzełki prosowate. Woreczek i przewody żółciowe bez zmian. Przełyk bez zmian. Żołądek zawiera nieco treści płynnej, błona śluzowa pośmiertnie nadtrawiona. Jelita zawierają kał żółty, papkowaty, błona śluzowa bez zmian. Gruczoły krezkowe i zaotrzewne niepowiększone, bez zmian makroskopowych. Naczynia w jamie brzusznej, moczowody, pęcherz, bez zmian makroskopowych.

Części płciowe: macica wogóle mała, szyjka dwa razy dłuższa od trzonu, ściany macicy cienkie. Błona śluzowa różowa, cienka, we wnętrzu nieco śluzu. Jajowody bez zmian. Jajniki małe, dość twarde, z wrębami na powierzchni, zresztą bez zmian makroskopowych.

Rdzeń kręgowy bez żadnych zmian makroskopowych. Nerw współczulny odpreparowany na szyi po obu stronach, wydaje się zwłaszcza po stronie lewej szczuplejszy, zresztą makroskopowo bez zmian.

Pomijając przyczynę bezpośrednią zejścia śmiertelnego, które zostało spowodowane nie przez zapalenie rozsiane ogniskowe płuc i wysięki opłucnowe, ale przez gruźlicę prosówkową i wysięki opłucnowe, przypadek nasz zasługuje na szczególniejsze uwzględnienie tak ze stanowiska klinicznego, jak i anatomiczno-patologicznego, o ile stanowi niezwykły obraz chorobowy w następstwie zaburzeń czynnościowych gruczołu tarczowego. Klinicznie okazywał on pod wielu względami cechy przypominające obrzęk śluzowaty *(myxoedema)*, którego powstanie odnosić należy dopiero do początku 14. roku życia, t. j. do czasu, w którym chora zaczęła miesiączkować i pracować w szybie. Chora, do lat 14 zdrowa i należycie rozwinięta pod względem fizycznym i umysłowym, nagle pod wpływem urazu fizycznego t. j. podźwignięcia się w kopalni, zaczyna niedomagać; występują u niej zaburzenia odżywcze (troficzne) w postaci chudnienia kończyn dolnych, a grubienia nieproporcyalnego głowy, karku, szyi, górnej części tułowia, kończyn górnych, mniej brzucha, wypadania włosów — tudzież w układzie kostnym, objawiające się kruchością, łamliwością i większą podatnością kości (załamanie się mostka, wygięcie łukowate kręgosłupa ku tyłowi w części grzbietowej, trudności stania na nogach); równocześnie traci inteligencyę i niedołężnieje umysłowo. Wskutek znacznego obrzęku tkanki podskórnej na szyi nie można było za życia wyczuć gruczołu tarczowego. Natomiast oględziny pośmiertne stwierdziły obecność gruczołu tarczowego, ale gruczoł ten był mały, a więc niedokształcony. Również przy oględzinach pośmiertnych można było stwierdzić, iż zgrubienie głowy, tułowia w górnej części, kończyn górnych, karku i szyi polegało na znacznym rozroście tkanki podskórnej tłuszczowej (a nie śluzakowej), jakoteż można było stwierdzić zmiany w mostku (złamanie i zrośnięcie odłamków), w kościach udowych narastanie istoty gąbczastej od jamy szpikowej, — szpik soczysty, czerwony w kościach długich, odwapnienie kości *(halisteresis)*, zwyrodnienie galaretowate chrząstek międzykręgowych z następowem skrzywieniem kręgosłupa ku tyłowi, gdy kości czaszki i miednica kostna zmianom nie uległy. Zależnie od odwapniania się kości znajdował się w moczu obficie fosforan wapniowy zasadowy (kostny) obok śladów białka *(albumen)*. Hemialbumoz w moczu nigdy nie wykazano.

Obok powyższych zmian przypominających jakby charłactwo śluzakowe, zauważyć można było klinicznie i anatomicznie szereg zaburzeń odrębnych, a polegających na alteracyi nerwu współczulnego i nerwów naczynioruchowych, wraz z nim przebiegających, — a mianowicie: znaczne rozszerzenie naczyń włosowatych na skórze twarzy i kończyn dolnych, rozliczne i rozległe smugi i pręgi, po całem ciele rozrzucone, a okazujące niezwykłą symetryę ze względu na postać i usadowienie; zaburzenia ze strony innerwacyi serca w postaci nadzwyczaj przyspieszonej czynności serca *(tachycardia* — 180 uderzeń tętna na minutę) tudzież ujemne działanie leków sercowych a zwłaszcza naparstnicy na zwolnienie czynności serca; wreszcie niezwykła pobudliwość naczyniowa obwodowa. Przyczynę tych zaburzeń w znacznej części odnieść należy i do zmian w nerwie współczulnym, który według brzmienia protokołu anatomicznego po obu stronach szyi, a zwłaszcza po stronie lewej wydaje się szczuplejszy, aniżeli w warunkach prawidłowych, choć innych zmian makroskopowych i mikroskopowych nie okazuje.

Na uwagę zasługuje i niedokształt narządów rozrodczych, zwłaszcza macicy.

Wogóle w przypadku naszym uderza niedokształt, a więc wada rozwoju gruczołu tarczowego, nerwu współczulnego i narządu płciowego.

Rozpatrując rzecz dokładnie, musimy przyjść do przekonania, iż przyczynę zmian, powyżej opisanych w naszym przypadku należy, odnieść przeważnie do nieprawidłowej czynności gruczołu tarczowego niedokształconego, a poniekąd i do niedokształconego nerwu współczulnego. Dopóki osobnik nasz znajdował się w wieku dziecięcym, ten »za mały« niedokształcony gruczoł tarczowy, odpowiadał swemu zadaniu; skoro zaś z chwilą przekształcenia się osobnika, t. j. z chwilą wystąpienia miesiączkowania warunki ustroju się zmieniły, tenże gruczoł, powstrzymany w swym rozwoju, okazał się niedostateczny, aby mógł skutecznie działać i sprostać odpowiednio swemu fizyologicznemu przeznaczeniu. W następstwie tego wytworzyła się sprawa chorobowa, przypominająca bardzo obrzęk śluzowaty, zwany *myxoedema fruste.*

Podobne przypadki niedokształconego obrzęku śluzowatego, — ale nie do tego stopnia posunięte, — opisują Hertoghoe z Antwerpii i Ewald w Berlinie.

Bardzo ciekawy przypadek *myxoedema fruste* przedstawił Ewald na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Berlinie w dniu 12. grudnia 1900 r., dotyczący kobiety 40-letniej, pochodzącej z wytwornego towarzystwa. Była ona zawsze zdrową aż do zamążpójścia; wówczas przebywała jakąś chorobę kobiecą. Przed dwoma laty zauważyła brzęknięcie twarzy, zwłaszcza policzków i powiek; początkowo był i znaczny obrzęk rąk; równocześnie wypadanie włosów, nieznaczne zaburzenia w trawieniu, brak apetytu, bardzo wielkie znużenie; przypady nerwowe, jak ogólny niepokój, znaczne bicie serca, bezsenność, coraz większa apatya, sny trapiące i myśli prześladowcze, bole w członkach, zwłaszcza na grzbiecie, rychłe bardzo nużenie się po każdej pracy. Przy zażywaniu kołaczyków tyreoidynowych i pobycie w wysokich górach chora czuje się lepiej. Badaniem można było stwierdzić brak przesmyku *(isthmus)* i lewej połowy gruczołu tarczowego, gdy natomiast prawa połowa gruczołu tarczowego była utrzymaną. Tętno wynosiło 132; tony czyste, wymiary serca prawidłowe; drżenie rąk przy wyprostowywaniu, a nóg przy opuszczaniu; chora upada przy usiłowaniu stania na nogach. Brak objawów Gräfego i Möbiusa; bardzo słaby i nieznaczny *lagophtalmus.* Brak trzeszczów, brak znamion histeryi. Pobudliwość nerwowa prawidłowa. W moczu brak cukru i białka.

Niezwykły objaw chorobowy, a dotychczas nieopisany, stanowią w przypadku naszym zmiany naczynioruchowe w postaci rozległych symetrycznych smug i pręg ciemnofioletowych na skórze, jak i bardzo znacznie przyspieszona

czynność serca (tętno prawie stale dochodziło do 180 uderzeń na minutę), co odnieść musimy jużto do niedokształconego nerwu współczulnego, jużto do nieprawidłowego działania niedokształconego gruczołu tarczowego.

Nawiązując do najnowszych spostrzeżeń z zakresu fizyologii i patologii gruczołu tarczowego musimy zaznaczyć, iż przypadek nasz stwierdza najnowsze teorye, wygłoszone na ostatnim zjeździe monachijskim. Gruczoł tarczowy niedokształcony mógł sprostać swemu zadaniu, t. j. zniweczyć enterotoksyny, doprowadzone doń drogą naczyń krwionośnych, jak długo osobnik nasz znajdował się w wieku dziecięcym. Z chwilą pokwitania, a tem samem przekształcania się ustroju i zwiększania pobudliwości nerwowo-płciowej wskutek niedokształtu gruczołu tarczowego czynność jego okazała się niedostateczną i wystąpiła niedomoga czynnościowa gruczołu tarczowego, a tem samem zaczął się wytwarzać stan zwany *»hypothyreoidismus«*. Wówczas zaczęły pojawiać się objawy, przypominające jakby obrzęk śluzowaty (rozwój tkanki tłuszczowej, zaburzenia odżywcze, upośledzenie inteligencyi etc.), a zarazem skutkiem ustawicznego drażnienia nerwu współczulnego i zmiany naczynioruchowe. Ponieważ z powodu znacznego obrzęku na szyi nie można było za życia wyczuć gruczołu tarczowego (niedokształconego) i wobec tego podawano chorej tyreoidynę Mercka (po 0·3—0·4 dziennie), wytworzył się sztucznie stan *»hyperthyreoidismus«*, którego następstwem wobec niedokształconego nerwu współczulnego było tak znaczne przyspieszenie akcyi serca, ogólna zwiększona pobudliwość nerwowa, bezsenność i tak rozległe zmiany naczynioruchowe w postaci smug i pręgów symetrycznych na skórze. W ten sposób tłómaczy się i niekorzystne później działanie tyreoidyny.

Jako czynnik etyologiczny, w danym przypadku przyczyniający się do wystąpienia sprawy chorobowej, należy uważać i uraz fizyczny i ciężką kilkunastogodzinną pracę na dobę w szybie kopalnianym.

Piśmiennictwo. 1) Kongress für innere Medicin 1900. Berl. klin. Woch. Nr 20 1900. — 2) A. Holub: Zur Thyroideabehandlung des Morbus Basedowii und insbesondere seiner Kombination mit Myxoedem. Wien klin therap. Woch Nr 23. 1906. — 3) Lövenmayer: Vorstellung eines Falles von Myxoedem. Sitzung im ärztl. Vereine in Berlin v. 12. VII. 1899. Berl. klin. Woch. Nr 32. 1899. — 4) Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Munchen 1899. Berl. klin. Woch Nr 43. 1899. — 5) Ewald: Myxoedema fruste. Berl. klin. Woch. Nr 53. 1900. — 6) Die Erkrankungen der Schilddrüse, Myxoedem u Kretinismus von Prof. Ewald (Morbus Basedovii u. Myxoedem). Spezielle Pathologie u. Therapie von Nothnagel. XXII Bd. — 7) Hirschl: Wien klin. Woch. Nr 27. 1900. — 8) Ulrich: dto Therapeut. Monatsh. Nr 6. 1900; Kiljatschkin: dto Berl. klin Woch. Nr 26. 1901. — 9) Hertoghoe: Myxoedema fruste. Berl. klin. Woch. 1900. — 10) Walter Menke: Schilddrüse u. Myxoedem. Berl. klin. Woch. Nr. 51. 1898. — 11) Tost: Berlin. klin Woch. 1898. — 12) Konig: Berlin. klin. Woch. Nr 48. 1901. Demonstracya. — 13) Kassovitz: 74 Versammlung deuts. Naturforscher und Aerzte in Karlsbad. Berl. klin. Woch. Nr 39 1902. — 14) Pineles: ibidem. — 15) Ueber einen Fall von Thyreoaplasie (angeborener Myxoedem) u. uber den abnormen Tiefstand des Nabels bei diesem Bildungsdefekt v. Prof. Argutinsky in Kazań. Berl. klin. Woch. Nr 35. 1905.

O białaczce i chorobach pokrewnych.

Podał

Dr E. Stahr.

(Ciąg dalszy.)

Wedle szkoły Ehrlicha towarzyszy białaczce prawdziwej, — mówię odtąd tylko o postaci limfadenoidalnej, — względna i bezwzględna limfocytoza, zaś białaczka rzekoma w tem jest tylko do białaczki prawdziwej podobna, że zawsze towarzyszy jej we krwi limfocytoza, ale tylko względna (relative Lymphocytose) t. z. wysoki odsetek limfocytów, chociaż na ogół biorąc, może limfocytów wcale nie być więcej, niż we krwi prawidłowej. Tą względną limfocytozą odróżniać się ma też ta właściwa białaczka rzekoma *(aleukaemia)* od postaci, tylko klinicznie do niej podobnych, ale w istocie swej odmiennych *(pseudoleuk. tbc.* Paltauf, Sternberg, *lymphosarcomatosis* Kundrat itp.).

Troje (Über Leukaemie u. Pseudoleukaemie. Deuts. med. Wochs. 1892) zwracał uwagę na wielkość śledziony. Zauważył on, że w białaczce rzekomej obrzęk śledziony bywa zwykle większy i twardszy, niż w białaczce prawdziwej (limfadenoidalnej). Badania późniejsze jednak dowiodły, że śledziony w białaczce rzekomej bywają większe i twardsze z powodu silniejszego zajęcia torebki i podścieliska, a nadto, że i w białaczce rzekomej trafiają się małe, miękkie obrzęki śledziony, a na odwrót i w białaczce prawdziwej obrzęki śledziony wielkie z zgrubiałą torebką i podścieliskiem nie należą też do nadzwyczajnych wyjątków. To samo można powiedzieć o gruczołach.

Benda[11]) podawał, że w białaczce prawdziwej w przeciwieństwie do białaczki rzekomej w ogniskach przerzutowych śródbłonek naczyniowy gwałtownie buja i tem tłómaczył przedostawanie się niezliczonych limfocytów do naczyń. Objaśnienie to i różnica później upadły. Borst (Würzburger Berichte XXXI. 1897) opisywał to samo bujanie i w białaczce rzekomej.

Ścisłego odgraniczenia, jak widzimy, nie dały nam ani spostrzeganie kliniczne, ani badania anatomiczno-patologiczne. Wobec tego nasuwa się samo przez się pytanie, czy też przejścia z białaczki rzekomej w białaczkę prawdziwą są możliwe?

Szkoła Ehrlicha uważa te dwie choroby za zupełnie różne sprawy, które mają tylko histologiczne podłoże wspólne.

Pomimo, że niewątpliwie wiele przypadków przejścia białaczki rzekomej w białaczkę prawdziwą są tylko pozornemi przejściami, a mianowicie zwykłemi białaczkami rzekomemi z przedzgonną limfocytozą (terminale Reizungslymphocytose), to jednak dokładne spostrzeganie przypadków białaczki rzekomej, które dostarczyło nam na pewno odpowiednich etapów w obrazie krwi, dowodzi, że przechodzenie białaczki rzekomej w prawdziwą jest z wszelką pewnością możliwe. Godzą się na tę możliwość Klein, Pappenheim, Türk i inni. Nie wynika z tego, żeby 1) każda białaczka rzekoma przechodziła w prawdziwą lub musiała przechodzić, albo żeby 2) każda białaczka prawdziwa wyszła z rzekomej, bo w pierwszym razie może stale w danym przypadku brakować warunków, czy może skłonności do białaczki prawdziwej, a w drugim razie może od pierwszej chwili zaistnieć wszystko, potrzebne dla powstania białaczki.

Türk (Ein System der Lymphomatosen. Wien. klin. Wochs. 1903), Schur (Ibid, Nr 5, 1903), oraz w naszej literaturze Stanisław Klein (Medycyna 1993: O rozpoznawaniu białaczki) opisują przypadki, dowodzące możliwości przechodzenia jednej sprawy w drugą. Raz na podstawie badania krwi musieli oni w swoich spostrzeżeniach rozpoznawać białaczkę rzekomą, raz prawdziwą.

Najdalej w tej sprawie idzie Klein (l. c. str. 694) i zdaje się zupełnie słusznie twierdzić, że »oba stany chorobowe, jako mające jednakowy obraz kliniczny, występujące na przemian u jednego i tego samego osobnika, przechodzące często niepostrzeżenie jeden w drugi, albo w pewnych okresach mało od siebie się różniące, stanowią jedno tylko cierpienie o rozmaitem, być może, tylko natężeniu czyli, że białaczka rzekoma limfadenoidalna (jak Klein mówi »limfatyczna«) jest zawsze i odrazu białaczką prawdziwą limfadenoidalną«.

Jakkolwiek jest, to jednak przyznać musimy, że wcale nie ma takiej granicy między obiema sprawami, jak to

[11]) Cyt. za Pappenheimem (l. c.).

utrzymywał Ehrlich, Pinkus i że przeciwnie wszystko przemawia za bardzo blizkiem obu spraw pokrewieństwem.

Mechanizm przechodzenia białaczki rzekomej w białaczkę prawdziwą (porównaj str. 8 i 9 Türk, Klein) nie jest dotąd jasno wytłómaczony.

Skoro możliwe jest przechodzenie jednej sprawy w drugą, muszą istnieć i postacie przejściowe. Otóż do takich postaci pośrednich między białaczką rzekomą limfadenoidalną (czasem z towarzyszącą myelocytozą), a białaczką prawdziwą limfadenoidalną należy zaliczyć przypadki, opisane przez L. Michaelisa[12]), Nekama[13]), Pappenheima[14]), Kleina[15]) i innych.

Czy w podobny sposób białaczka rzekoma myeloidalna lub też mięsak szpikowy *(myeloma)* może przejść w białaczkę prawdziwą myeloidalną, dotąd nic pewnego o tem nie wiemy. Przyszłość to rozstrzygnie, a, być może, na korzyść możliwości przechodzenia jednej sprawy w drugą.

Jeżeli nadto zważymy jeszcze, że udowodniono (Türk, Wilkinson patrz str. 14) istnienie przejść między białaczkowem bujaniem limfadenoidalnem i myeloidalnem, to musimy się coraz bardziej skłaniać do unitarystycznego patrzenia na wszystkie sprawy białaczkowe i białaczkowym podobne.

Wspomniałem już wyżej, że nieraz w toku zmian białaczkowych w śledzionie lub gruczołach spotykamy obok znacznego zgrubienia tkanki podścieliskowej także czasami nadzwyczajne zgrubienie torebki *(perisplenitis, periadenitis)*. Otóż w białaczkach prawdziwych i rzekomych szpikowych opisywano zmiany w kościach, nieraz wybitne, w postaci stwardnienia *(osteosklerosis)*. Opisywane zniekształtnienia kości są sprawą równoległą do sprawy w torebce śledziony lub gruczołów *(perisplenitis* lub też *periadenitis)* i zależą od przypadkowego silniejszego zajęcia okostnej. Stwardnienie kości w toku białaczki szpikowej prawdziwej opisał Heuck[16]), Schwach[17]), Jakoch[18]) i Schmorl[19]), a wśród białaczki rzekomej szpikowej Baumgarten[20]) i inni.

Niejednokrotnie mówiliśmy w tej pracy o przerzutach. Przerzuty też spotykamy bardzo często w białaczce prawdziwej i rzekomej limfadenoidalnej, co się da łatwo wytłómaczyć chociażby tem, że tkanka limfadenoidalna rozsiana jest już w warunkach prawidłowych prawie po całym ustroju (ubiquitär); natomiast przerzuty w toku białaczkowych bujań myeloidalnych spotykamy wprost wyjątkowo, bo tkanka myeloidalna ograniczona jest w warunkach prawidłowych do szpiku kostnego. (Zresztą jest to jeszcze pytanie, czy to są przerzuty w całem tego słowa znaczeniu, dość, że mówimy w tych chorobach o przerzutach).

Otóż co się tyczy przerzutów, — mówimy tu zatem wyłącznie o sprawach limfadenoidalnych, — to one są wśród białaczki prawdziwej (lub też rzekomej) sprawą wtórną, której tłem głównem jest owo samoistne bujanie tkanki limfadenoidalnej, toczące się głównie w narządach krwiotwórczych (gruczoły chłonne, śledziona, szpik). Przerzutami w tych chorobach nazywamy guzy limfatyczne *(lymphomata)* w wątrobie, nerkach, jelitach, skórze, a nawet okostnej. (Dok. nast.)

[12]) L. Michaelis: Über einer der Gruppe der leukaemieähnlichen Erkrankungen angehorigen Fall. Zeits. f. kl. Med. T. 45.

[13]) Nékam: Monatsh. f. pract. Dermatol 1891. Str. 625.

[14]) Pappenheim: Zeitsch. f. kl. Med. T. 52.

[15]) St. Klein: Ctrbl. f. innere Med. 1903. Nr 34 i 35.

[16]) Heuck: Zwei Fälle von Leukaemie mit eigentlichem Blut resp. Knochenmarksbefund. Virch. Arch. T. 78. S. 475

[17]) Schwarz: Ein Fall von Leukaemie mit Riesenzellenembolie und allg. Osteosclerose. Zeits. f. Heilk. XXII. Abt. f. pathol. Anatom. S. 294.

[18]) Jaksch: Multiple Periostaffektionen u. an myeloide Leukaemie mahnender Blutbefund. Ibid. Abth. f innere Med. S. 259.

[19]) Schmorl: Leukaemie mit Ausgang in Osteosklerose. Münch. med. Woch. Nr 12. S. 537.

[20]) Baumgarten: Myelogene Pseudoleukaemie mit Ausgang in allg. Osteosklerose. Arbeit. aus d. path.-anat. Institut Tübingen. T. II. 1899. S. 499 (podane wedle Pappenheima, Sternberga i innych).

Oceny i sprawozdania.

O »chromaniu napadowem« *(claudication intermittente Charcot)* i pokrewnych cierpieniach.

(Sprawozdanie poglądowe.)

Napisał

Dr Adam Rydel.

(Ciąg dalszy.)

Ubiegły rok przyniósł dwa podobne, a bardzo pouczające przypadki. Pierwszy z nich zawdzięczamy Determannowi, drugi Erbowi.

Determann opisuje Rosyanina, liczącego 51 lat, który ani kiły nie przebywał, ani wyskoku nie nadużywał, natomiast palił tytoń niezwykle silnie i u którego były wybitne objawy neurastenii, powstałej pod wpływem nieszczęść i przepracowania. Od roku cierpiał ten chory na napady bicia serca, tudzież ziębnięcia stóp, połączone z mrowieniami. W krótkim czasie zaburzenia w krążeniu w stopach doprowadziły do zgorzeli paru palców, które też musiano odjąć. U chorego tego stwierdził Determann »chromanie napadowe« nietylko w obu kończynach dolnych, ale także i w prawej górnej, tudzież »chromanie« języka, a oprócz tego owrzodzenia tuż nad obojczykiem prawym, wywołane niewątpliwie przez miażdżycę naczyń. Już po kilku (10) minutach chodzenia pojawiało się zmęczenie, połączone z bolami i sztywnością, które tak silnie się wzmagało, iż w końcu chory tylko z największym wysiłkiem mógł się naprzód poruszać. Do zupełnej utraty władzy nie dochodziło, natomiast po $1/2$-godzinnym wypoczynku chód stawał się prawidłowym. Tętna grzbietowej tętnicy stopy i tętnicy piszczelowej tylnej nie można było wyczuć; w tętnicy podkolanowej było ono ogromnie osłabione. Siła prawej ręki zmniejszona (dynamometr 55 : 75). Jeśli choremu polecono wykonywać ręką pewne ruchy, n. p. na przemian zamykać i otwierać dłoń, lub nawracać i odwracać przedramię, to czynność ta, zrazu prawidłowo wykonywana, stawała się po kilku minutach coraz nieudolniejszą, aż wreszcie po 5—8 minutach stawała się wręcz niemożliwą. Podobne objawy, tylko słabsze, istniały i w lewej górnej kończynie. Wreszcie można było zauważyć już przy zwykłej rozmowie z chorym, iż po pewnym czasie wymowa stawała się coraz trudniejszą — do zupełnej utraty mowy jednak nie dochodziło. Przy badaniu ruchów języka w zwykły sposób nic nieprawidłowego nie można było znaleźć; jeśli jednak polecono choremu jedną i tę samą zgłoskę o językowej spółgłosce raz za razem szybko powtarzać, to występowały silne zaburzenia wymowy. Zbyteczna dodawać, iż zaburzenia te nie miały żadnego podobieństwa do niemoty *(aphasia)*. Przypadek Erba odznacza się długą, bo trzechletnią obserwacyą. — Izraelita, 32 lata liczący, spostrzegł w dwa lata po przebyciu kiły pierwsze objawy »chromania napadowego«, które polegały na występowaniu przy chodzeniu uczucia gorąca w nogach, tudzież silnego zmęczenia. W rok później podobne przypadłości poczęły występować w lewem ramieniu. Badanie stwierdziło objawy miażdżycy, zmniejszenie się pocenia lewej stopy, wynik jednak badania promieniami Roentgena był ujemny. Leczeniem swoistem, bardzo energicznem, obok stosowania innych (powyżej wymienionych) środków uzyskano bardzo znaczną poprawę. Jednak w niespełna 3 lata choroba tak postąpiła, iż chodzenie stało się w wysokim stopniu utrudnione, a dłużej trwające ruchy lewą kończyną górną wywoływały bardzo silne osłabienie i bole. Tym razem tętna na stopie lewej i lewej kończynie górnej już nie było można wymacać, a na stopie prawej było ono bardzo osłabione.

Oto wszystkie przypadki, dotychczas znane, w których cierpienie, zupełnie podobne do »chromania napadowego«, pojawiło się także w zakresie innych narządów, a nietylko w kończynach dolnych; to też dla objęcia wspólną nazwą niewątpliwie tego samego cierpienia mimo różnego umiejscowienia, nazwa dotychczasowa: *claudication intermittente, intermittierendes Hinken* (Charcot) lub *dysbasia intermittens angiosclerotica* — nie wystarczała. Poczęto więc przypadki, w których były zajęte ramiona nazywać »chromaniem napadowem ramienia« (intermittierendes Hinken des Armes) lub też posługiwać się bardziej ogólnemi nazwami: jak *myasthenia paroxysmatica angiosclerotica* (Luxemburg), lub może najlepszą, podaną przez Determanna *»dyskinesia«* lub *»akinesia intermittens angiosclerotica«*. (C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

F. Steinhaus. **Badania nad nowym gatunkiem drożdży, chorobotwórczym dla człowieka i zwierząt** (*Saccharomyces membranogenes*). (*Centr. f. Bakt. O.* t. 43, str. 49). Autor przypomina, że od czasu odkrycia Bussego w r. 1894, który stwierdził, że drożdże mogą wywołać ciężką chorobę u człowieka, zwróciły drożdże na siebie baczną uwagę. Przedewszystkiem jednak zajmowano się ich stosunkiem do nowotworów, a to głównie od prac Sanfelicego, znacznie zaś mniej jako przyczyną innych chorób u człowieka. Stwierdzono jednak, że drożdże mogą być przyczyną tak miejscowych (zapalenia błony śluzowej macicy, nosa, rogówki), jak i ogólnych spraw chorobowych u człowieka, które nieraz śmiercią się kończą. Spostrzeżenie autora dotyczyło dziecka, u którego w 5. dniu płonicy wystąpiły objawy dławca. Z powodu ciągle wzrastającej duszności wykonano w 21. dniu choroby tracheotomię, przy której wydobyto z tchawicy błonę, różniącą się wejrzeniem i zbitością od błony dławcowej. Dziecko nazajutrz zmarło; sekcyi nie robiono. Z owej błony otrzymał autor czystą hodowlę drożdży, a drobnowidowo składała się ta błona tylko z włóknika i z drożdży. Drożdże te były zwyczajnie okrągłe, wielkości ciałek nerwowych; przed pączkowaniem przybierały postać gruszkowatą. W starych hodowlach i w narządach zwierzęcych miały wyraźną otoczkę, w świeżych hodowlach nie. Rosły na wszystkich pożywkach, ale lepiej na kwaśno oddziałujących. Zakażenie zwierząt udawało się najłatwiej przez szczepienie do otrzewnej: myszy ginęły po 1, króliki po 6, a świnki morskie po 8—12 dniach. Zawsze zjawiała się w przebiegu choroby gorączka i duszność, często drgawki i porażenia, zwłaszcza odnóży tylnych. Króliki ginęły również stale po zaszczepieniu drożdży do żyły i po spożyciu z pokarmami dużej ilości hodowli drożdży. Porażenia, które występowały u królików, tłómaczy autor sadowieniem się drożdży w mózgu zwierzęcia. Autor podnosi. że należałoby zwracać więcej uwagi na tę grupę zarazków, niż się to dotąd czyniło.

R. Nitsch.

Van Gieson. **Pewna i prosta metoda badania układu nerwowego, a głównie jej zastosowanie w rozpoznaniu i badaniu tworów Negriego.** G. Sticker. **Odbitki narządów** (*Organabdrücke*) **zamiast skrawków.** (*Centr. f. Bakt. O.* t. 43, str. 205). Zdaniem obu autorów zamiast skrawków z narządów, wystarczy często zrobić odbitkę, czyli odcisk narządu na szkiełku i następnie zabarwić. Van Gieson zajmuje się wyłącznie układem nerwowym. Kawałek szarej substancyi, wielkości groszku, ugniata lekko szkiełkiem nakrywkowem i następnie przesuwa szkiełko nakrywkowe wraz z tkanką po szkiełku przedmiotowem. Taki preparat ustala w wyskoku metylowym kilka sekund i barwi 1—2 minut następującą mieszaniną: Nasycony alkohol. rozczyn rosanilin-fioletu 2 krople, nasycony wodny rozczyn błękitu metylenowego 1 kropla, wody przekroplonej 10 ctm.³. Barwik należy zawsze świeżo przygotować. Twory Negriego mają się przytem doskonale barwić. Sticker stosuje podobną metodę do wszystkich innych narządów, unikając jednak przesuwania tkanki po szkiełku, a tylko lekko przyciskając szkiełko do świeżego przekroju narządu lub naodwrót. Przed zabarwieniem n. p. błękitem lub fuksyną utrwala preparat w wyskoku lub nad płomieniem; albo też barwi go metodą Maya i Grünwalda, używaną do barwienia krwi. Wyniki mają być doskonałe. Metoda ta zawodzi jedynie tam, gdzie zawiele krwi lub surowicy zalewa powierzchnię przekroju narządu, lub też naodwrót, gdzie obfitość zbitej tkanki łącznej nie dozwala przylepić się do szkiełka przy lekkim ucisku żadnym histologicznym składnikom.

R. Nitsch.

A. Di Donna. **Badania nad uodpornianiem zapomocą prątków wąglikowych i gruźliczych, zabitych światłem słonecznem.** (*Centr. f. Bakt. O.* tom XLII, 7, 8). Hodowla wąglikowa, świeża, bezzarodnikowa, naświetlana światłem słonecznem przez 8 godzin, nie zabija już królików, ale jeszcze niektóre świnki morskie. Autor szczepił króliki naprzód taką hodowlą, a potem hodowlami, naświetlanemi 6, 4, 2 godziny; wreszcie hodowlami świeżemi; przy takiem uodpornianiu jednak ginęło około 70 prc. królików na wąglik. — Do uodpornienia przeciw gruźlicy używał świnek morskich, samców, którym szczepił podskórnie około 1-miesięczną hodowlę jadowitych prątków gruźliczych, która przez wystawienie przez 8 dni letnich na działanie światła słonecznego stała się dla świnek morskich nieszkodliwą. Zaczynając zatem od hodowli 8 dni naświetlanych, szczepił autor potem w przerwach kilkotygodniowych hodowlami, naświetlanemi 6, 4 i 2 dni. Po każdem zaszczepieniu zjawiał się odczyn miejscowy w postaci nacieku lub ropnia i obrzęk gruczołów chłonnych, które zwolna ustępowały, przejściowy ubytek na wadze, niekiedy kilkodniowa gorączka. Świnki szczepione odrazu hodowlami naświetlanemi 4 i 2 dni, ginęły bez wyjątku na gruźlicę. Niestety i świnki tak uodpornione, że znosiły prawie bez szkody zaszczepienia 2 dni naświetlanej hodowli, zginęły na gruźlicę, gdy je autor zaszczepił wcale nie naświetlaną hodowlą. Autor podnosi, że jego doświadczenia zasługują na uwagę dlatego, że dotychczas nie udawało się wogóle uodpornić przeciw gruźlicy świnek morskich, uważanych, jak wiadomo, za najwrażliwsze ze wszystkich zwierząt na gruźlicę, oraz dlatego, że w dotychczasowych doświadczeniach nawet zabite prątki gruźlicze, szczepione zwierzętom, wywoływały po długim czasie ich śmierć z powodu charłactwa. Otóż światło słoneczne zdaje się w ten sposób zmieniać jady prątków gruźliczych, że czyni je nieszkodliwymi dla ustroju zwierzęcego.

Dr R. Nitsch.

Löte. **Czy zarazek wścieklizny daje się przenieść na żaby?** (*Centr. f. Bakt. O.* t. XLII, p. 25). Aby rozstrzygnąć spór, czy żaby można zakazić wścieklizną, zaszczepił L. 73 żaby zarazkiem ulicznym, pochodzącym z psów lub człowieka, lecz szczepionym już pod oponę królikom w 20—77 pokoleniach. Z tych żab padło na wściekliznę 35, a to między 162 a 465 dniem po zakażeniu. Z 10 żab, zaszczepionych zarazkiem wścieklizny, pochodzącym z żab poprzednio padłych, zginęło 8 na wściekliznę między 272 a 428 dniem po zakażeniu. Jako cechy wścieklizny u żab podaje autor: długi okres wylęgania, ogromne wychudzenie i niedokrwistość, a niedługo przed śmiercią i porażenia. Że żaby te istotnie padły na wściekliznę, stwierdził autor przez szczepienia materyału z żab świnkom morskim i królikom. Ponieważ zwierzęta te padały potem na wściekliznę stosunkowo późno, przeto wnosi z tego autor, że zarazek wścieklizny u żab zostaje osłabiony.

R. Nitsch.

Bleibtreu. **Wpływ gruczołu tarczowego na rozwój płodu.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 1, 1907). Znikanie tkanki śluzowatej pod wpływem podawania gruczołu tarczowego skłoniło Nerkinga do badania wpływu gruczołu na zarodki i płody. Stwierdził on, że podawaniem gruczołu matce wywołać można często poronienie, zanik płodu, a nawet tegoż wessanie. B. wykonał takież badania na królikach i otrzymał podobne wyniki. Ciąża przebiega nieregularnie, płody rodzą się nieżywe, zanikłe, lub zwierzęta pozostają niepłodne. Podobne wyniki osiągnąć można przez naświetlanie promieniami Röntgena lub wstrzykiwania rozczynów choliny. Przyjąć należy, że naświetlanie i wstrzykiwania choliny działają rozpuszczająco lub czynnie na substancyę gruczołu tarczowego, a przez to pośrednio na płód. *Klesk*

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Czystowicz. **O znaczeniu płytek krwi Bizzozera w ostrych chorobach zakaźnych.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 45). By wyjaśnić znaczenie płytek krwi w ostrych zakaźnych chorobach, liczył autor ilość czerwonych i białych krwinek i płytek krwi w 2 przypadkach włóknikowego zapalenia płuc, w 1 — róży twarzy, w 4 — odry, w 1 — ropowicy gardła, w 3 — ospy naturalnej, w 7 — płonicy, i w 2 — błonicy. [Najlepiej zachowują się płytki w płynie Afanasjewa: *Natrii chlorati 0,6—0,8, peptoni Witte 0,6, aq. destillatae 100,0, methyl-violett 1: 100.000*]. Wyniki są następujące: 1) We wszystkich wspomnianych chorobach, oprócz płonicy, na szczycie gorączki ilość płytek Bizzozera jest zmniejszoną; w okresie opadania gorączki i ozdrawiania ilość ich zwiększa się. 2) W płonicy ilość płytek zwykle mniej lub więcej zwiększa się. Tylko w pierwszych dniach choroby ilość ich bywa albo prawidłowa, albo nawet zmniejszona, potem tem szybciej wzrasta. I w płonicy zatem zasadnicze zjawisko jest takie samo, a różnica jest tylko ta, że okres zmniejszenia się ilości płytek jest w niej bardzo krótki, a okres zwiększenia występuje bardzo jaskrawo. W jednym ciężkim przypadku płonicy ilość płytek spadła bardzo nizko. 3) Przy powikłaniach płonicy (zapalenie stawów, ropne zapalenie ucha środkowego), w których gorączka zaostrza się, ilość płytek czasowo się zmniejsza. 4) W błonicy zmniejszenie się ilości płytek bywa bardzo znacznie długotrwałe. 5) Wstrzykiwanie surowicy przeciwpaciorkowcowej lub przeciwbłoniczej nie odbija się bardzo na ilości płytek. 6) Między ilością białych ciałek i płytek żadnej zależności niema, jak również niema zależności między ilością płytek i czerwonych krwinek. 7) Z tego wszystkiego widać, że ustrój na każde zakażenie oddziaływa nietylko zmianą ilości białych krwinek, lecz i zmianą ilości płytek Bizzozera w ten sposób, że z początku następuje zmniejszenie się ich ilości, a potem, w okresie poprawy, zwiększenie. W wahaniach tych istnieje pewna pra-

widłowość i stałość, stąd wniosek, że płytki, podobnie jak białe krwinki, grają w chorobach zakaźnych pewną stałą rolę, związaną z okresem zwycięskiej walki ustroju, okresem rozwoju odporności, gdyż właśnie w tym okresie ilość płytek we krwi wzrasta i najprawdopodobniej płytki mają czynny udział w zjawieniu się we krwi różnych niweczników (antytoksyn, stymulin, agglutyniny itd.). *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Glaessner. **Przyczynek do patologii** *»polycythaemia rubra«* (*Wien. klin. Wochs.* Nr 49 1906). Dotychczas opisano około 30 przypadków tej choroby. Przypadek autora jest z tego względu ciekawy, że za życia można było rozpoznać *polycythaemia rubra cum splenomegalia et cyanosi*, a sekcya dała obraz prawdziwej krwistości (*plethora*). Etyologia była, jak zwykle, ciemna; wywiady stwierdzały przebycie kiły. Cała choroba (od pierwszych objawów, jak zaczerwienienie twarzy, uderzenia krwi do głowy, bole głowy, aż do objawów końcowych w postaci obrzęków i zaburzeń w trawieniu) trwała dwa lata. Objawy były następujące: duża sinica błon śluzowych i skóry; obrzęk śledziony, zajmujący całe lewe podżebrze, nieznaczna rozedma płuc; duży białkomocz; powiększenie wątroby; krzepliwość krwi wzmożona; krwinek czerwonych ponad 10,000.000; liczba leukocytów prawidłowa, uderzająco nizki odsetek Hb., bo tylko 90% (Fleischl); ciężar właściwy krwi 1073; azot zawierała krew w ilości prawidłowej; ciśnienie (Gärtner) nie wiele różniło się od prawidłowego; ciepłota wahała się między 36·6—38·2; ilość dobowa moczu wahała się między 100—1000 cm³; punkt marznięcia krwi = —0·55°. Za szczególnie ważne uważa autor wyniki histologicznego badania śledziony i szpiku kostnego. W bardzo powiększonej śledzionie znaleziono zbitsze, bledsze wysepki, bardzo podobne do guzków gruźliczych; mikroskopowo nie stwierdzono jednak gruźlicy. W szpiku kostnym, silnie przekrwionym, stwierdzono drobnowidowo dużą ilość normoblastów; tem tłómaczy autorowi polycythemię; we krwi, rzecz dziwna, normoblastów nie było. Przez stwierdzenie zmian w szpiku kostnym zyskuje *polycythaemia rubra* na swoistych cechach i daje się przez to łatwiej odgraniczyć od spraw, przebiegających wśród podobnych objawów klinicznych. *Dr Pisarski.*

A. Fränkel. **Leczenie wysiękowego zapalenia opłucnej.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 1, 1907). W większości przypadków zapalenia opłucnej jest ból objawem, przeciw któremu czynnie wystąpić należy. Stosuje się środki kojące (*narcotica*) w małych dawkach wewnętrznie lub morfinę podskórnie; zmniejsza się przez to nietylko ból, lecz łagodzi także kaszel, który bole wywołuje. Jeżeli morfina jest przeciwwskazana, to można skutek osiągnąć zapomocą okładów (Priessnitza), baniek suchych lub ciętych, lub zapomocą opatrunku uciskowego, ustalającego chorą połowę klatki piersiowej. Bardzo sceptycznie zapatruje się F. na takie leki, jak salicyl, środki napotne i moczopędne, w okresie wzrastania wysięku. Dopiero w okresie, kiedy wysięk sam zaczyna ulegać wessaniu, można liczyć na wspomagające działanie środków moczopędnych, pędzlowań lub wcierań środków wessanie ułatwiających. Skoro wysięk tak wzrośnie, że wystąpią objawy przemieszczenia serca, lub chorzy skarżą się niezależnie od bolów na trudności w oddychaniu, należy wysięk wypuścić. Za odpowiednią chwilę do tego zabiegu uważa Fränkel ten stan, kiedy stłumienie z tyłu sięga do grzebienia łopatki, a z przodu do III. żebra; wyczekiwanie, aż wystąpi wskazanie życiowe, uważa za niebezpieczne. Zanim się jednak do wypuszczenia wysięku przystąpi, należy zawsze wykonać nakłucie próbne, ono bowiem 1) pozwala dokładnie oznaczyć miejsce, w które ma być wbity trójgraniec; 2) wykrywa przyrodę wysięku; 3) już samo nakłucie próbne może dać bodziec do wessania się wysięku, dlatego po nakłuciu próbnem należy wyczekać 1—2 dni. Do nakłucia próbnego używa F. zwykłej strzykawki Prawatza lub Luera. Przy torakocentezie w użyciu są dwie metody: jedna polega na zasadzie zwykłego lewara, a przy drugiej płyn bywa z jamy opłucnej do próżni aspirowany (przyrząd Potaina). Przy wysiękach, zajmujących całą jamę opłucną, można wprowadzać trójgraniec, u chorego leżącego na wznak, pomiędzy linią sutkową a pachową przednią i to po stronie prawej w IV. międzyżebrzu, po lewej w V. Jeżeli wysięk sięga z tyłu wyżej, aniżeli z przodu, to nakłucie należy wykonać z tyłu w VI. lub VIII. międzyżebrzu. Ilość wypuszczanego płynu nie powinna przekraczać 2—2·5 litra, a wypuszczać należy z przestankami. Szybkie opróżnienie jamy opłucnej może wywołać nagły obrzęk płuc. Po wypuszczeniu pewnej ilości płynu reszta wysięku szybko się wchłania, o czem świadczy wzmożone moczenie. To wessanie można jeszcze zwiększyć przez podanie środków moczopędnych, jak *kali acet.* 25 : 200, *theobrom. natr. salicyl.* w dużych dawkach (4 gr. dziennie), naparstnicy, strofantusa; miejscowo można pędzlować nalewką jodową, lub wcierać maść jodową. Wypuszczenie płynu z jamy opłucnej nie jest niebezpieczne, a przypadki nagłej śmierci wskutek wstrząsu są niezmiernie rzadkie. Przeciwwskazanie istnieje tylko przy bardzo znacznych zmianach gruźliczych płuc lub przy nowotworach. Ponieważ po opróżnieniu jamy opłucnej z płynu powstają taśmowate zrosty, należy je przez odpowiednią gimnastykę oddechową rozciągać. *Pisarski.*

Fofanów. **W sprawie wydzielania soku żołądkowego u zdrowych ludzi.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 50). U zdrowych badał F. treść żołądka, 1) w godzinę po próbnem śniadaniu Ewalda, 2) w 10 minut po wypiciu naczczo 150³ ctm. *a*) wody lodowej, *b*) gorącej (75° C.) i *c*) ciepłej (20° C.), 3) po spożyciu naczczo środków nie wchłaniających się, lecz mechanicznie drażniących błonę śluzową żołądka (2 łyżki bardzo drobnych pigułek z węgla drzewnego), 4) po żuciu naczczo w ciągu 30 min. miękkiej gumy, przyczem badany w jednych razach ślinę połykał, w drugich wypluwał, 5) po podrażnieniu badanego zrana naczczo czemkolwiek smacznem, (w tym celu autor zjadał w obecności badanego ulubione przez niego potrawy), 6) to samo z tą różnicą, że badany następnie żuł smaczny kąsek, lecz śliny nie połykał, ale spluwał. Wnioski autora są następujące: 1) Największą ilość wolnego kwasu solnego i największą trawienną siłę posiadała treść żołądka po drażnieniu badanego smacznem jadłem bez różnicy, czy badany żuł kąsek, czy nie. 2) Na drugiem miejscu stoi treść żołądkowa po wypiciu wody lodowej. 3) Na trzeciem miejscu treść po próbnem śniadaniu Ewalda. 4) Ciepła, a jeszcze bardziej gorąca woda, wywołuje słabe wydzielanie soku żołądkowego, który zawiera wolnego kwasu solnego 5 razy mniej, niż sok żołądkowy, otrzymany po wypiciu wody lodowej. 5) Akt żucia sam przez się wywołuje wydzielanie soku żołądkowego, zawierającego mało wolnego kwasu solnego i o słabej trawiennej sile. 6) Jeszcze mniej kwasu solnego wolnego zawierała treść żołądka przy połączeniu żucia z połykaniem śliny. 7) Mechaniczne podrażnienie błony śluzowej żołądka (pigułkami z węgla) nie wywoływało wydzielania soku żołądkowego. 8) Po próbnem śniadaniu Ewalda, a tembardziej po próbnym obiedzie Leubego może odsetek kwasu solnego w soku żołądkowym być różny, zależnie od sposobu spożycia ich: im dłużej je spożywano, im więcej przytem wykonano ruchów żujących, tem większy odsetek kwasu solnego i tem większą trawienną siłę posiada sok żołądkowy. Praktycznie najlepiej bułkę (śniadanie Ewalda) podzielić na 4 równe części i na spożycie każdej części użyć 8 żujących ruchów, co stanowi 32 żujących ruchów i 4 (razem z wodą) połykających.

Z. Orłowski (Ptsbg.).

Pedyatrya.

Grüner. **O wpływie soli kuchennej na obrzęki u dzieci.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1906, XI). Do niedawna nie przypisywano chlorkowi sodu w patologii żadnego znaczenia. Nowsze badania, równocześnie prawie podjęte we Francyi, na Węgrzech i w Niemczech, stwierdziły niewątpliwie związek między zatrzymaniem chlorków, a powstawaniem obrzęków. Związek ten tłómaczy się prawem biologiczno-osmotycznem, na mocy którego ustrój wśród wszelkich warunków stara się zachować stałe stężenie drobinowe swych soków, czyli pozostać w osmotycznej równowadze. Pierwotne zatem zatrzymanie chlorków wywołać musi zatrzymanie odpowiedniej ilości wody, potrzebnej do rozcieńczenia tych chlorków do roztworu izotonicznego (fizyologicznego) i odwrotnie zatrzymanie pierwotne wody musiałoby wywołać w następstwie zatrzymanie chlorków (właściwie wogóle drobin stałych, inne sole jednak mają wobec chlorków niewielkie znaczenie). Doprowadzaniem znacznej lub przeciwnie bardzo skąpej ilości soli w pokarmach można też, jak udowodnili Widal i jego uczniowie, wpływać bardzo wybitnie na obrzęki i to tak przy obrzękach na tle chorób nerkowych, jak i sercowych. Wprowadzają też oni zasadę dyety bezsolnej lub bezchlorkowej (właściwie zawierającej mało soli lub chlorków) do leczenia obrzęków. Wyniki badań autora usprawiedliwiają tę zasadę w całej pełni.

Najzupełniejszą równoległość między pozbywaniem się nagromadzonych chlorków i ustępowaniem obrzęków stwierdził G. w pierwszym ze swych przypadków, u dziewczyny 13-letniej ze zwężeniem i niedomykalnością zastawki dwudzielnej w stanie niewyrównania. Przy dyecie bezchlorkowej stracił ustrój w kilkunastu dniach 49 gr. chlorku sodowego i 5700 płynu opuchlinowego (spadek ciężaru ciała). Obrzęki wydzielone zatem zostały w roztworze izotonicznym. Dodanie 10 gr. NaCl dziennie do

dyety wywołuje zatrzymanie około 20 gr. NaCl w ciągu 5 dni i wzrost ciężaru ciała (obrzęki) o 20 klgr. Dyeta bezchlorkowa znów potem wywołuje spadek stanu chlorków i ciężaru ciała, dyeta zwykła wznoszenie się ciężaru, któremu jednak można było przeciwdziałać zapomocą środków sercowych.

Zawilej przedstawiają się te stosunki w następnych spostrzeżeniach, tyczących się rozmaitego rodzaju zapaleń nerek. Równoległość między zatrzymywaniem i pozbywaniem się chlorków i wody niezawsze jest zupełną, najwięcej jeszcze w przypadkach drugim i szóstym (zapalenia ostre). W przypadku trzecim (14-letni chłopiec z zapaleniem śródmiąższowem bez obrzęków) dyeta bezchlorkowa wywołała szybkie wydzielanie chlorków bez odpowiedniego opadania ciężaru ciała tak, że trzeba tutaj przyjąć »zatrzymanie chlorków suche« (»retention chlorurée sèche«), stwierdzone już przez innych autorów przy tym rodzaju cierpienia. W przypadkach 4. i 5-tym (zapalenie miąższowe przewlekłe) podawanie soli wywoływało szybki wzrost krzywej stanu chlorków i ciężaru ciała, a dyeta bezchlorkowa, zastosowana następnie, wywoływała tylko bardzo nieznaczne opadanie, co świadczyłoby o wysokiego stopnia niedomodze wydzielniczej nerek i byłoby złym znakiem prognostycznym. Ostatnie dwa spostrzeżenia tyczą się osesków i dowodzą, że także przy nerkach zdrowych można spostrzegać, lub doświadczalnie przez podawanie soli wywołać zatrzymanie chlorków, a z niem zatrzymanie odpowiedniej ilości wody.

Zatrzymanie chlorków jest niewątpliwie w przeważnej liczbie przypadków pierwotnem, zatrzymanie wody następowem. Przez próbne podanie większej dawki chlorków można stwierdzić u chorych na nerki opóźnienie wydzielania, lub nawet niemożność wydzielenia nadmiaru wprowadzonego (przypadki autora 4. i 5-ty). Zatrzymanie chlorków wywołuje zwiększone zagęszczenie drobinowe krwi i tkanek, stąd przyciąganie wody i ograniczenie wydzielenia wody głównie przez skórę i płuca, a w końcu wytworzenie się obrzęków.

Działanie dyety bezchlorkowej polega po części na tem, że pozwala ona nerkom wypocząć, poczem stają się one zdolne do nowych wysiłków, głównie jednak na tem, że warunki pracy nerek są o wiele korzystniejsze. Teoretycznie można bowiem przyjąć, że nerka wykonuje najmniejszą pracę, wydzielając jako mocz roztwór soli, jak on się znajduje w osoczu krwi, t. j. 6‰. Otóż przy wydzielaniu 1000 gr. moczu, a wprowadzaniu w pokarmach 10 gr. NaCl, nastąpi wtedy zatrzymanie 4 gr. NaCl; przy wprowadzaniu tylko 1 gr. NaCl pozbycie się 5 gr NaCl, jeżeli przypuścimy, że nerka utraciła zupełnie zdolność wydzielania innego roztworu.

»Bezchlorkowa« dyeta składa się z mleka (zawiera 1·7‰ chlorków) i potraw mlecznych, legumin i chleba, wypiekanego bez soli i podawanego z masłem lub miodem, ziemniaków z masłem, owoców (pokarmy roślinne zawierają tylko dziesiętne ‰ chlorków). Widal dozwala przy zapaleniach nerek podawać mięso, przyrządzone bez soli. *Lewkowicz.*

Jehle. **Spostrzeżenia przy epidemii grypowej, wywołanej przez ziarenkowca nieżytowego** (*micrococcus catarrhalis*). (*Jahrb. f. Kinderh.* 1906, XI). Objawy polegały prawie wyłącznie na gorączce; wybitnych objawów nieżytowych nie było. Epidemia obejmowała 5 osesków, umieszczonych na jednej sali i zakażających się dłuższy czas wzajemnie tak, że każdy przebył chorobę kilkakrotnie. W śluzie jamy nosowo-gardłowej stwierdzono ziarenkowce nieżytowe. Epidemia została przerwaną przez wkraplanie pyocyanazy do nosa wszystkim dzieciom, po 5 kropli do każdego nozdrza. *L.*

Flesch i Schossberger. **O zmianie neutrofilnego obrazu krwi w okresie wylęgania odry.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1906, XI). Obraz ten (Arneth) jest przesunięty na lewo na kilka dni przed pojawieniem się objawów nieżytowych. *L.*

Holwede. **Zgorzel przy odrze.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1906, XI). Na 59 przypadków, leczonych w szpitalu, zgorzel rozwinęła się w 6: trzy razy zgorzel sromu u dziewcząt, dwa razy zgorzel migdałków, raz zgorzel odbytnicy. Dzieci należały do warstwy ubogiej; temu nie można jednak przypisać rozstrzygającego znaczenia, ponieważ w poprzednich epidemiach nie spostrzegano zgorzeli wogóle. Należy zatem przyjąć szczególny charakter epidemii. *Lewkowicz.*

Sacher Masoch i Masochizm.

Szkic literacko-psychiatryczny według collegium publicum.

Skreślił

Prof. Dr L. Wachholz.

(Ciąg dalszy.)

II. Twórczość Sacher-Masocha.

Bogaty dorobek literacki Sacher-Masocha wywołał przez swój odrębny choć jednostajny kierunek i cel nader liczne i przychylne i wrogie oceny. Nie brakło i entuzyastycznych, lecz mimo to nie zdołał on porwać ogółu, odwracającego się raczej od jego utworów, jako od płodów, uderzających już nawet laika znamionami czegoś nieprawidłowego, chorobowego. Dzięki tym cechom jest Sacher-Masoch w chwili obecnej poczytny, ale w rzędzie tych, którzy są mu blizcy rodzajem pożądliwości.

We wstępie do drugiej części swej »Spuścizny po Kainie«, objętej napisem »Własność« zestawia on ważniejsze oceny swych poprzednich utworów. Z dumą powiada, że zaliczono go z Ryszardem Wagnerem i Bismarkiem »do najbardziej znienawidzonego, lecz i do zażywającego największego rozgłosu niemieckiego trifolium«. Krytyka francuzka wita w nim zaranie realizmu na Wschodzie słowiańskim. Niemieccy krytycy dopatrują się w utworach jego rysów właściwych Balzacowi i Chopinowi(!), lub trafniej pierwiastków, które w filozofii przedstawia Schopenhauer i Hartmann, w naukach przyrodniczych Darwin, w historyi Buckle. Porównują go z Hamerlingiem, o ile obaj śmiało uznają zmysłowość za główną sprężynę w ludzkiem życiu. Lecz mimo tych zaszczytnych porównań nie brak także zarzutów, że nie opisuje uczuć, lecz je sekcyonuje, że ocenia życie ludzkie i naturę ludzką przez szkła pessymizmu, że maluje sytuacye niemoralne, nie nadające się do literackiego opracowania. Ten ostatni zarzut stara się on zbić zdaniem Schopenhauera: »Poeta może opiewać tak dobrze lubieżną rozkosz, jak i mistykę. Nikt nie może poecie nakazać, że ma być szlachetnym i wzniosłym i moralnym... Jest on zwierciadłem ludzkości i przynosi jej to, co ona czuje...« Zdanie Schopenhauera jest słuszne, lecz z tym łatwo zrozumiałym dodatkiem, że poecie nie wolno być w przedstawieniu zmysłowości ludzkiej jednostronnym, brutalnym i tak rubasznie ścisłym, jak nim może być badacz naukowy tej zwłaszcza zmysłowości, która wkracza lub wyłącznie już zamyka się w dziedzinie zboczeń chorobowych. A zarzut jednostronności, brutalności i rubasznej ścisłości w opisie zboczeń życia płciowego musi całkiem słusznie spotkać autora. Utwory jego przenika jedna myśl, jeden problem—zmysłowość—i to nie prawidłowa lub w różnej przejawiająca się postaci, lecz przeważnie jedna i ta sama t. j. ta, jaką czuł sam autor i jemu podobni.

Jak słusznie podnosi Schlichtegroll, stwarza Sacher-Masoch w licznych swych utworach stale dwa tylko ludzkie typy, t. j. w pierwszym rzędzie »kobietę okrutną, lubieżną, chciwą władzy« i w drugim dopiero rzędzie »ulegającego jej i więcej w znoszeniu cierpień niż w działaniu silnego mężczyznę«. Dziwnym zbiegiem okoliczności, jak się wyraża Schlichtegroll, uczynił jego nazwisko głośnem w nauce lekarskiej nie ten pierwszorzędny typ algolagnicznej kobiety, lecz owszem drugorzędny typ biernego algofilicznego mężczyzny. I w istocie tak jest. We wszystkich niemal utworach jego uderza nas przedewszystkiem chorobliwy typ »*virago*«, typ wampira kobiety, lecz inaczej nie mógł on postąpić, jeśli chciał stworzyć typ drugi, typ uległego, biernego mężczyzny. Bierność i podporządkowanie może się tylko uwydatnić przez przeciwstawienie im aktywności i despotyzmu, a jednostajność w przedstawianiu tylko biernego i podporządkowanego kobiecie typu męskiego, jaka cechuje całą twórczość Sacher-Masocha, mimo, że typ ten według spostrzeżeń do wyjątku należy, czynią go z pozornie drugo-planowego pierwszorzędnym, a stąd za trafne i uzasadnione należy uważać ujęcie go pod mianem masochizmu, wywiedzionem od drugiego nazwiska autora.

Te dwa zasadnicze dla swej twórczości typy przedstawia autor na tle wtrąconych tu i ówdzie zapatrywań na istotę »miłości« i w ogóle płciowego stosunku mężczyzny i kobiety, zapatrywań, nie pozbawionych pewnej trafności. Zapoznanie się z temi zapatrywaniami, jak również zapoznanie się z stworzonymi przez autora typami jest ważne dla oceny jego twórczości i dlatego niezbędne jest rozpatrzenie się w jego najcelniejszym dorobku literackim.

W przeważającej części krótszych i dłuższych opowieści, opatrzonych dosadnymi tytułami, a objętych po kilka pod jedno zbiorowe miano (np. Historye galicyjskie, Fałszywe gronostaje, Historye o Messalinach Wiednia, Spuścizna po Kainie i t. d.)

służy mu za temat przewodni »miłość, stosunek płci, będący nieśmiertelnym problematem poezyi, wieczną zagadką, o której rozwiązanie ustawicznie się ludzkość stara«. (»Fałszywe gronostaje: Demon dziewiczości«). Rozwiązaniu tej zagadki poświęca on przedewszystkiem pierwszą część swego najszerzej zakrojonego dzieła, zatytułowanego »Spuścizna po Kainie«, którego dwie tylko części w istocie wydał t. j. część pierwszą p. t. »Miłość« i część drugą p. t. »Własność«. Dalsze, niewypracowane części miały nosić miana: »Państwo, Wojna, Praca i Śmierć«. Charakterystycznem jest, że część pierwszą właśnie opracował z największem swojego rodzaju zacięciem i polotem. W prologu do tej części twierdzi, że »nie w obywaniu się, nie w niedostatku tkwi źródło naszej nędzy, lecz w tej wiecznie żywej nadziei szczęścia, które się nie zjawia nigdy i nie może się nigdy zjawić«. Szczęścia tego nie stanowi dla mężczyzny kobieta, za którą tęskni i którą kocha, bo należy sobie to z przykrością uświadomić, iż »przyroda tylko dla tego wszczepiła w nas tę tęsknotę, aby z nas uczynić posłuszne sobie a ślepe narzędzie... dla utrzymania gatunku«. Zdaniem jego »miłość jest tylko bojem obu płci, który one w tym celu wiodą, aby się nawzajem podbić, uczynić swym niewolnikiem, zwierzęciem jucznem, gdyż mężczyzna i kobieta są wrogami z natury«. A jeźli, jak wszelkie żywe istoty, połączą się na chwilę »w słodkiem upojeniu«, aby uczynić zadość woli przyrody, to potem wzajemnie wrogi ich stosunek jeszcze więcej się wzmaga, walka o panowanie ich nad sobą staje się więcej jeszcze bezwzględną i zaciętą. W tem miejscu zwraca się do czytelnika z zapytaniem: »Widziałżeś kiedy większą nienawiść, jak między ludźmi, których niegdyś łączyła miłość, a czy napotkałeś gdziekolwiek więcej okrucieństwa, a mniej zmiłowania, niż między mężczyzną a kobietą?«, a w pytaniu tem zamyka niejako swój pogląd na istotę stosunku obojga płci do siebie, który w następstwie tak jednostronnie wywodzi. Na innem miejscu (w Wenusberg i inne historye o Messalinach Wiednia: »Pod batogiem«) przyznaje sam, że opisywany przezeń stosunek niewolniczo-uległy mężczyzny do kochanki jest nieprawidłowym, lecz dodaje, że »jądro tego stosunku jest prawidłowe, gdyż istnieje jeszcze nie wyjaśnione, lecz już stwierdzone prawo przyrody, wedle którego rozkosz obudza okrucieństwo i na odwrót«. A miłość »ta słodka, tajemnicza siła, która tak nami owłada, że przestajemy myśleć, czuć, chcieć i dajemy się jej unosić bez zapytania: dokąd« (»Wenus we futrze«) jest tylko »cierpieniem, użycie natomiast wybawieniem z cierpienia. Miłość jest niewolą; niewolnikiem staje się, kto kocha. Mężczyzna kochający czuje się poniżonym, rozkoszuje się despotyzmem i okrucieństwem kobiety, całuje jej nogę, którą po nim stąpa« (»Don Juan z Kołomyi«). (C. d. n.)

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

I. posiedzenie naukowe w d. 8. lutego 1907.

1) Dr Jedlička (z kliniki chirurgicznej) przedstawił szereg **rentgenogramów**. Z pomiędzy zdjęć tych zasługują na szczególniejszą uwagę piękne obrazy czaszki, jakoteż zdjęcia, przedstawiające kamienie pęcherzowe.

2) Dr Wein miał odczyt p. t. **„Kilka uwag o poronieniu“**. W odczycie swym dotknął kilku zagadnień, zawsze w położnictwie żywotnych, wypowiedzeniem zaś swego osobistego w każdem z nich zapatrywania wywołał ożywioną dyskusyę. Szczególniej stanowisko prelegenta w sprawie postępowania z ciężarnemi choremi na gruźlicę płuc, było przedmiotem licznych przemówień. Prelegent dzieli ciężarne, chore na gruźlicę, na dwie grupy: zamożne i ubogie. O ile u pierwszych można zdaniem jego zachowywać się wyczekująco, to u drugich powinno się bezwzględnie i to jaknajwcześniej wywołać poronienie. Zapatrywania tego nie podzielił żaden z mowców. Przemawiali: prof. dr Kośmiński, dr Czyżewicz (jun.), dr Obtułowicz, prof. dr Mars, prym. dr Pisek, dyr. dr Starzewski, prof. dr Gluziński.

W. Ziembicki.

XXI. posiedzenie naukowe w d. 7 grudnia 1906.

(Protokół urzędowy.)

Przewodniczący Stachiewicz, protokołuje W. Ziembicki. Obecnych 63 członków, nadto goście: koledzy: Kossak z Litwy, Kowenicki z Warszawy, Kraszewski z Włocławka, biorący udział w tegorocznych kursach dla lekarzy.

I. Kol. Nowicki okazuje preparat anatomiczno-patologiczny z przypadku **ciąży zewnątrzmacicznej**. U zmarłej, kobiety 40-letniej rozpoznano, za życia »krwotok wewnętrzny, spowodowany guzem złośliwym w jamie brzusznej i to najprawdopodobniej nabłoniakiem kosmówkowym), oraz przepuklinę pachwinową lewostronną, uwięzniętą, tak, że przedsięwzięto odpowiedni zabieg chirurgiczny. Przy sekcyi znaleziono (prócz ciężkiej niedokrwistości) guz torbielowaty, wypełniający prawie całą jamę brzuszną, dający się swobodnie obejść, zrośnięty częściowo z trzonem macicy, pokryty licznymi, świeżymi skrzepami. W jamie otrzewnej około $1\frac{1}{2}$ litra płynnej krwi. Po stronie prawej u góry ściana tego guza była pęknięta na długość 12 cm., miejsce pęknięcia pokryte obfitą ilością skrzepów. Po wyjęciu guza wraz z częściami rodnemi okazało się, że wychodzi on z przydatków strony prawej. Jajowodu ani jajnika mimo skrzętnych poszukiwań nie znaleziono. Macica w trzonie silnie zgięta ku stronie lewej, powiększona mniejwięcej w czwórnasób, miękka, w jej jamie błony różowe, miękkie, łatwo oddzielające się (doczesna). Po rozcięciu torbieli okazuje się, że jest ona workiem płodowym, zawierającym płód dług. 49 cm., zwrócony główką ku talerzowi biodrowemu lewemu, pośladkami ku wspomnianemu pęknięciu, a grzbietem ku dołowi. Błony płodowe utrzymane w całości, co należy przypisać ich sprężystości. Łożysko ułożone od dołu, od niego odchodzą naczynia pępkowe, przechodzące w pępowinę znacznie wyżej (*insertio velamentosa*). Pomiędzy błonami, a workiem płodowym, bardzo duży krwiak. Jestto więc ciąża zewnątrzmaciczna, i to, sądząc z ułożenia worka płodowego, jego stosunku do macicy i otoczenia, najprawdopodobniej jajowodowa, i to niewątpliwie 9-miesięczna, kończąca się wreszcie śmiertelnym krwotokiem. Przypadek ten przedstawia prelegent nietylko przez wzgląd na rzadkość tak dalekiego rozwoju ciąży zewnątrzmacicznej, ale i na rozpoznanie, które miało napotykać na znaczne trudności i być przyczyną różnych zdań. (C. d. n.).

Sekcya wadowicka Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Doroczne posiedzenie administracyjne

odbyło się d. 26. stycznia r. b. w Białej w sali Rady powiatowej pod przewodnictwem kol. dra Zawadzińskiego.

1) Przystąpili do sekcyi kol.: dr Karol Szpanbauer z Suchy, dr Czyżyk Ferdynand i dr Kwieciński Maciej z Białej, oraz dr Wechsler Leopold z Oświęcimia.

2) Przewodniczącym na rok 1906 obrano na wniosek kol. Zawadzińskiego kol. Bukowskiego z Wadowic, zastępcą kol. Idzińskiego z Żywca, gospodarzem kol. Zawadzińskiego z Wadowic, sekretarzem naukowym kol. Müllera, administracyjnym kol. Żędzianowskiego, obu z Wadowic. Nadto pozostali w biurze sekcyi kol. Juras z Biały i kol. Bednarski z Alwerni.

3) Uchwalono jeszcze raz, po raz trzeci, odnieść się do Rady zawiadowczej Tow. lek. galicyjskich z żądaniem, aby taż na mocy § 50 statutu wypłaciła Sekcyi na niezbędne potrzeby kancelaryjne i koszta administracyjne kwotę po 2 korony od każdego członka sekcyi.

4) Uchwalono wnioski: *a*) kol. Kwiecińskiego w sprawie unormowania stanowiska i płacy lekarzy miejskich, *b*) kol. Bednarskiego w sprawie partactwa, *c*) kol. Wechslera w sprawie uregulowania normy honoraryów lekarskich.

Za przewodniczącego: *Dr Bukowski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Państwowy Związek organizacyi lek. austr. ostrzega kolegów, którzyby zamierzali ubiegać się o posadę lekarza okręgowego w Libawie czeskiej (Böhmisch-Libau, okręg Littau, Morawy), by we własnym interesie zasięgli wprzód wiadomości w morawskiej Izbie lekarskiej lub w zarządzie organizacyi.

Dr Janeczek, prezes Związku.

Izba lekarska dolno-austryacka wraz z obiema organizacyami lekarskiemi dolno-austr. zobowiązała wszystkich lekarzy swego okręgu do podniesienia honoraryów z d. 1 marca b. r. o 50 prc. i skasowania wszelkiego ich kredytowania. Lekarzom rozesłano celem umieszczenia w poczekalniach odpowiednie ogłoszenia, w których podniesienie honoraryów jest uzasadnione ogólną drożyzną oraz tem, że lekarze gminni dolnoaustryaccy, nie mając dotąd żadnego zabezpieczenia dla swych

rodzin na wypadek śmierci, ani na starość i t. d., muszą sami myśleć o zebraniu jakichś funduszów. Do wszystkich zarządów gmin rozesłano także odpowiednie zawiadomienie. *R.*

Udział lekarzy w wyborach do austryackiej Rady Państwa uważa »Wiener med. Presse« (Nr 6) za użyteczny, o ile chodzi o występowanie na zgromadzeniach przedwyborczych celem poruszania spraw sanitarnych i t. d.; jednakże do tego potrzebaby odpowiedniego przygotowania, podziału ról i t. p., a nie wystarczy teoretyczne wezwanie, ogłoszone przez Izbę lek. wiedeńską. Natomiast występuje »Wiener med. Presse« przeciwko udzielaniu z funduszu organizacyi zasiłków lekarzom kandydującym, tem mniej wybranym już na posłów, oraz przeciwko stworzeniu osobnego czasopisma »organizacyjnego«, na co przedewszystkiem niema jeszcze funduszów. *R.*

Do walki przeciw podwyższeniu opłat telefonicznych wezwała lekarzy swego okręgu Izba lekarska wiedeńska uchwałą z d. 29. I. 1907. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 3. do 9. lutego 1907 doniesiono o 42 przypadkach duru plamistego w 10 gminach, a mianowicie pow. Horodenka (Dąbki 2, Horodenka 2, Głuszków 7), Jaworów (Zawadów 5), Kamionka (Sielec 2), Lisko (Manasterzec 5), Nadwórna (Pniów 7, Dobrotów 7), Zaleszczyki (Uścieczko 1), Złoczów (Krasnosielce 4) i 1 przypadku nagminnego zapalenia opon w Łodygowicach p. Żywiec. *T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 3. do 9. II. 1907 przypadków: błonicy 7 (w tem obcych —), krztuśca 6, płonicy 4 † 1, odry 21 † 4, duru osutkowego —, duru brzusznego 1 (—), nagminnego zapalenia opon 1. *L.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 3. II. do 9. II. 1907 urodziło się dzieci żywo 62, nieżywo 5; zmarło osób 54 (w tem obcych 19), z tych z gruźlicy 12 (5), zapalenia płuc 9 (1), błonicy — (—), płonicy 3 (2), duru brzusznego — (—), śmiercią gwałtowną 1 (1).

Choroby zakaźne w Krakowie w grudniu 1906. Zgłoszono przypadków odry 9, płonicy 24, błonicy 35, krztuśca 9, gorączki połogowej 1, duru osutk. 1, duru brzusznego 8, czerwonki 1, grypy 1, ogółem 89, w czem obcych 37, leczonych w szpitalach z 17 gmin sąsiednich 14.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w d. 13. II. b. r. mówił dr Piotrowski Tymoteusz: »W sprawie położnych w naszym kraju. Projekt poprawy stosunków«. W ożywionej dyskusyi przemawiali doc. Braun, prof. Ciechanowski, drdr Karpiński i Schaitter, w końcu prof. Rosner.

— Doroczne zebranie administracyjne Sekcyi wadowickiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbyło się w Białej d. 26. I. b. r. (Sprawozdanie z tego zebrania ob. w dziale »Sprawy Towarzystw lek.« na str. 84).

— Staraniem Kółka przyrodników Uniwersytetu Jagiellońskiego ma wkrótce wyjść w polskiem tłómaczeniu dziełko A. Findlaya p. t. »Chemia fizyczna i jej zastosowania w medycynie i biologii«.

Lwów. Na posiedzeniu krajowej Rady Zdrowia w d. 5. II. 1907 wydano opinię w sprawie okręgów sanitarnych w powiecie borszczowskim i ułożono instrukcyę dla kierowników oddziałów zakaźnych w krajowych szpitalach powszechnych.

Warszawa. Kosztem miasta staje kostnica publiczna (»morgue«), według nowoczesnych wymagań zbudowana i urządzona przy szpitalu praskim. Koszt budynku, który już jest gotowy, wyniósł 50,000 rb., wodociągi, kanalizacya i urządzenie wewnętrzne kosztować mają 43,000 rb. Kostnica posiadać będzie najnowsze, dotąd tylko w Brukseli istniejące urządzenia do przechowywania zwłok (syst. Schambeta), wzorowo urządzone prosektoryum, zaopatrzone w wodę ciepłą i wentylacyę elektryczną, pracownie i t. d.

— Jedną z najmłodszych instytucyi filantropijnych warszawskich jest »Ogólna pomoc lekarska dla ubogich m. Warszawy« (po domach). Z pomocy tej korzystało dotąd średnio 400 chorych miesięcznie. W Warszawie utworzono w dzielnicach, zamieszkałych przez ubogą ludność, 22 rewiry, na Pradze 8.

Wilno. (3. lutego 1907). Gdy ucisk, długo zgniatający na Litwie wszelką próbę pracy społecznej, wreszcie nieco złagodniał, inteligencya, szczególnie wileńska, z zapałem wzięła się do pracy na różnych polach. Najczynniejszy udział wzięli w tej pracy lekarze. Nowopowstałe Towarzystwa, jak »Oświata«, »Przyjaciół Nauk«, »Miłośników wiedzy«, »Sokołów«, w liczbie swych założycieli mają po kilku lekarzy. Lekarze biorą czynny udział w prasie wileńskiej, już to jako założyciele i wydawcy gazet, już to jako współpracownicy. Na czele centralnego komitetu wyborczego stoi dr Witold Węsławski, prezesem Tow. »Sokołów« jest dr L. Czarkowski, zaś wiceprezesem dr Świeżyński. Jedynym kandydatem do Dumy państwowej z Dynaburga jest znany okulista i działacz społeczny dr Kaz. Noiszewski. W ogólności lekarze Polacy w życiu umysłowem kraju naszego grają bardzo wybitną rolę.

— Po płonicy dość ciężkiej, która w jesieni w Wilnie grasowała, miasto nasze nawiedziła z końcem ubiegłego roku ospa, której w ciągu paru tygodni zaregestrowano przeszło 200 przypadków. Popłoch był niemały, bo też i nielada niebezpieczeństwo mieszkańcom groziło. Zapobiegło klęsce masowe szczepienie krowianki, w którymto celu zarząd miejski w 4 dzielnicach Wilna utworzył stacye dla szczepienia. Jakoż ta epidemia już wygasła; za to w styczniu zjawiła się odra, która w krótkim czasie przybrała charakter nagminny, jakkolwiek nie złośliwy. Obecnie mamy nadto epidemię grypy. Ta ogarnęła całe miasto i nie ma domu, gdzieby chorych nie było. Niewątpliwie przyczyną, sprzyjającą szerzeniu się chorób nagminnych, jest zły stan sanitarny miasta, zwłaszcza ulic i domów żydowskich. Wszelkie sanitarne zarządzenia zarządu miasta dotąd będą tylko paliatywami, dopóki Wilno nie posiądzie kanalizacyi.

— Pogotowie ratunkowe w dalszym ciągu pożytecznie pracuje: W r. 1906 Pogotowie udzieliło pomocy lekarskiej w 3,365 przypadkach nieszczęśliwych, lub nagłych zasłabnięć. Znamiennem dla obecnych czasów jest znaczne zwiększenie się w roku ubiegłym liczby poranień różnego rodzaju, zwłaszcza ran ciętych i tłuczonych. Gdy w r. 1905 było zranionych 925, w r. 1906 liczba ich wzrosła do 1,162. Zdawałoby się, że mieszkańcy Wilna, z których niejeden zawdzięcza życie Pogotowiu, podtrzymają tę instytucyę. Tymczasem walczy ona z wielkiemi trudnościami finansowemi, połowa członków nie opłaca wkładek, ofiar prawie nie ma, to też Pogotowie musi dla podtrzymania swego istnienia wymyślać różne zabawy, koncerty, widowiska, loterye i t. d.

— Olbrzymi, z ogromnym kosztem urządzony zakład dla umysłowo-chorych w Wilejce pod Wilnem nie ma szczęścia do naczelnych lekarzy, którzy niemal co rok się zmieniają. Obecnie porzucił służbę naczelny lekarz i kilku ordynatorów, ponieważ władze poczęły czynić oszczędności ze szkodą chorych, zmniejszyły i tak niedostateczną liczbę posługaczów, felczerów i t. d.

— Ogromne wzburzenie w mieście wywołało zamordowanie w d. 15. stycznia na jednej z najludniejszych ulic w biały dzień popularnego w Wilnie dla swej zacności i uczciwości lekarza weterynaryi Witolda Zoera, liczącego zaledwo 35 lat. Mordercą był napewno jakiś rzeźnik, zaś motywem była zemsta za to, że zmarły jako człowiek uczciwy nie zezwalal na nadużycia w rzeźni i na przemycanie nieodpowiedniego mięsa. W pogrzebie wzięło udział całe miasto, zaś na trumnie złożono kilkadziesiąt wieńców, między innymi od Tow. lekarskiego. Zabójcy nie wykryto. Nie pierwszy to już zamach ze strony rzeźników na lekarzy weterynaryi, których życie jest w ciągłem niebezpieczeństwie. Obowiązkiem zarządu miasta jest zapewnić bezpieczeństwo życia swoim uczciwym pracownikom. Dotąd jednak nic w tym względzie nie zrobiono; zadowolniono się »uczczeniem pamięci zmarłego przez powstanie« na posiedzeniu Rady miejskiej. *Dr Władysław Zahorski.*

Z różnych stron. Prezesem »Spolku česk. lek.« na rok 1907 obrano prof. Hlavę.

— Dr Zenon Orłowski, współpracownik naszego pisma, uzyskał d. 5. I. 1907 stopień docenta chorób wewnętrznych w Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu.

— »Koło lekarskie polskie« w Petersburgu odłożyło wybór zarządu aż do spodziewanego wkrótce zatwierdzenia przez władze samoistnego »Związku lek. pol.«

— 36. zjazd chirurgów niemieckich odbędzie się w Berlinie 3—6. kwietnia r. b. Tematami obrad będą: 1) Chirurgia serca i osierdzia (spraw. Rehn). 2) Chirurgia płuc (Friedrich). 3) Wyłuszczenie sterczu (Kümmel). 4) Złamanie uda (Bardenheuer i König).

— Abituryenci szkół realnych w Niemczech dopuszczeni zostaną z d. 1. marca b. r. do studyów lekarskich.

— Zakład anatomiczny uniwersytetu moskiewskiego spłonął 5. II. b. r.; ocalono jednakże muzeum, pracownie i bibliotekę.

— Dzienniki odwołują wiadomość o 25-milionowym zapisie bankiera Osirisa dla paryskiego zakładu Pasteura, podając, że zapisał on tylko roczną rentę 70,000 franków na badania chorób zakaźnych.

Mianowani. Dr Józef Zychoń lekarzem klimatycznym w Zakopanem; p. St. Welecki asystentem przy katedrze fizyologii w Krakowie; dr L. Malinowski głównym inspektorem lekarskim w Petersburgu.

Powołani. Chirurg prof. Enderlen z Bazylei do Würzburga (na miejsce Schoenborna); asystent zakład fizyolog. w Würzburgu, dr Overton, na katedrę farmakologii do Lund.

Zmarli: Dr Arnold Drygas z Poznania w Daressalam w Afryce, licząc zaledwo 31 r. ż.; ogłoszone (po polsku i po niemiecku) jego rozprawy (10) świadczą, że z szeregów lekarzy poznańskich ubywa przedwcześnie dzielny pracownik.

Dr Michał Pilcicki, ostatni z żyjących b. profesorów b. szkoły głównej, w Warszawie w 84 roku życia; ukończywszy Akademię lekarską w Petersburgu w r. 1851, pracował jako lekarz szpitali wojskowych od r. 1854 w Warszawie, od r. 1856 w Radomiu; w r. 1857 mianowany prosektorem anatomii w warszawskiej akademii medyko-chirurgicznej, w r. 1862 adjunktem, wnet potem profesorem tego przedmiotu, a równocześnie starszym ordynatorem w wojskowym szpitalu Ujazdowskim; z katedry ustąpił w r. 1875, poczem został lekarzem dywizyi, następnie korpusu, wreszcie jako emeryt osiadł w Warszawie.

Dr Karol Szadek, z Kijowa, jeden z najwybitniejszych dermatologów polskich, w Gries w Tyrolu w 55 r. ż. Urodzony w Żytomierzu, ukończył studya w Kijowie, poczem jako lekarz wojskowy pracował w Tulczynie, Skwirze, brał udział w wojnie rosyjsko-tureckiej; w szpitalu wojskowym kijowskim prowadził czasowo także oddział oczny, później został ordynatorem oddziału chorób skórnych i wenerycznych i w tym dziale medycyny kształcił się w Krakowie, oraz w Wiedniu (u prof. Kaposiego i Neumana). Ogłosił po polsku i po rosyjsku liczne prace z zakresu syfilidologii i dermatologii, wkraczające także w dziedzinę okulistyki, które zjednały mu uznanie i sprawiły, że kandydatura jego na opróżnione nasze katedry dermatologii brana była w rachubę. »Przegląd lekarski« traci w nim wiernego przyjaciela i współpracownika.

Prawie równocześnie ubył z grona naszych lekarzy drugi jeszcze gorliwy pracownik, dr Seweryn Perkowski. Ur. w r. 1845, studyować zaczął medycynę w Szkole głównej, a potem w uniwersytecie warszawskim, jednakże wziąwszy udział w powstaniu styczniowem, musiał kraj opuścić i osiągnął dyplom doktorski dopiero w r. 1869 w Paryżu. Z początku praktykował w Semur w Burgundyi, potem w szeregach francuskich przebył wojnę 1870 r., uzyskując za to obywatelstwo francuskie, następnie osiadł w Beaumont-sur-Sarthe. Po powrocie do kraju (1874) powtórzył egzamina lekarskie (1876) i jako lekarz wojskowy został (1878) ordynatorem w szpitalu ujazdowskim, skąd jednak usunięto go, gdy zaczęło się rugowanie Polaków ze szpitali. Prace jego, ogłaszane po polsku, francusku i rosyjsku, dotyczą różnych działów medycyny, przeważnie jednak chirurgii i to głównie dróg moczowych. Należał do najgorliwszych krzewicieli ćwiczeń fizycznych wśród młodzieży, między innemi był jednym z założycieli warszawskiego Towarzystwa wioślarskiego.

Dr Paweł Wiczewski w Rydze w 48 r. ż.; ukończywszy medycynę w Dorpacie w r. 1889, praktykował naprzód w Rydze, potem w gub. wileńskiej, w Petersburgu, w końcu w Łodzi; dr Piotr Szeremetewski w Moskwie w 67 r. ż., niegdyś lekarz wojskowy, praktykował potem w Płocku; dr Bronisław Baranowski, młodszy lekarz szkoły wojskowej w Moskwie po 25-letniej działalności lekarskiej w 50 r. ż.

Dr med. Alfred Slavik, profesor mineralogii i geologii w politechnice w Pradze, w 56 r. ż.

Redakcya otrzymała: Piasecki: Nowy pulpit zdrowotny. Odb. »Tyg. lek.« 1906. — Sędziak: 1) Zaburzenia nosowo-gardlano-krtaniowo-uszne w przebiegu a) chorób nerek, b) chorób serca i naczyń. Odb. »Now. lek.« 1906. 2) Tosamo (b) po niemiecku. Odb. »Monats. f. Ohrenhk.« 1906. 3) Zaburzenia nosowo-gardlano-krtaniowo-uszne w przebiegu dny. Odb. »Kron. lek.« 1907. — Fuhrmann: Aerztliches Jahrbuch für Oesterreich. 1907 Wiedeń.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 20. lutego o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Kol. Kozłowski: »O leczeniu i wyleczalności wiewióra u mężczyzn«. 2) Dyskusya nad odczytem kol. Borzęckiego z d. 6. II. i powyższym.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Arhovin zalicza dr N. Zorn w pracy p. t. »Kasuistische Beiträge z. Behandl. gonorrh. Affectionen«. (*Monatsch. f. Harnkrank. und sex. Hyg.* 1906, Nr 36) do najlepszych środków tego rodzaju. Jestto jeszcze jedno świadectwo pochlebne, jakie uzyskuje arhovina ze strony praktycznych lekarzy. Podobnie, jak inni, podnosi i Zorn niedostateczność wyłącznie miejscowego leczenia w wiewiórze. Potrzeba leczenia wewnętrznego, usprawiedliwiona faktem, że dwoinki napotkać można także w krążeniu krwi chorych, że mamy tu zatem do czynienia z chorobą iście zakaźną, naprowadziła na stosowanie środków balsamicznych, panujących przez czas pewien wyłącznie w lecznictwie, aż się przekonano o drażniącem działaniu środków tych na żołądek, jelita i nerki. Dopiero wprowadzenie nowego połączenia w postaci arhoviny spełnia w zupełności zadanie, jakiego spodziewano się po środkach balsamicznych. Wyniki lecznicze autora są potwierdzeniem uznania, jakie sobie arhovina dotąd zdobyć zdołała. Z. stosował ją w przypadkach ostrego i przewlekłego wiewióra cewki przedniej i tylnej, w ostrem zapaleniu cewki i pęcherza, w nieżycie pęcherza, zapaleniu wiewiórowem sromu i pochwy i w upławach białych na tle wiewióra. Sześć ciekawszych, dokładniej opisanych przypadków, daje obraz działania arhoviny, szybkości, z jaką ustępują bole z jednej, a objawy przedmiotowe z drugiej strony. Obok wewnętrznego podawania 3—6 razy dziennie 1—2 kapsułek po 0·25 gr., wystarczających często same przez się, uciekał się Z. również do leczenia miejscowego zapomocą 5 prc. rozczynu arhoviny w oliwie, przez co uzyskiwał wyłącznie działanie bakteryobójcze, a nie ściągające, co ma swe duże znaczenie. *Hr.*

Lysoform w rozczynie poleca dr Bundt jako najodpowiedniejszy bezwonny środek do odkażania słuchawki i lejka telefonu. Znane są już dość liczne niezbite przypadki, gdzie wskutek niewłaściwego, zbytniego zbliżania ust do lejka następowało zakażenie. I tak dr B. spostrzegał wkrótce po sobie 2 przypadki ropnego zapalenia błony śluzowej jamy ustnej u osób, które użyły tegoż samego aparatu do rozmowy. *Ll.*

Rok XLVI. Kraków, dnia 23. lutego 1907. Nr 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O wahaniach chorobliwości miesięcznej w europejskich epidemiach zimniczych.

Napisał

Dr Zenon Grossek

lekarz miejski w Kołaczycach.

Znamy dwie odmiany krzywych, uzmysławiających wahania wysokości miesięcznego przybytku chorych w europejskich epidemiach zimniczych.

Pierwszy typ stanowią krzywe z wyniosłością wiosenną, odpowiadające epidemiom, które okazują najwyższą chorobliwość w miesiącach kwietniu, maju lub czerwcu. Taki przebieg zmian nasilenia chorobliwości miewają epidemie zimnic łagodnych, to jest łagodnej trzeciaczki i czwartaczki, w Europie północnej i środkowej. Za wzór tego typu posłuży krzywa zimnic szwedzkich, narysowana na podstawie dat, zestawionych przez A. Hirscha ze sprawozdań szwedzkich fizykatów z lat 1820—1873, zawierających spostrzeżenia 53,009 przypadków zimnic (fig. 1)[1].

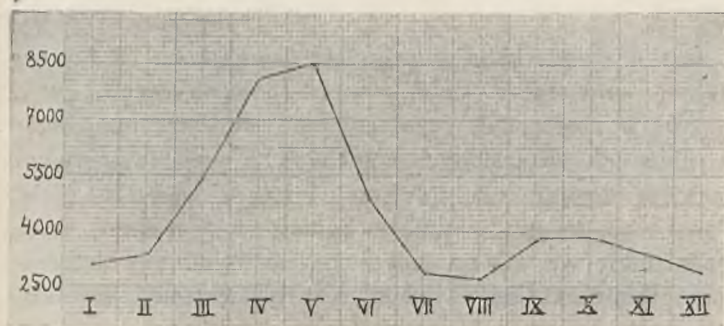


Fig. 1. — Szwecya. 1820—1873, 53,009 przyp. zimn. — A. Hirsch, na podstawie »Sundhets.-Colleg. Berättelse«.

Widzimy, że krzywa ta okazuje strome wzniesienie od lutego do kwietnia, najwyższy stan chorobliwości w kwietniu i maju, potem stromy spadek od maja do lipca tak, że chorobliwość lipcowa i sierpniowa jest w całym roku najniższą; wahania dalszych miesięcy odbywają się dookoła tego poziomu, jaki chorobliwość zajmowała poprzednio w styczniu i w lutym, a pozostają znacznie poniżej chorobliwości ,miesiąca marca. Szczyt chorobliwości zimniczej znajdujemy w maju, a najniższą w sierpniu. Podobny przebieg ma krzywa chorobliwości zimniczej korpusu I. wschodnio-pruskiego armii niemieckiej z lat 1887—1888 (4,359 przyp. z.), podana przez prof. E. Grawitza[2]). Znajdujemy tam nagłe podniesienie chorobliwości od marca do czerwca, najwyższy stan w czerwcu i lipcu (szczyt w czerwcu) a nagłe zmniejszenie chorobliwości od lipca do września.

Drugi typ krzywych miesięcznej chorobliwości zimniczej tworzą krzywe z wyniosłością letnio-jesienną, a odpowiadające epidemiom złożonym z trzeciaczki łagodnej i bagiennicy[3]), z najwyższą chorobliwością w drugiej połowie roku, od lipca do grudnia. Okazową dla tego typu jest krzywa, ułożona na podstawie zestawionych przez Balloriego 33,837 przypadków zimnicy w szpitalach rzymskich z lat 1892 do 1898[4]) (fig. 2).

W figurze tej linia pełna oznacza wysokość całkowitej chorobliwości zimniczej, linia zaś kreskowana odpowiada ilości pierwszych zachorowań (zakażeń pierwotnych); obie linie okazują w swych wzniesieniach i obniżeniach zupełne podobieństwo. Uwidocznione tu wahania chorobliwości zimniczej od stycznia do czerwca są bardzo małe; natomiast widzimy strome podniesienie od czerwca do sierpnia, a od sierpnia do grudnia wolne opadanie chorobliwości.

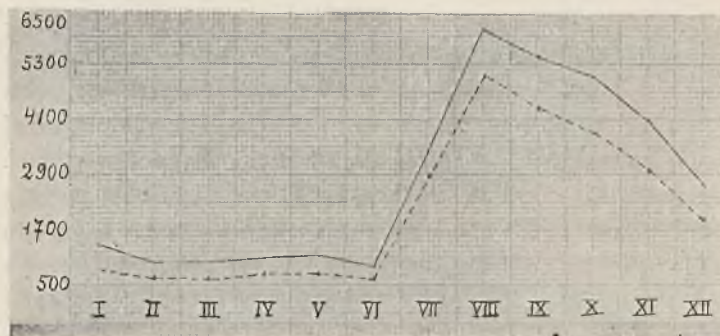


Fig. 2. — Rzym 41° 52'. 1892—1898. 33,837 przyp. zimn. — Ballori-Celli.

Najniższy punkt jest w czerwcu, a szczyt w sierpniu, więc odwrotnie, jak w krzywych pierwszego typu.

Jako dalsze przykłady krzywych drugiego typu spotykamy: krzywą chorobliwości zimniczej wśród załogi wojskowej w Poli (44° 53') w latach 1863—7 (Jilek-Hirsch[5]);

[1]) Handbuch der hist.-geographischen Pathologie 2 wyd., Stuttgart 1881. Tom I. Str. 175.

[2]) Epidemiologischer Beitrag zur Frage der Malaria-Infection. Berl. klin. Wochens. 1900. Str. 522.

[3]) Nazwą bagiennicy oznaczam odmianę zimnicy letnio-jesienną (t. zw. »bidua« Bacelliego), niewłaściwie mianowaną zimnicą podzwrotnikową. Patrz Przegl. lek. 1906. Str. 398.

[4]) Zestawienia Balloriego czerpię z rozprawy A. Celliego w tłomaczeniu F. Kerschbaumera: »Die Malaria nach den neusten Forschungen«, 1900. Str. 72.

[5]) A. Hirsch l. c. Str. 176.

następnie krzywą z Wilhelmshaven (53° 30'), z lat 1860—3, na podstawie 8,854 przypadków zimnicy narysowaną przez Wenzla[6]), a okazującą szczyt chorobliwości we wrześniu; do tego typu zaliczamy też krzywą ze szpitala wojskowego S. André z lat 1858—60 podług Balley-Hirscha (l. c.) na podstawie 4,175 przyp. zimnicy narysowaną w fig. 3, ze szczytem w październiku; wreszcie krzywą 4,675 przyp. zimnicy ze szpitala w Corneto Tarquinia w latach 1878—1899, podaną podług Celliego (l. c.) w fig. 4, a dosięgającą szczytu w listopadzie.

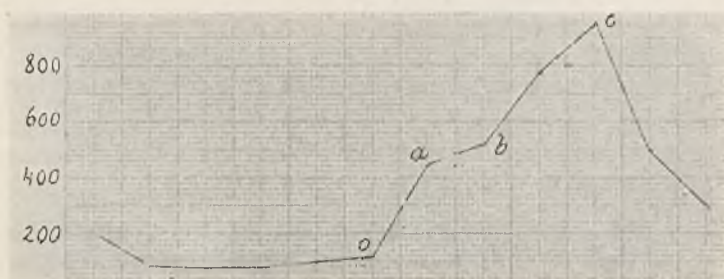


Fig. 3. — Rzym, 41° 52', 1858—1860, 4,175 przyp. z. — Balley-Hirsch.

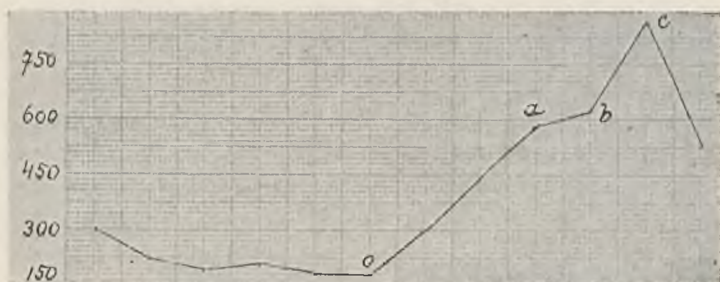


Fig. 4. — Corneto Tarquinia, 42° 15', 1878—1899, 4,675 przyp. z. — Celli.

Właściwości przebiegu krzywych drugiego typu tłómaczy B. Grassi[7]) wpływem ilości widliszów. Podług spostrzeżeń tego autora ilość widliszów z początkiem roku bywa we Włoszech Środkowych i Południowych bardzo mała, najmniejsza od początku kwietnia do połowy maja. Do początku czerwca, oprócz rzadkich wyjątków, nie ma we Włoszech widliszów, mogących zakazić zimnicą, i dopiero od połowy czerwca pojawiają się pierwsze przypadki nowo nabytej zimnicy. Widlisze zakażone pasorzytami zimniczymi spotykał Grassi najczęściej w najcieplejszych miesiącach, od lipca do września; od września liczba ich zwolna maleje, a przy końcu grudnia prawie wcale już ich nie ma. Okresowi liczniejszego pojawiania się widliszów towarzyszący znaczny przyrost świeżych zakażeń jest przyczyną wyniosłości letnio-jesiennej krzywych włoskich.

Należy przytem pamiętać, że gdy widlisz zakazi się krwią chorego, cierpiącego na nawrót zimnicy, amfigonia pasorzytów w jego ciele aż do pojawienia się sporozoitów w gruczołach ślinnych trwa około dwóch tygodni; wtedy dopiero owad ten może zakazić (6 do 8) ludzi zdrowych; okres zaś wylęgania się choroby w człowieku znowu trwa mniej więcej 2 tygodnie tak, iż zależna od pewnego pokolenia widliszów epidemia wybucha dopiero po upływie 4 tygodni od ich gromadnego pojawienia się. Zważywszy tę okoliczność możemy użyć spostrzeżeń włoskiego autora do wytłómaczenia nawet drobniejszych szczegółów zarysu powyżej przytoczonych krzywych drugiego typu. Mianowicie Grassi zauważył, że ilość gatunku *anopheles claviger* wzrasta zwykle od maja do końca sierpnia, a maleje we wrześniu. Temu przebiegowi pojawiania się przenośników zimnicy odpowiadają krzywe, mające szczyt chorobliwości w sierpniu i wrześniu, mianowicie krzywa fig. 2, krzywa z Poli i krzywa A. Wenzla z Wilhelmshaven.

Ale nadto spostrzegał Grassi w kilku miejscowościach nowy przybytek ilości widliszów *an. claviger* w drugiej połowie września; inne zaś gatunki: *an. pseudopictus, superpictus* i *bifurcatus* w latach 1898—9 były liczniejsze we wrześniu, aniżeli w innych miesiącach. Na podstawie więc tych zjawisk można odnieść pierwszy stopień wzniesienia chorobliwości w miesiącach od lipca do września (o—a—b) w krzywych fig. 3 i 4 do zakażeń, wywołanych przez pierwsze liczniejsze pokolenie widliszów gatunku *an. claviger;* zaś drugie wzniesienie (b—c) w miesiącach październiku lub listopadzie należy wyjaśnić wzrostem ilości zakażeń, wywołanych przez inne gatunki widliszów, oraz przez drugie liczne pokolenie gatunku *an. claviger.*

Otóż tedy dla przebiegu krzywych typu drugiego mamy w obecnym stanie nauki dokładne wyjaśnienie; natomiast dla krzywych pierwszego typu dostatecznie pewnego wytłómaczenia dotychczas nie posiadamy.

Prof. Grawitz w powyżej przytoczonej rozprawie zwraca uwagę na to, że w epidemiach wiosennych zachorowania są najczęstsze wtedy, gdy ukłucia komarów są najrzadsze, a odwrotnie epidemie te wygasają wówczas, gdy ilość komarów wzrasta i ukłucia ich są najdokuczliwsze. Następnie podnosi okoliczność, iż ilość przypadków zimnicy w wojsku niemieckiem w ostatnich dziesiątkach lat bardzo znacznie zmalała (z 54·6‰ w r. 1869 na 0·55‰ w r. 1895/6), w następstwie regulacyi rzek, umieszczenia koszar na miejscach wzniesionych i suchych, a przedewszystkiem skutkiem dostarczenia żołnierzom dobrej wody do picia. Wnosi stąd, że »podobnie jak komary w powietrzu, może istnieć także we wodzie inny twór, pośredniczący w zakażeniu zimniczem, inny żywiciel tych pasorzytów«, wywołujący właśnie owe epidemie wiosenne o krzywych pierwszego typu.

Przeciwko temu przypuszczeniu Grawitza wystąpili zwolennicy teoryi wyłącznego szerzenia się zimnicy przez ukłucie znanych gatunków widliszów, przypisujący znaczenie wyłączne w Europie środkowej dla rozprzestrzeniania tej choroby gatunkowi *anopheles claviger*, i tłómaczą wiosenne nasilenie chorobliwości zimniczej następującemi okolicznościami:

Już we wczesnych ciepłych dniach wiosny widlisze (gatunku *an. claviger*) wylatują z zimowych kryjówek, a kłując ludzi, chorych na nawroty zimnic, nabytych w latach poprzednich, i pijąc ich krew, w sztucznie ogrzanych izbach mieszkalnych znajdują warunki ciepłoty wystarczające do amfigonii pasorzytów aż do wytworzenia się sporozoitów, a przeto przez następne nakłucia jeszcze śród wiosny stają się źródłem rozpowszechnienia zimnicy. Chorzy jednak,

[6]) Vierteljahrschrift für die prakt. Heilkunde 1870. Tom IV. Tablica V. »Durchschnittlicher Zugang an Marschfiebern in den einzelnen Monaten während der ersten 6 J. des Hafenbaues«, krzywa A. Por. Beilage VIII. Str. 67.

[7]) Die Malaria-Studien eines Zoologen. 2 wydanie. Jena 1901. Str. 55—58 i 133—134.

cierpiący na świeżo nabytą zimnicę, leczą się energicznie chininą, która silnie oddziaływa zwłaszcza na pasorzyty trzeciaczki łagodnej, głównie tu w grę wchodzące, i łatwo je usuwa z krwi obwodowej, a skutkiem tego następuje tak dokładne odkażenie krwi chorych, iż braknie materyału do zakażania dalszych liczniejszych pokoleń widliszów, i dlatego już z początkiem lata epidemia się kończy, pomimo iż liczba widliszów jeszcze ciągle się powiększa.

Jednakowoż przeciw tej teoryi szkoły Kocha nasuwają się poważne zarzuty.

Najpierw co do tłómaczenia powstawania epidemii: dotychczas nie znaleziono w zimie, ani na wiosnę okazu widlisza gatunku *an. claviger*, zakażonego drogą naturalną, pomimo iż zwolennicy tej teoryi, Schoo i Martini czynili w tym kierunku rozległe poszukiwania. Również wobec tej teoryi jest sprawą zupełnie zagadkową, dlaczego początek włoskich epidemii typu drugiego bywa tak znacznie opóźniony, a przebieg ich zgoła odmienny? Bo wszakże i we Włoszech w zimie i na wiosnę znajdowano sporą ilość widliszów w domach mieszkalnych (Grassi), a niewątpliwie nie zabraknie im ani sposobności do kłucia ludzi, ani też dość ciepłych kryjówek do przebycia amfigonii pasorzytów; dlaczegoż więc nie rozpoczyna się wzniesienie krzywych zimniczych włoskich, chociażby mniej stromą pochyłością, już w lutym lub marcu, lecz dopiero nagłem podwyższeniem w lipcu?

Powtóre tłómaczenie wczesnego wygasania epidemii pierwszego typu odkażeniem krwi chorych zapomocą chininy nie jest wystarczające. Wszakże z początkiem wiosny, gdy epidemia zaczyna się szerzyć, chinina bywa z pewnością tak samo używaną, co jednakże nie przeszkadza rozpowszechnianiu się zimnic. W dalszych zaś letnich miesiącach, wobec niezmienionych warunków leczniczych, przybywają inne korzystne dla rozwoju widliszów i pasorzytów zimniczych warunki: wyższa ciepłota powietrza zewnętrznego, równorzędne z tem podwyższenie ciepłoty izb mieszkalnych (kuchni włościańskich), które są przez cały rok ulubionem siedliskiem widliszów, a przecież epidemia pierwszego typu nie tylko się nie wzmaga, ale nawet ustaje. (Dok. nast.)

O białaczce i chorobach pokrewnych.

Podał

Dr E. Stahr.

(Dokończenie.)

Znane są jednak i takie odmiany chorób, w których nie spotykamy zajęcia właściwego narządu krwiotwórczego, a natomiast objawem głównym są niejako owe »przerzutowe« guzy limfatyczne i to przedewszystkiem w skórze lub okostnej. Przypadki takie nazywamy nibybiałaczkami lub białaczkami skórnemi *(lymphodermia, erythrodermia)* lub też okostnemi. W tej grupie przypadków należy do zjawisk stałych przechodzenie z okresu nibybiałaczkowego (właściwiej bezbiałaczkowego — aleukemicznego) w rozwiniętą białaczkę. Innemi słowy znajdujemy w tych przypadkach znamienne zmiany w skórze z rzekomobiałaczkowymi obrzękami gruczołów i potem przejście w białaczkę. I zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, że w tych postaciach białaczka rzekoma nie jest chorobą szczególną, odrębną, samoistną, ale szczególnym okresem wstępnym do białaczki.

Z tych tu omawianych postaci, przechodzących z białaczki rzekomej w prawdziwą, należy w pierwszym rzędzie wyróżnić owo bujanie zwykle także limfadenoidalne z siedzibą w okostnej, które się cechuje wytwarzaniem swoistego barwika zielonego i które opisujemy pod nazwą: »mięsak zielonawy« — *chloroma*. Chloromatyczne bujanie należy do owej objawowej okostnej grupy, występującej klinicznie pod postacią białaczki rzekomej albo prawdziwej, w której przechodzenie z okresu rzekomobiałaczkowego w białaczkowy należy do zjawisk stałych.

Zwykle oddzielamy od reszty złośliwych limfadenoidalnych bujań bujania chloromatyczne i to poniekąd, ale niezupełnie słusznie, bo 1) prawie stale przechodzą one w białaczkę, 2) bo mają wyłączne, znamienne usadowienie, — co je odróżnia od innego złośliwego bujania w okostnej, — a mianowicie sadowią się ze szczególnem upodobaniem w okostnej kości płaskich czaszki, oczodołu, mostka i t. d. lub kości krótkich, jak kręgów, a 3) bo wytwarzają swoisty barwik zielony.

Odgraniczenie to jednak nie da się przeprowadzić zupełnie ściśle, gdyż mięsak zielonawy *(chloroma)* ma przecież wiele punktów stycznych z postaciami samoistnemi białaczek prawdziwych i rzekomych. I przy mięsaku zielonawym mogą być zajęte gruczoły, szpik kostny, śledziona, tkanka wątrobna i nerkowa. Znajdowano w przypadkach mięsaka zielonawego kryształy Charcota-Leydena. Na odwrót spotykano w samoistnej białaczce tak rzekomej, jak i prawdziwej zajęcie chorobowe okostnej, bujanie tkanki i niszczenie kości. Nawet i wytwarzanie barwika zielonego nie jest tą cechą, po której zawsze możnaby odróżnić mięsak zielonawy *(chloroma)* od innego bujania złośliwego nibybiałaczkowego lub też białaczkowego. Lithen opisał przypadek szpikowej nibybiałaczki, w której szpik, limfadenoidalnie zwyrodniały, wyglądał jak miazga zielonawa, do ropy podobna.

Rozdział ten jest zatem tylko ze względów klinicznych uzasadniony i zrozumiały, ale w istocie nie da się bezwzględnie przeprowadzić, gdyż między mięsakiem zielonawym, a białaczką rzekomą, a nawet prawdziwą istnieją liczne przejścia i kombinacye.

W ostatnich latach opisano trzy przypadki (Türk[21]), Klein-Steinhaus[22]) i Sternberg[23]) mięsaka zielonawego *(chloroma)*, które polegają na bujaniu nie tkanki limfadenoidalnej, ale na bujaniu tkanki myeloidalnej. Znamy zatem podobnie, jak białaczki prawdziwe i rzekome, także i mięsaki zielonawe w dwóch odmianach: limfadenoidalnej i myeloidalnej. Może przyszłość przyniesie postaci mięszane, czy też przejściowe.

Zasadniczo zatem, jak widzimy, polegają wszystkie tu omawiane przeróżne w swych zewnętrznych przejawach cierpienia na bujaniu tkanki albo limfadenoidalnej albo myeloidalnej. Właściwie nie powinniśmy przeciwstawiać sobie dwóch rodzajów białaczki, ale dwa rodzaje bujania. Takie zapatrywanie zaczyna też coraz bardziej przyjmować się w nauce. To też Türk w swej pracy[21]): »Ein System der Lymphomatosen«, radzi wszelkie choroby, polegające na chorobowem bujaniu tkanki limfadenoidalnej, nazywać ogólnie limfomatozami. Wyklucza z nich tylko sprawy przyrody gruźliczej, zewnętrznie do białaczki rzekomej podobne, dokładnie zbadane przez Paltaufa i Sternberga. I wedle obrazu krwi wyróżnia limfomatozy 1) alimfemiczne, 2) sublimfemiczne i 3) limfemiczne.

1) W okresie alimfenicznym nie można we krwi stwierdzić żadnych zmian.

Pinkus twierdzi, że takie przypadki są nadzwyczaj rzadkie, a jeśliby je wogóle można zaliczyć do nibybia-

[21]) Türk wspomniana już praca: Ein System der Lymphomatosen.

[22]) Klein-Steinhaus: Über das Chlorom. Centrbl. f. pathol. Anatomie. 1904. Str. 94.

[23]) Sternberg: (Chloromyelosarkomatose. Ziegl. Beitr. 1905) cyt. za Sternbergiem (Primärerkrankungen).

łaczki, to chyba jako przemijający okres wstępny. Türk natomiast nie widzi powodu, dla któregoby należało je oddzielać od nibybiałaczki, bo sam widział kilka takich przypadków, gdzie latami mimo istniejącej ogólnej limfomatozy nie było żadnych zmian w krwi, natomiast w późniejszych okresach zjawiła się względna limfocytoza.

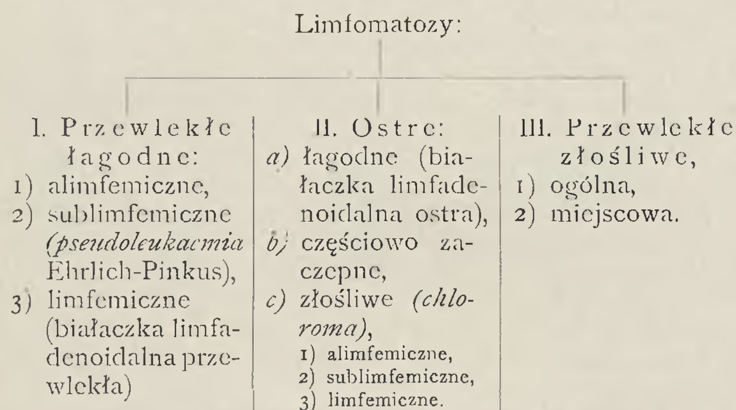
2) Do grupy sublimfenicznej zalicza Türk wszelkie limfomatozy, przebiegające z względną limfocytozą, (a więc białaczki rzekome szkoły Ehrlicha).

3) Wreszcie grupa limfemiczna obejmuje białaczkę limfadenoidalną prawdziwą, przebiegającą z limfocytozą względną i bezwzględną.

W podziale swoim uwzględnia jeszcze Türk, czy limfomatoza ma przebieg ostry, czy przewlekły i czy okazuje cechy łagodne, czy złośliwe, — zalicza więc tu i sprawy mięsakowe *(limfosarcoma)*. Tkanka limfadenoidalna może bujając wrastać bezgranicznie w otoczenie, jednem słowem bujanie limfadenoidalne może okazywać i charakter zaczepny, agresywny. Türk zjawisko to tłómaczy czynnikiem mechanicznym. Tam, gdzie odpływ komórek jest wstrzymany, a przytem istnieje wielka skłonność do bujania, przybierają gruczolaki limfatyczne zaczepny charakter. Z tem zgadzałoby się spostrzeżenie, że w toku mięsaków limfatycznych *(limfosarcoma)* rzadkim jest obraz limfemiczny, a nawet sublimfemiczny. (»Die lokale Aggresivität ist das Produkt eines für die örtlichen Verhältnisse zu grossen Missverhältnisses zwischen Zellwucherung u. Zellabfuhr zu Ungunsten des letzteren«).

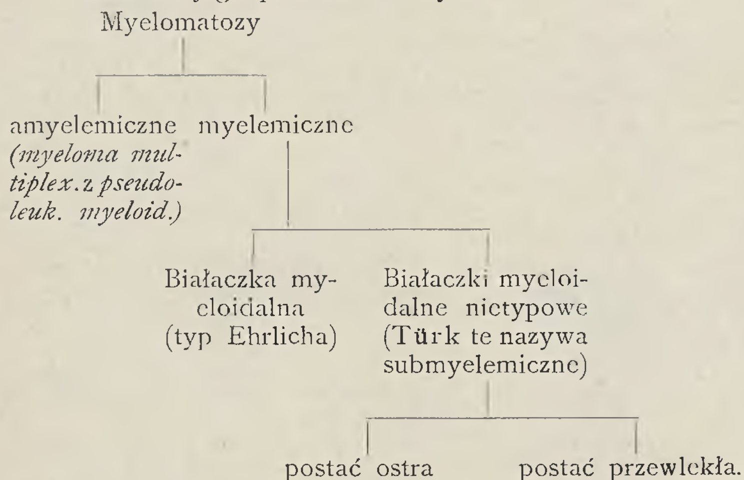
W limfomatozach, rosnących ostro, wyróżnia Türk jako postać łagodną białaczkę limfadenoidalną ostrą, a jako postać złośliwą mięsaka zielonawego *(chloroma)* w trzech odmianach (alimfemicznej, sublimfemicznej i limfemicznej).

Schemat Türka przedstawia się tak:



Podobnie jak Türk radzi Hirschfeld (Folia haem. II. str. 750) wszelkie białaczkowe bujania tkanki myeloidalnej nazywać ogólnie »myelomatozami« i rozróżnia postaci myelemiczne (z równoczesnemi zmianami w krwi) i amyelemiczne (bez zmiany białaczkowej krwi).

Schemat jego przedstawia się tak:



W modnej hematologii zaczynają autorowie coraz mniej używać miana: »białaczka«, a natomiast używają określenia: »limfomatoza« i »myelomatoza«.

Oba te schematy (a w zasadzie jeden) opierają się na wzorze (formule) hematologicznym danej sprawy, zaś w dziele p. t. »Primärerkrankungen des lymphatischen und haematopoetischen Apparates« (str. 203) dzieli Sternberg, z zawodu anatom patologiczny, choroby krwi, podobnie, jak to w ostatnim czasie czyni i Pappenheim, nie wedle formuły krwi, nie wedle obrazu mikroskopowego krwi, ale wedle anatomicznego charakteru zmian w narządzie »limfatycznym i krwiotwórczym«. Uwzględnia więc, czy chorobie towarzyszy, a raczej ją wywołuje bujanie łagodne, ograniczone do narządu (lokal begrenzt), ze składników jednorodnych (homologicznych) złożone, czy też sprawa złośliwa, mniej lub więcej na otoczenie przechodząca, wywołująca twory innorodne (heterotope Bildungen) i z nieprawidłowych pierwocin się składające. W obu grupach może sprawa zajmować oddzielnie tkankę limfadenoidalną albo myeloidalną, przez co wytwarza klinicznie odmienne obrazy chorobowe.

Schemat Sternberga przedstawia się znowu tak:

A) Miejscowo ograniczone jednorodne (homologiczne) bujania:

a) z wypłukiwaniem pierwocin komórkowych do krwi i jednorodną (homologiczną) przemianą narządu limfatycznego i krwiotwórczego:

1) tkanki limfatycznej (wypłukiwanie limfocytów) = *Białaczka limfatyczna,*
2) tkanki myeloidalnej (wypłukiwanie myelocytów) = *Białaczka myeloidalna* (gemischtzellige),

b) bez albo z małem wypłukiwaniem pierwocin komórkowych do krwi:

3) całej tkanki limfatycznej w sposób rozlany = *Pseudoleukaemia,*
4) tkanki limfatycznej w szpiku w postaci guzów = *Myeloma lymphaticum,*
5) tkanki myeloidalnej w szpiku w postaci guzów = *Myeloma myeloidale.*

B) Na otoczenie przechodzące, nieprawidłowe, innorodne (heterotope) bujania:

a) z wypłukiwaniem pierwocin komórkowych do krwi:

6) tkanki limfatycznej (wypłukiwanie nieziarnistych, chorobowych komórek[24]) = *Leukosarcomatosis* wzgl. *Chloroleukosarcomatosis,*
7) tkanki myeloidalnej (wypłukiwanie ziarnistych, chorobowych komórek[24]) = *Chloromyelosarcomatosis,*

b) bez wypłukiwania pierwocin komórkowych do krwi:

8) tkanki limfatycznej = *Lymphosarcomatosis.*

Grupy analogicznej do 8), polegającej na bujaniu tkanki myeloidalnej, dotąd nie opisano.

Sternberg między białaczką rzekomą *(pseudoleukaemia)*, a mięsakiem szpikowym *(myeloma)* widzi tę różnicę, że pierwsza — to sprawa rozlana, a drugi — to sprawa ogniskowa (porównaj uwagę 9).

Na podstawie swojego poglądu na sprawę wyróżnia Sternberg nową postać w t. zw. *leukosarcomatosis* (B. 6. a.): W krwi zjawiają się wtedy komórki wielkie jednojądrzaste (grosse mononucleäre Leucocyten Ehrlich[25]), postacie wedle Sternberga chorobowe, i to nieraz w olbrzymiej przewadze (93·1%). Wolff nazywa te postacie »indifferente

[24]) Nieziarniste krwinki chorobowe, to postacie opisywane przez Ehrlicha jako komórki wielkie jednojądrzaste, przez Wolffa »indifferente Lymphoicelle«, zaś ziarniste komórki chorobowe to myelocyty.

[25]) Postać tę zalicza Ehrlich do prawdziwych składników krwi; inna rzecz, że w prawidłowej krwi napotkać można tę postać wedle Ehrlicha w bardzo małej ilości (1%).

Lymphoidzelle« i analogicznie wyróżnia jako odmianę białaczki t. zw. »Lymphoidzellenleukaemie« (str. 15), która to postać ma zupełnie odpowiadać *leukosarcomatosis* Sternberga. Sternberg zastrzega się przeciw pomienianiu tych dwóch postaci, bo wedle niego komórki wielkie jednojądrzaste są tworami nieprawidłowymi, a »Lymphoidzelle« jest postacią prawidłową. Poza tem teoretycznem zastrzeżeżeniem sprawy te prawie nie różnią się od siebie. Za odmianę *leukosarcoma* uważa autor *chloroma*, bo daje taki sam obraz krwi i dlatego nazywa on *chloroma — chloroleukosarcoma*. *Chloroma myeloidale* (zob. str. 28) nazywa Sternberg chloromyelosarkomatozą.

Wspomniałem na samym wstępie, że w siódmym dziesiątku zeszłego stulecia dopatrywano się przyczyny białaczki w krwi samej. Tę samą myśl, choć w innej postaci podjął Löwit w r. 1900 i na XVIII. zjeździe dla medycyny wewnętrznej opisywał jako przyczynę białaczki pierwotniaki: *Haemamoeba leukaemiae magna* jako przyczynę białaczki myeloidalnej, a *parva sive vivax*, jako przyczynę białaczki limfadenoidalnej. Zapatrywanie to nie zjednało sobie zwolenników, a nawet przeciwnie badacze, którzy sprawdzali badania Löwita, zbili jego zapatrywania. Przeciw tym zapatrywaniom wystąpili Litten i Michaelis i Türk. Türk udowadnia, że pasorzyty Löwita są wytworem sztucznym, lub też bazofilną ziarnistością komórek tucznych [26]). Zasadniczej różnicy jednak zdaje się przecie, że niema co do związku chorób tych z czynnikami zakaźnotoksycznymi. Wiemy, że prątek gruźliczy przy oznaczonem usadowieniu się może wywołać białaczkę rzekomą (Paltauf, Sternberg), — może i istnienie gruźliczej białaczki czas przyniesie, bo powikłanie gruźlicy z białaczką limfadenoidalną są dawno znane (Lichtenstein, Quincke). Pappenheim spostrzegał w dwóch przypadkach po ukłuciu owadów gwałtowną limfocytemię z ogólnym obrzękiem gruczołów i gorączką. Oba przypadki zakończyły się szczęśliwie, — w jednym z nich (u dziecka) był obrzęk śledziony. Pozwolę sobie na tem miejscu wspomnieć i o tem, że tak białaczkę prawdziwą, jak i rzekomą, przyłączające się choroby zakaźne (dur, róża) chwilowo lub stale poprawiają, a nawet czasem leczą (E. Kraus).

W końcu należy jeszcze wspomnieć o odzywających się w ostatnich czasach głosach, że białaczki są jużto sprawami pokrewnemi (Sternberg, Türk), jużto identycznemi z mięsakami (Banti).

Oceny i sprawozdania.

Dr Jan Papée: **Choroby weneryczne, ich rozszerzenie i zapobieganie.** Lwów 1906. Wydawnictwo Tow. higienicznego. Str. 26.

Praca powyższa krótka, lecz pełna treści, posiada niepoślednie znaczenie przedewszystkiem dlatego, że przeznaczona jest dla szerokich kół publiczności, aby je pouczyć o tym wrogu, najniebezpieczniejszym ze wszystkich, o którym dotąd jeszcze fałszywy wstyd nie pozwala mówić, a który przerażające sieje zniszczenia, począwszy od kół młodzieży. Treść pracy wynika już z nagłówka. Sprawozdawcy pozostaje tylko podnieść, że rzecz napisana jest tak jasno, zrozumiale dla każdego, tak jędrnie i zajmująco, nie pomija żadnego szczegółu, najnowszymi badaniami zdobytego, że przynosząc zaszczyt autorowi, zapewnia wielki pożytek społeczeństwu, lekarzowi zaś zawodowemu podaje szereg mozolnie zebranych dat statystycznych nie martwych, lecz wiele mówiących i pouczających. Z każdego wiersza widnieje wielkie doświadczenie autora, który pracą tą, co do znaczenia praktycznego o wiele donioślejszą od niejednej tak zwanej oryginalnej, dla ścisłych zawodowców przeznaczonej, zasłużył się dobrze sprawie publicznej. Wdzięczność należy się także towarzystwu higienicznemu we Lwowie, które wydawszy tę pracę winno się starać o to, aby się jak najbardziej rozeszła, przedewszystkiem w tych kołach, które z obowiązku swego winny czuwać nad zdrowiem młodzieży, przyszłości narodu. *Wachholz.*

L. Wernic: **Zasadnicze postulaty higieny szkolnej.** Warszawa 1907. Wende i Sp.

Na 84 stronach książeczki małego formatu ($^1/_{16}$) zebrał autor najważniejsze postulaty higieny co do budynków i sal szkolnych, młodzieży w wieku szkolnym, oraz higieny nauki i pedagogii. Ostatni rozdział, poświęcony walce z chorobami zakaźnemi w szkole, przedstawił autor w formie tabelarycznej nader praktycznie, uwzględniając przebieg, trwanie i udzielanie się każdej choroby, kiedy ucznia ze szkoły usuwać należy, stosunek szkoły do rodzeństwa i otoczenia, czas powrotu, chwilę zamknięcia szkoły, uwagi dla rodziców — czyli wszystkie ważne momenta, które szkoła przy tłumieniu chorób zakaźnych winna uwzględnić. W dziełku udało się autorowi przedstawić zwięźle i nader przejrzyście dla celów praktycznych postulaty higieny szkolnej, stąd też zalecić je można nietylko nauczycielom i kierownikom szkół, dla których ją napisano, ale i lekarzom — szczególnie czynnym w szkołach — nie dla studyów oczywiście w wymienionym przedmiocie, lecz do podręcznej oryentacyi co do niejednego szczegółu. *L. Bier.*

Dr Emil Fuhrmann: **Ärztliches Jahrbuch für Oesterreich 1907. M. Münz.** Wiedeń 1907. Cena 8 K. — Wydawnictwo pod tym tytułem, o ile jest opracowane według danych urzędowych, jest źródłem, na którem można polegać, a którego pożytku dla lekarzy urzędowych i t. d. dowodzi już to, że znajduje widocznie chętnych odbiorców, skoro ukazuje się nie poraz pierwszy. Obejmuje ono: ustawy i rozporządzenia sanitarne z ostatniego roku (ze wszystkich krajów koronnych), instytucye filantropijne dla lekarzy, towarzystwa i czasopisma lekarskie i farmaceutyczne, schematyzm władz sanitarnych, szpitali i t. d., oraz dokładny spis lekarzy całej Austryi. W roku bieżącym prócz rozmaitych ulepszeń uzupełniono wydawnictwo zestawieniem fundacyi i stypendyów w Galicyi. W spisie lekarzy, zwłaszcza galicyjskich, niemile uderza wymienianie przy niektórych nazwiskach rozmaitych godności, tytułów prac naukowych i t. d., choć brakuje ich znowu tam, gdzie byłyby najwięcej na miejscu i gdzie redakcya postarać się o dokładne wiadomości i mogła i powinna. *R.*

O »chromaniu napadowem« *(claudication intermittente Charcot)* i pokrewnych cierpieniach.

(Sprawozdanie poglądowe.)

Napisał

Dr Adam Rydel.

(Dokończenie.)

Ostatnie czasy jednak jeszcze bardziej rozszerzyły to pojęcie chorobowe. W r. 1894 ogłosił uczeń Dejerina Sottas pod nazwą: »*claudication intermittente de la moelle épinière*« spostrzeżenia, które później Dejerine w swojej »semiologii« przypomniał, a do których dołączył w ubiegłym roku świeże badania, tyczące się pozornie zupełnie podobnych zaburzeń, z jakiemiśmy się, powyżej zapoznali, różniące się jednak od nich bardzo zasadniczo, bo brakiem wszelkich zmian w tętnie. Ostatnie spostrzeżenia Dejerinea obejmują następujące trzy przypadki:

1. Mężczyzna 38-letni, przeczy jakoby przebył kiłę, ożeniony, jednak bezdzietny; zawód zmusza go do spędzania kilkunastu godzin dziennie na nogach. Choroba, rok już trwająca, rozpoczęła się uczuciem bolesnego zmęczenia w nogach, występującem po całodziennej pracy. Uczucie to po kilku miesiącach występowało już po pracy kilkugodzinnej, równocześnie zaś chory zauważył, iż musi częściej mocz oddawać, tudzież, iż potrzebie oddania musi natychmiast zadość czynić. W ostatnim czasie już po przejściu kilkuset metrów zmęczenie zamieniało się w zupełną niemożność chodzenia. Po chwilowym wypoczynku niemoc w nogach ustępowała zupełnie. W rok po rozpoczęciu się cierpienia, po wypoczynku badanie żadnych zmian wykryć nie mogło; po przejściu jednak zaledwo 30 kroków pojawiała się ciężkość, zmęczenie, utrata władzy w nogach, równocześnie zaś można było wywołać objaw stopowy, objaw Babińskiego, tudzież istniała lekka sztywność. Po wypoczynku zupełny powrót do

[26]) Piśmiennictwo tej sprawy: Löwit: Die Leukaemie als Protozoeninfektion. Wiesbaden 1900. Lithen i Michaelis: Über die Granula der Leucocyten, ihre chem. Beschaffenheit u. ihre Beziehungen zu d. Löwitschen Leukaemieparasiten. Med. Woche. 1900. 2. VIII. Türk: Vorlesungen über Haematologie. Str. 318.

prawidłowego stanu. Żadnych zmian w tętnicach. Nader energiczne leczenie swoiste sprawiło, iż po miesiącu chory mógł przejść $^1/_2$ km., po powtórzeniu zaś kilkakrotnem leczenia chory wyzdrowiał całkowicie, a stan ten aż do chwili obecnej się utrzymuje (6 lat).

2. Handlowiec, 42 l., przeczy, jakoby przebywał kiłę, żona jego jednak najpierw poroniła, później urodziła dziecko, które w 9-tym miesiącu życia umarło; trzecie dziecko żyje. Przed rokiem po raz pierwszy cierpnięcie uda, w $^1/_2$ roku później trudność w chodzeniu wskutek nadzwyczaj szybko występującego nadmiernego znużenia nóg. Choroba postępowała tak szybko, iż chory w 6 miesięcy po wystąpieniu pierwszych objawów musiał po przejściu kilkunastu kroków kilka minut wypoczywać; mógł jednak z takimi wypoczynkami i dłuższe przestrzenie przebywać pieszo. Równocześnie z pojawieniem się pierwszych napadów zmęczenia chory zauważył, iż musi często i to natychmiast po wystąpieniu potrzeby mocz oddawać; w ostatnim zaś czasie spostrzegł, iż pobudliwość płciowa się wzmogła, a wytrysk nasienia następuje przedwcześnie. Badanie dawało po spoczynku wynik zupełnie ujemny z wyjątkiem nieznacznej nierówności odruchów kolanowych, tudzież osłabienia odruchów mosznowych. *Leukoplakia oris.* Po przejściu 200—300 metrów chód staje się po stronie wzmożonych odruchów typowo spastycznym, obok tego można stwierdzić objaw stopowy, oraz istnienie odruchu Babińskiego. Leczenie swoiste dało jako wynik poprawę bardzo wprawdzie znaczną, ale zupełny powrót do zdrowia już nie nastąpił.

3. Rzeźnik, liczący 42 lat. Żona raz roniła, drugie dziecko zdrowe. Kiły się wypiera. Przebieg choroby i objawy zupełnie podobne do przypadku drugiego, jednak leczenie swoiste, przynajmniej do czasu ogłoszenia tego przypadku, bez skutku.

Chodzi zatem w tych przypadkach o cierpienie, zupełnie podobne do zwykłego »chromania napadowego«, tyczące się ludzi stosunkowo młodych, a polegające na napadach chromania, występujących po nieznacznych już zmęczeniach nóg. W czasie napadu wzmożenie odruchów, wyraźna sztywność kończyn, połączona z objawem stopowym i z objawem Babińskiego. Wreszcie zaburzenia w oddawaniu moczu i w czynnościach płciowych. Mimo wypierania się chorych wywiady, tyczące się potomstwa, tudzież istnienie w dwóch przypadkach zmian w jamie ustnej (*leukoplakia buccalis*), przedewszystkiem zaś wyniki leczenia swoistego, pozwalają niemal stanowczo przyjąć kiłę za podstawę tego cierpienia; tem więcej, iż w dawniej spostrzeganych przypadkach, swoiście nie leczonych, cierpienie to przeszło z biegiem czasu w porażenie rdzeniowe kurczowe *(paralysis spinalis spastica)* t. j. w chorobę, która napewno jest kiłowego pochodzenia.

Jako podłoże anatomiczne przyjmuje Dejerine w tych przypadkach zmiany w naczyniach *(endarteriitis obliterans)* w rdzeniu lędźwiowo-krzyżowym i to jedno- lub obustronne, wywołujące niedostateczne odżywienie tkanki nerwowej w czasie czynności. Dopóki odpowiednia część rdzenia nie pracuje, dopóty odżywianie zapomocą zmienionych naczyń jeszcze wystarcza; w czasie czynności rdzenia jednak staje się ono niedostatecznem i powoduje zaburzenia, mające niewątpliwie charakter rdzeniowy (objaw Babińskiego, objaw stopowy). Gdy więc w zwykłem chromaniu napadowem zaburzenia chodu powstają wskutek niedostatecznego odżywienia samych mięśni w czasie ich czynności, a to przez zamknięcie częściowe naczyń krew do mięśni doprowadzających, to tutaj również niedostateczne odżywianie, będące skutkiem chorób naczyń, wywołuje zaburzenia w czynnościach tych okolic rdzenia, które nad chodem panują. Stąd też nazwał Dejerine tę postać chromania napadowego: chromaniem napadowem rdzenia (*claudication intermittente de la moelle épinière*). Gdy chromanie napadowe zwykłe doprowadzić może do zgorzeli pewnych części kończyn, to »chromanie napadowe rdzenia« w dalszym przebiegu doprowadza do zwyrodnienia powrózków bocznych, i co za tem idzie, do wytworzenia się obrazu porażenia rdzeniowego spastycznego (*sclerosis spinalis luetica*). Klinicznie nietrudno rozróżnić te dwie postacie od siebie, t. j. chromanie napadowe zwykłe *(claudicatio intermittens, akinesia paroxysmalis angiosclerotica)* od chromania napadowego rdzenia (*claudic. intermitt. de la moelle épinieré*). Wspólnem w obu cierpieniach jest występowanie po zmęczeniu trudności w chodzeniu i bolów oraz parestezyi, a znikanie tych objawów po wypoczynku. Gdy jednak w pierwszem cierpieniu zauważyć się dają bez wyjątku miejscowe zmiany w krążeniu i brak tętna, tudzież marznięcie, siność, zgorzel, to przy »chromaniu napadowem rdzenia« ani zmian w tętnie, ani zmian odżywczych niema. Naodwrót zmiany w oddawaniu moczu i w sferze płciowej występują tylko całkiem wyjątkowo w chromaniu napadowem zwykłem (przypadek Determanna), a z reguły w »chromaniu rdzenia«, objaw stopowy zaś, oraz objaw Babińskiego jest wyłącznie »chromaniu rdzenia« właściwy.

Równie łatwo, jak między sobą, odróżnić można te dwie postacie chorobowe od innych cierpień.

Jedynie przy powierzchownem badaniu możnaby pomieniać chromanie napadowe z *myasthenia gravis pseudoparalytica.* Przy bliższem jednak rozpatrzeniu się wspólną dla obu chorób okaże się tylko nadmierna nużliwość, ale i ona różną jest w obu przypadkach. W chromaniu napadowem ogranicza się nużliwość do jednej lub kilku kończyn, natomiast w myastenii niemal wszystkie narządy są nią dotknięte, aczkolwiek co prawda w rozmaitym stopniu. Mięśnie, zaopatrywane przez nerwy czaszkowe, a przedewszystkiem mięśnie powiek i gałek ocznych, nader często zajęte w myastenii, bywają w chromaniu napadowem wolne; niedomoga w połykaniu, niedomoga serca, tak zwykła w myastenii, w chromaniu napadowem się nie zdarza. W myastenii stwierdza się w zajętych mięśniach znamienne elektryczne oddziaływanie (odczyn myasteniczny), w chromaniu napadowem zmian w tym względzie niema. Stałe w chromaniu napadowem mięśniowem zmiany w tętnie i krążeniu skórnem, stałe w »chromaniu rdzenia« objawy rdzeniowe, a to niedomoga pęcherza i czynności płciowych tudzież stan spastyczny, objaw stopowy i objaw Babińskiego, nie zdarzają się w myastenii nigdy. Istnienie pewnych podobieństw między myastenią, a chromaniem napadowem zrozumiemy, uwzględniwszy coraz bardziej zyskujące podstawę zapatrywanie, że myastenia polega na samozatruciu. W ostatnich miesiącach ogłoszono pracę, dowodzącą [1]), iż w chorobie tej przemiana materyi ulega bardzo znacznym zboczeniom; nieprawidłowe zatem odżywianie tkanki mięśniowej zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości. Jest ono jednak tutaj wynikiem jakościowych, a nie ilościowych zboczeń; natomiast według wszelkiego prawdopodobieństwa chorobowa nużliwość w chromaniu napadowem mięśniowem, czy rdzeniowem, polega raczej na niedostatecznej ilości soków, dopływających do danej tkanki (mięśniowej czy nerwowej), aniżeli na nieodpowiednim tych soków składzie. W obu rodzajach cierpienia odżywienie, wystarczające w spoczynku, staje się niedostatecznem przy wzmożonej przez czynność przemianie materyi, i stąd podobieństwo pozorne myastenii do chromania napadowego (mięśniowego i rdzeniowego).

Jeśli sobie uprzytomnimy, iż zarówno objaw stopowy, objaw Babińskiego i sztywność kończyn, jak i zaburzenia w oddawaniu moczu i kału oraz zaburzenia w czynnościach płciowych spotkać możemy w całym szeregu cierpień rdzenia, n. p. w stwardnieniu ogniskowem, syryngomyelii, porażeniu rdzeniowem spastycznem, w zapaleniu rdzenia, przy nowotworach rdzenia i t. d., jednem słowem w cierpieniach, w których drogi piramidowe są zajęte, to może nasunąć się obawa pomieniania tych chorób z »chromaniem napadowem rdzenia« w którem te objawy także spotykamy; tem więcej, iż we wczesnych okresach wymienionych chorób rdzenia chorzy nierzadko podnoszą, iż trudność w chodzeniu ogromnie się powiększa w miarę długości odbytej drogi, a prawie znika po odpoczynku. Już jednak szczegółowe wypytywanie się wskaże istniejącą różnicę: w »chromaniu rdzenia« trudności chodzenia ustępują po wypoczynku doszczętnie, w tamtych zaś chorobach zmniejszają się tylko, aczkolwiek czasem bardzo znacznie. Podobnie i inne przypady, a więc sztywność kończyn, objaw Babińskiego, objaw stopowy, nikną bez śladu po wypoczynku, jeśli są objawami »chromania napadowego rdzenia«, utrzymują się zaś mimo wypoczynku, jeśli chodzi o zajęcie dróg piramidowych. Wreszcie pamiętać należy, iż w »chromaniu rdzeniowem« najściślejsze nawet badanie nie zdoła wykryć innych objawów prócz wymienionych; natomiast we wspomnianych chorobach rdzenia znajdziemy zawsze jeszcze inne objawy, n. p. rozszczepienie czucia i zmiany odżywcze przy syryngomyelii; zaburzenia mowy, zmiany na dnie oka, zmiany w odruchach skórnych i t. d. przy stwardnieniu ogniskowem; silne bole, zaniki mięśni i porażenia, zmiany w czuciu, zbiór objawów Brown-Sequarda i t. d. przy nowotworach rdzenia.

Przed kilku miesiącami Grasset, nawiązując do wspomnianej już pracy Dejerina, ogłosił artykuł, w którym podnosi,

[1]) Max Kaufmann: Stoffwechseluntersuchungen bei einem Falle von myasthenischer Paralyse. Monatschrift f. Psych u. Neurologie Bd. XX. Heft 4 1906.

iż poza »chromaniem napadowem rdzenia« spotykamy częstokroć rozmaite zaburzenia, które, aczkolwiek zależne od różnych części układu nerwowego ośrodkowego, przecież mają jedną wspólną cechę: mianowicie tę, iż występują napadowo, tudzież jedną wspólną przyczynę: mianowicie niedostateczne odżywienie odpowiedniego ośrodka, względnie drogi nerwowej. Już przed 15 laty podniósł Grasset, iż istnieją stany chorobowe, polegające na zmianach miażdżycowych, ograniczonych do pewnych narządów, a objawiające się napadowemi zaburzeniami w czynnościach tych narządów, zwłaszcza pod wpływem znużenia. Najprostszym tego przykładem iest chwilowe wypowiadanie służby przez serce, dotknięte miażdżycą tętnic wieńcowych. Tego rodzaju napady chorobowe, spotykane nietylko w zakresie czynności serca, nazwał Grasset, »chromaniem napadowem danego narządu«, i zwrócił uwagę, iż cały szereg objawów chorobowych, powstających w zakresie lub za pośrednictwem układu nerwowego, należy pojmować, jako takie »napadowe chromanie poszczególnych części układu nerwowego«.

Jeśli zmiany w ścianach naczyń dojdą wysokiego stopnia, to powstają dobrze znane postacie chorób układu nerwowego, polegające na tworzeniu miażdżycowych się ognisk rozmięknienia w mózgu lub rdzeniu (*encephalomalacia arteriosclerotica*, *myelomalacia arteriosclerotica*). Zanim jednak zaburzenia w krążeniu wywołają rozpad tkanki nerwowej, może przedtem wystąpić, i zazwyczaj występuje okres choroby, w którym niedostateczne odżywienie wywołuje jedynie napadowo występujące zaburzenia czynności. I tak, jeśli głównie mózgowe naczynia zostaną miażdżycą dotknięte, to mogą się pojawiać przemijające napady utraty pamięci, nagle występujące i krótkotrwałe zmniejszenie się zdolności pojmowania, napady niemoty, przemijające porażenia połowicze lub tylko jednej kończyny (monoplegie) mózgowego pochodzenia. Oto z kliniki zaczerpnięty przykład. Cierpiący na ogólną miażdżycę tętnic chory poczyna się skarżyć na cierpnięcie prawej górnej kończyny, później na sztywność i upośledzenie władzy w tej kończynie, wreszcie występuje typowa niemota ruchowa (*aphasia motoria*), która tem więcej chorego drażni, iż jest zupełnie przytomny. Po kilku godzinach wszystko mija bez śladu. Rzeczywiście trudno taki napad inaczej zrozumieć, jak tylko przyjmując zaburzenia w odżywieniu trzeciego zakrętu czołowego, tudzież środkowych części zakrętów centralnych po stronie lewej. Mniej znamienne przypadki, w których u ludzi, miażdżycą dotkniętych, występuje napad chwilowej utraty pamięci, połączony n. p. z również przemijającym napadem niedowładu połowiczego, znane są każdemu. Spotyka się czasem nader pouczające przypadki, w których u ludzi, miażdżycą dotkniętych, po wysiłku umysłowym następuje chwilowe, przemijające, ale bardzo silne zmniejszenie świadomości i inteligencyi, co jednak po krótkim wypoczynku zupełnie przemija. Sprawozdawcy znany jest przypadek, tyczący się starszego mężczyzny, u którego można było wprawdzie badaniem stwierdzić miażdżycę, który jednak innych dolegliwości zupełnie nie miał, jak tylko tę, iż nie mógł naukowo pracować, a to z tego powodu, iż po krótkiej chwili usilniejszej pracy, która zrazu szła doskonale, odczuwał trudność w myśleniu i pojmowaniu, występującą bardzo nagle i wzrastającą tak gwałtownie, iż praca dalsza stawała się wręcz niemożliwą.

Tego rodzaju najrozmaitsze napady nazywa Grasset w myśl powyższych wywodów »chromaniem napadowem mózgu«. — Wiedzie ono w dalszym swym rozwoju do napadu udarowego lub wysepkowego stwardnienia mózgu (*cerebrosclerosis lacunaris*) Pierre-Mariego [2]).

Napady oddychania o typie Cheyne-Stokesa, napady bardzo znacznego zwolnienia czynności serca (*bradycardia*) lub przyspieszenia (*tachycardia*), niemiarowości, lub wreszcie zawrotów głowy, występujące bez zmian w odpowiednich narządach, t. j. w sercu, płucach, uszach i t. d., i to u ludzi, miażdżycą dotkniętych, odnosi Grasset do niedostatecznego odżywienia rdzenia przedłużonego i nazywa je jego »chromaniem napadowem rdzenia przedłużonego«. Według Grasseta zdarza się ono nietylko w przebiegu miażdżycy, ale także w przebiegu zatruć nikotyną, wyskokiem, tudzież u ludzi, dotkniętych kiłą. Zawsze jednak za powód tych różnorodnych napadów uważać należy niedostateczne odżywienie rdzenia przedłużonego.

Co do »chromania napadowego rdzenia«, sądzi Grasset, iż obok postaci, opisanej przez Dejerina, to jest tej, w której zaburzenia dotyczą strony ruchowej rdzenia, należy jeszcze wyróżnić drugą postać, tyczącą się strony czuciowej. — W tej postaci występują napady bólów opasujących, kurczów żołądka, przypominające poniekąd napady żołądkowe w wiądzie rdzenia (*crises gastriques*), to znowu napady bólów lub parestezyi w kończynach. — Tego rodzaju napadowe zaburzenia w zakresie czucia nazywa Grasset »chromaniem napadowem tylnej części rdzenia«, dla odróżnienia od postaci ruchowej, opisanej przez Dejerina, którą nazywa »chromaniem napadowem przedniej części rdzenia«. Zarówno postać »chromania napadowego rdzenia« opisana przez Dejerina, jak i postać, opisana przez Grasseta, polega na miażdżycowych zmianach w tętnicach rdzeniowych, które upośledzając odżywienie odpowiedniej części rdzenia, wiodą do napadowo występujących zaburzeń odpowiednich czynności.

Ale Grasset idzie dalej. Według niego układ nerwowy, jako najtkliwszy na wszelkie braki odżywienia, oddziaływa klinicznie nadzwyczaj silnie na drobne nawet i miejscowo ograniczone zmiany tętnic, które do niego krew doprowadzają. Zależnie od siedziby zmian w tętnicach i kliniczne objawy będą bardzo różne. To też zgodnie ze swem, w innej pracy wyrażonem zapatrywaniem, iż w klinice należy się trzymać nie anatomicznego podziału układu nerwowego, ale fizyologicznego [3]), odróżnia on następujące postacie »chromania napadowego».

I. Chromanie napadowe »psychiczne«: a więc zaburzenia napadowe inteligencyi, chwilowa utrata pamięci, krótkotrwałe bredzenia, napady nużliwości psychicznej.

II. Chromanie napadowe ruchowo-czuciowego układu nerwowego:

a) Typ ruchowy: 1) wysoki: niedowład napadowy jednostronny; 2) nizki: chromanie napadowe Dejerina; 3) obwodowy, czyli mięśniowy: chromanie napadowe Charcota.

b) Typ czuciowy (Grasseta): 1) bólowy: bole przeszywające, napady trzewiowe bolesne, (żołądkowe, jelitowe i t. p.), napady uczucia opasywania, dusznicy bolesnej wrzekomej, kolka miażdżycowa; 2) anestezye lub parestezye napadowe, akroparestezye napadowe.

III. Chromanie napadowe narządu oryentacyi i równowagi, a więc zawroty, przewracanie się i t. d.

IV. Chromanie napadowe nerwowego narządu mowy: niemota (*aphasia*, *dysarthria*, lub *anarthria* przejściowa).

V. Chromanie napadowe narządów nerwowych zmysłowych (wzrok, słuch, smak, powonienie). Grupa ta klinicznie opracowana dotychczas nie jest, a Grasset tylko teoretycznie przypuszcza jej istnienie.

VI. Chromanie napadowe narządów nerwowych, regulujących odżywienie, a więc krążenie: przyspieszenie, zwolnienie, niemiarowość czynności serca; oddychanie: typ oddechowy Cheyne-Stokesa; napadowo występujące zmiany w trawieniu, w odżywianiu skóry i t. d.

Ten Grassetowski schemat może zawiera więcej, niż tylko sprawy, już przez klinikę stwierdzone i opisane, jest on jednak pierwszą próbą syntezy rozstrzelonych kazuistycznych spostrzeżeń, oraz większych grup chorobowych, które teoretycznie ciekawe, mają i praktycznie, przy łożu chorego, niepoślednie znaczenie. Jeśli bowiem racyonalne leczenie jest tylko wtedy możliwe, jeśli się dany chorobowy obraz rozumie, to nie ulega wątpliwości, że znajomość wspólnej przyczyny, a rozmaitej siedziby tych »napadowych chromań« różnorodnych narządów jest i dla praktyka rzeczą ważną.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Glänzel. **Przypadek wyleczenia ciężkiego ogólnego tężca.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 5, 1907). Na mocy swego wyleczonego przypadku omawia autor leczenie tężca wogóle. Rokowanie wielce zależy od stanu serca. Gdy tętno szybkie, rokowanie złe, gdy się zwalnia, dobre. Korzystnie działają podawanie weronalu i ciepłe kąpiele. Jak wiadomo, tężec polega na zatruciu toksynami, wytwarzanemi przez prątki w miejscu zranienia. Miejscowo należy też gruntownie ranę odkazić, wyciąć lub wypalić. Surowicę płynną lub antytoksynę w proszku należy zastosować rychło w miejscu zranionem wprost lub podskórnie. Jad

[2]) P. Marie: La cerebrosclérose lacunaire progressive d'origine arterielle Sem. méd. 1904.

[3]) J. Grasset: Les centres nerveux. Physiopathologie clinique. Paris 1905.

rozchodzi się drogą krwi, a nie nerwów, wstrzykiwania więc do nerwów i rdzenia nie są uzasadnione. Wstrzykiwać należy sporo surowicy i to kilkakrotnie po 100—200 jednostek. Zapobiegawczo wstrzykiwać trzeba około 30—50 jednostek i to dwa razy w odstępie kilku dni. *Klęsk.*

Löwen. **Możliwość leczenia tężca kuraryną.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. XVI, Z. 4 i 5). U zwierząt, zatrutych toksyną tężca, udaje się w atmosferze tlenu lub przy sztucznem oddychaniu przez stosowanie porażenia kuraryną wstrzymać na dłuższy czas rozwój choroby. Często ostry stan w ten sposób przemienić można w przewlekły, uleczalny. Zwierzęta, zatrute toksyną tężca, są wrażliwsze na kurarynę, niż zdrowe. *Klęsk.*

Salfeld. **Leczenie przewlekłych chorób stawów fibrolizyną.** (*Therap. Monatsh.* Nr 12, 1906). S. poleca gorąco fibrolizynę w leczeniu przewlekłych zmian stawów. Nawet przy zapaleniu zniekształtniającem daje ona pewne dobre wyniki, jak znikanie bolesności i trzeszczenia, wessanie wysięku, zwiększanie się ruchomości. *Klęsk*

Perthes. **Nawykowe zwichnięcie barku.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 85). Przyczyną nawykowego zwichnięcia barku jest zanadto luźna torebka stawowa, dalej oderwanie mięśni od przyczepu przy guzku większym, lub wreszcie oderwanie wargi stawowej. Stąd racyonalnem jest leczenie operacyjne, które polega na zwężeniu torebki, przymocowaniu mięśni do guzka lub umocowaniu wargi stawowej. W ten sposób operował autor 4 chorych ze skutkiem bardzo dobrym. *Klęsk.*

Lauper. **Złamanie obojczyka.** (*Schweiz. Korresp.-Blatt* Nr 24, 1906). Autor zaleca celem leczenia złamań obojczyka ustalenie kończyny górnej na plecach (przedramię przebiega poprzecznie przez plecy) podług Bayera. *Klęsk.*

Voigt. **Linia Roser-Nelatona.** (*Zeitschr. f. Orthop. Chir.* XVI, Z. 3—4). Linii Roser-Nelatona używa się stale jako pewnika w badaniu stawu biodrowego. Tak pewną jednak ona nie jest, gdyż położenie krętarza zmienia się znacznie, zależnie od ułożenia kończyny dolnej, jak to Peters na zwłokach udowodnił. Autor badał tę linię na zwłokach i żywych i przekonał się, że badanie przy wyprostowanej kończynie niema wartości, a jedynie badać można przy zgiętem udzie (135°), chociaż tu błędy czasem wynoszą do 1 ctm. Położenie więc krętarza na 1—2 centymetrów ponad linią niema wielkiego znaczenia. O wiele lepiej badać położenie krętarza okiem, oglądając chorego z tyłu i porównując oddalenie krętarzy od grzebieni biodrowych. *Klęsk.*

Prof. Goldmann. **O braku zaburzeń po wycięciu kawałków z nerwów obwodowych.** (*Beitr. z klin. Chir.* T. 51, Z. 1). Wiadomo, że przecięcie nerwu mieszanego wywołuje zaburzenia ruchowe i czuciowe. Zwłaszcza pierwsze występują wybitnie. Również znaną jest rzeczą, że odnowa przeciętego nerwu postępuje zwolna. Wbrew temu coraz liczniejsze są spostrzeżenia natychmiastowego powrotu sprawności po przecięciu (z zeszyciem lub bez) nerwu, a nawet po wycięciu kawałka nerwu, mimo że na pewno stwierdzono brak nerwu dodatkowego. Autor spostrzegał i operował dwa takie przypadki. W jednym po wycięciu 5 ctm. z nerwu łokciowego (z powodu nerwiaka) i zeszyciu tegoż nerwu, sprawność ruchów po operacyi pozostała zupełna, a jedynie wystąpiły (na stałe) lekkie zaburzenia czucia w małym palcu. W drugim przypadku wyciął G. podobnie 5 ctm. z nerwu łokciowego i zjawiły się również tylko lekkie zaburzenia czucia, ruchowych zaś prawie nie było. Takie same spostrzeżenia ogłosił Monod co do nerwu promieniowego, Péan co do nerwów łokciowego i środkowego naraz, Fröhlich co do nerwu goleniowego i t. d. Uderza przytem, że wszystkie te operacye wykonano z powodu nowotworów w nerwach, które, jak wiadomo, bywają często wrodzone, a więc tu może trzeba szukać przyczyny tego ciekawego zjawiska, choć o zastępstwie przez sąsiednie nerwy o tyle nie ma mowy, że badania neurologiczne przed i po operacyi przemawiają przeciw takiemu przypuszczeniu. *Klęsk.*

Bernhardt. **O szczepieniu nerwów przy obwodowem porażeniu nerwu twarzowego, głównie z punktu neurologicznego.** (*Mitteil. aus den Grenzgeb. der Med. und Chirurgie* T. 16, Z. 3). Obwodowe porażenie nerwu twarzowego próbujemy obecnie leczyć, łącząc ten nerw z jednym ze sąsiednich, a więc z podjęzykowym lub dodatkowym. Wyniki, podawane w piśmiennictwie, są różne, nieraz wprost sprzeczne. Jedni wszczepiają obwodowy koniec nerwu bocznie w nerw zdrowy, inni przecinają nerw zdrowy zupełnie i zeszywają tegoż koniec dośrodkowy z obwodowym końcem nerwu twarzowego, a to celem usunięcia niemiłych współruchów. Ta metoda poskramia wprawdzie współruchy, ale wpływa znowuż ujemnie na mięśnie zaopatrywane przez nerw zdrowy, wywołując ich zanik lub porażenie. I tak w kilku przypadkach po połączeniu nerwu twarzowego z podjęzykowym spostrzegano zanik połowy języka, trudności w połykaniu i mowie. Porażenie nerwu twarzowego trwać może nawet kilka lat, a mimoto skutek zeszycia nerwów bywa jeszcze dość dobry, czekać trzeba na niego jednak długo, czasem 2—3 lat i więcej. Ciekawą jest rzeczą, że często przy porażeniu mięśnie nie oddziaływają wcale elektrycznie, natomiast z cząstki nerwu twarzowego można choć słabe kurcze wywołać. Ponieważ jądra nerwu podjęzykowego leżą w sąsiedztwie jąder nerwu twarzowego, przeto najwięcej nadaje się do szczepienia nerw podjęzykowy, zwłaszcza, że następowe przypadłości poraźne bywają po przecięciu tego nerwu słabsze, niż po przecięciu nerwu dodatkowego, a zmiany w mowie i połykaniu szybko o tyle się wyrównują, że nie sprawiają choremu żadnych dolegliwości. Po operacyi trzeba chorych uczyć, by wykonywali najpierw ruchy odpowiednimi mięśniami (nerwu zdrowego), chcąc poruszać twarzą, a przytem, by usilnie starali się poruszać także mięśniami twarzy. Najlepsze może wyniki otrzymał dotąd Gluck, ucząc niezmordowanie swego chorego tych wszystkich ruchów. Nieraz mimo przecięcia nerwu zdrowego pozostają jeszcze współruchy, co tłómaczyć należy sobie unerwieniem n. p. języka przy pewnych ruchach przez obie półkule. Asymetrya twarzy w spokoju wyrównuje się najlepiej po operacyi, potem najlepsze wyniki są co do czynności dolnych i średnich gałązek nerwu twarzowego, natomiast działanie górnej gałązki pozostawia wiele do życzenia. Tłómaczyć sobie należy ten fakt tem, że dolne gałązki biorą swój początek może z jądra nerwu podjęzykowego i przy porażeniu mniej cierpią, niż górne. Schäfer (Anglia) polecił używać do przeszczepienia nerwu językowo-gardłowego. Dotąd jednak tego nie próbowano zapewne z powodu, że nerw ten jest za mały i trudno go wyszukać. Po przecięciu nerwu dodatkowego ruchy ramienia i barku nie ulegają wielkiemu ograniczeniu; natomiast zniekształtnienie jest wielkie. Choć wrócą po operacyi ruchy czynne w mięśniach twarzy, to i tak jednak mimika zawsze pozostanie porażoną, bo są to dwie zupełnie różne od siebie czynności. Tak n. p. przy porażeniach połowiczych ruchy czynne twarzą są porażone, ale mimika pozostaje utrzymaną często, a naodwrót, przy zmianach we wzgórkach wzrokowych mimiki brak, choć twarzą chorzy ruszać mogą. Z pomocą szczepienia możemy też jedynie wrócić choremu ruchy czynne i usunąć asymetryę twarzy. Używać do szczepienia najlepiej nerwu podjęzykowego. Wobec tego, że dotąd operowano bardzo stare nawet porażenia z dobrym skutkiem, nie trzeba się odstraszać długiem już trwaniem porażenia, a kto wie, czy też w ten sposób nie będziemy mogli leczyć także starych porażeń nerwu twarzowego na tle gośćca i wpływów toksycznych. *Klęsk.*

L. Kredel. **O tamowaniu krwawienia przy operacyach na czaszce.** (*Zentralblatt f. Chir.* 1906, Nr 43). Zabiegi chirurgiczne na powłokach czaszki połączone są z silnem krwawieniem, które jednak odpowiednimi zabiegami daje się powstrzymać. Przy operacyach na mózgu traci się przytem dużo czasu na wstępne zabiegi. Dlatego K. równolegle do zamierzonego cięcia z jednej i z drugiej strony, przeprowadza przy pomocy długiej, prostej lub nieco zgiętej igły, gruby jedwab popod powłoki miękkie czaszki, tuż przy samej kości, następnie wiąże wystające końce nitki na odpowiednio (5—7 ctm.) długiej, lekko zgiętej lub prostej płytce metalowej, zaopatrzonej na obu końcach we wcięcia dla ustalenia pętli. Operując guz móżdżku, użył K. tego sposobu i stwierdził jego zalety, a mianowicie: sposób ten wymaga mniej czasu, niż obszycie sposobem Heidenhaina, i pozostawia skórę w naturalnem położeniu, co przy osteoplastycznem pokryciu ubytków płatami skórnokostnymi ma wielkie znaczenie. Sposób ten nadaje się również do operacyi naczyniaków jamistych. *Dr Kasprzyk.*

Beck. **O użyciu powięzi skroniowej do pokrycia ubytków w czaszce.** (*Annals of Surg.* 1906, sierpień). Ubytki w czaszce, nie dające się pokryć sposobem osteoplastycznym Müller-Königa, pokrywa B. płatem z okolicy skroni, złożonym z powięzi, mięśni i okostnej; płat ten zwraca powięzią ku mózgowi, a skórę przyszywa do okostnej. Sposób ten ma tę zaletę, że gładka powierzchnia powięzi, pokrywająca mózg, nie wytwarza drażniącej blizny, a okostna wytwarza cienką warstwę kości, znacznie wzmacniającą pokrycie ubytku. *Dr Kasprzyk.*

Moissonnier. **Zapalenie kości i okostnej** *(osteoperiostitis)* **w następstwie zapalenia zatoki czołowej.** (*Arch. d'Opht.* 1906, Nr 8). U 17-letniej dziewczyny podczas operacyi

ropnia zatoki czołowej wydobyto z kości czołowej martwak $3^1/_2$ ctm. długi, 2 ctm. szeroki, nieregularnie ponadżerany. Zapalenie zatoki czołowej wystąpiło w tym przypadku bezpośrednio po błonicy gardła. Autor przypuszcza, że sprawa błonicza dostała się do zatoki czołowej z gardła przez jamę nosa. Jako najlepszy sposób postępowania operacyjnego zaleca autor w przypadkach zapalenia zatoki czołowej szeroką resekcyę przedniej ściany zatoki, wyskrobanie łyżeczką jej wnętrza i osączkowanie po częściowem wycięciu kości sitowej. *K. W. Majewski.*

Doc. Malatin. **Przyczynek do kazuistyki zapaleń zatok czołowych.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 51). Autor (z Moskiewskiej Wszechnicy) opisuje nadzwyczaj rzadki przypadek wrodzonego braku połowy tylnej ściany zatoki czołowej. 47-letni chory zwrócił się do autora z powodu przetoki na czole. W środku nasady nosa owrzodzenie z podminowanymi brzegami, skąd się wydzielała ropa; zapomocą zgłębnika stwierdzono ropniak prawej zatoki czołowej. Po usunięciu przedniej ściany zatoki i ropniaka, który tętnił, autor stwierdził taki obraz: zatoka, dosyć duża, zaczynała się trochę na lewo od środkowej linii i szła daleko w prawo, na tylnej ścianie otwór owalny, długi 2 ctm., szeroki 1 ctm., o zupełnie gładkich, zaokrąglonych brzegach, na których niema ani śladu próchnienia kości. Do otworu od strony jamy czaszkowej przylega zupełnie prawidłowa powierzchnia tętniącej zatoki strzałkowej, na oponie twardej niema żadnych śladów sprawy zapalnej; odsuwając od kostnego brzegu otworu oponę twardą, można widzieć t. zw. grzebień koguci; napełniony ropą worek był przymocowany do kości w prawym rogu i leżał na zatoce strzałkowej, tętniąc wskutek tego, a ropa przebiła sobie drogą na zewnątrz przez przednią ścianę zatoki czołowej, oszczędzając miejsce najmniejszego oporu. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

Prof. Franke. **Cięcie szyjne boczne w celu usuwania ciał obcych z przełyku bez otwierania go.** (*Zentralbl. f. Chir.* Nr. 50, 1906). W celu usunięcia połkniętych sztucznych zębów, uwięzłych koło krtani, wykonał autor cięcie boczne szyjne; następnie oddzieliwszy przełyk od otoczenia tak, że mógł go w dwa palce ująć, zdołał bez otwarcia wycisnąć niejako zęby z powrotem do jamy ustnej. Ten sposób postępowania przedstawia najmniej niebezpieczeństwa dla chorego i skraca czas leczenia. *Kasprzyk.*

Położnictwo i ginekologia.

Hartmann. **Leczenie 12 przypadków zapalenia sutka** (*mastitis*) **zapomocą przyrządów ssących.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 6). Autor gorąco zaleca ten sposób leczenia i kończy swe wywody zdaniem: »Leczenie zapalenia sutków zapomocą przyrządów ssących według metody Biera, należycie zastósowane, jest dobrodziejstwem dla cierpiącej ludzkości, a lekarzowi otwiera szerokie pole wdzięcznej działalności«. *Engländer.*

Walther. **Czy należy zaopatrzyć położne w gumowe rękawiczki?** (*Münch. med. Wochs.* Nr 6, 1907). Na podstawie swego 20-letniego doświadczenia na stanowisku lekarza okręgowego sprzeciwia się W. zaopatrzeniu położnych w rękawiczki gumowe, jako rzeczy niepotrzebnej, drogiej i niebezpiecznej. Najlepszym środkiem do zapobieżenia zakażenia rodzących przez położne jest dokładne i sumienne mycie rąk i pola operacyjnego; W. zaleca gorąco sposób Ahlfelda mycia rąk, jako dotychczas najlepszy. Również autor przechyla się do zdania Leopolda, by przedłużyć kursa dla położnych, na których należy starać się o większą wprawę w badaniu zewnętrznem, przez co badanie wewnętrzne, a co za tem idzie i zakażanie przez palec badający, — należeć będzie do rzadkości. *Engländer.*

Herff. **Postępowanie przy zatrzymaniu błon płodowych.** (*Correspol. f. schw. Ärzte* 1906, Nr 22). H. oświadcza się za zdaniem Kaltenbacha, że przy zatrzymaniu błon płodowych najlepsze jest postępowanie wyczekujące, bo na 1000 przypadków przy wyczekiwaniu nie było ani jednego przypadku śmierci, ani ciężkiej choroby. Według ogólnego doświadczenia jest w trzecim okresie porodowym i w połogu każdy zabieg wewnątrzmaciczny dla zdrowia położnicy niebezpiecznym; nie jest też obojętnem nawet najlepiej wykonane ręczne oddzielenie błon, a tego pewnika nie osłabia okoliczność, że pewna liczba zabiegów, wykonana przez dobrych położników, nie wywołała powikłań. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Kubr. **O wewnątrzmacicznem zakażeniu płodu durem i o wydzielaniu prątków durowych przez gruczoł sutkowy.** (*Čas. čes. lék.* R. XLV, Z. 43). W danym przypadku u ciężarnej w piątym miesiącu ciąży nastąpiło poronienie w następstwie zakażenia durem. Za durem matki przemawiały wywiady i obraz kliniczny obok odczynu Widala i Fickera. Na agarze i w bulionie po zaszczepieniu z wątroby i płuc płodu wyrosły po 24 godzinach hodowle prątków durowych. Z mleka ciężarnej udało się sposobem Drigalskiego-Kaisera uzyskać czystą hodowlę prątka durowego. *Dr Soulavý* (Praga).

F. Neugebauer. **Kolpeurynter czy nóż? Przypadek wynicowania macicy pochodzenia połogowego.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1906, Nr 47). U 19-letniej pierwiastki pociągała położna, zniecierpliwiona zbyt długiem nieodchodzeniem łożyska, tak energicznie za pępowinę obok ugniatania od zewnątrz, że wywołała wynicowanie macicy. Nastąpiły krwawienia, osłabienie, a po 2 tygodniach dopiero lekarz skierował chorą do N., który stwierdził wszystkie typowe objawy wynicowania. Leczenie kolpeurynterem wywołało już po 2 dniach stan podgorączkowy z powodu odleżyn na macicy i pochwie, wytłómaczonych złym stanem ogólnym. Z przerwami stosował N. to leczenie przez 2 miesiące, ciągle bezskutecznie, poczem wykonał operacyę. Kierując się zasadami Piccolego, przeciął N. sklepienie tylne poprzecznie, a na palcu, wprowadzonym do lejka, przeciął nożem ścianę tylną (od strony lejka) prawie do samego dna (gdyż krótsze cięcie okazało się niewystarczające). Odprowadzenie udało się teraz bez trudności. Celem dostosowania brzegów otrzewnej przy szyciu musiał N. ściąć z brzegów wywiniętych pasek warstwy mięsnej i błony śluzowej. Szył jedwabiem w 2 piętrach. Zagojenie się doraźne. N. nie może sobie zdać sprawy ze źródła gorączki podczas leczenia zachowawczego, dochodzącej do 39° przy dobrym stanie podmiotowym. Obawa tyłozgięcia ustalonego po operacyi okazała się w tym przypadku niesłuszną. Ciekawą jest rzeczą, czy i jaki wpływ wywrze zabieg na przebieg późniejszych ciąż i porodów. *B. Wojciechowski.*

R. Mond. **Przypadek donoszonej ciąży zewnątrzmacicznej.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1906, Nr 47). Wieloródka 30-letnia nie miała miesiączki od kwietnia do grudnia 1905 r., nie odczuwała dolegliwości i mniemała, że jest w prawidłowej ciąży. Ruchy od końca sierpnia. Z początkiem stycznia 1906 bole kurczowe dołem i krwawienie z części rodnych. Od tego czasu ustały ruchy, a dolegliwości i gorączka powtarzały się aż do czerwca, w którymto czasie badał chorą M. Stwierdził 39·6, 120, brzuch powiększony, jak z końcem ciąży, bolesny, szczególnie po stronie prawej; części płodu z powodu napięcia nie można wymacać, tętna niema. Obok guza macica ku tyłowi i stronie lewej. Przy laparotomii stwierdzono guz jajowodowy, zrosty z siecią, jelitami i otrzewną; wewnątrz guza cuchnąca ropa; wymokły płód i łożysko. Mimo trudności udało się wyłuszczyć guz w całości. Przydatki lewe prawidłowe. Sączkowanie ku pochwie. Płód mierzył 35 ctm. Wyleczenie. *B. Wojciechowski.*

A. Stein. **Dziewica trzyletnia.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 6, 1907). Autor podaje przypadek przedwczesnego miesiączkowania bolesnego u dziecka trzyletniego krzywiczego. Pierwsza miesiączka w 7. miesiącu życia, odtąd regularnie co miesiąc, bolesna. Podczas miesiączki dziecko pozostaje w łóżku, płacze, jest bardzo wrażliwe. Dziecko rozwinięte ponad miarę i waży 22.5 klgr., długość 110 ctm. (prawidłowo 3-letnie dziecko waży 12·4 klgr. i jest 85·5 ctm. długie). Drugorzędne znamiona płciowe rozwinięte: uwłosienie sromu i pachy, powiększenie gruczołu mlecznego i warg sromowych. Popęd płciowy wyraźny; samogwałt i skłonność do płci męskiej. We krwi miesiączkowej obok śluzu nabłonki i ciałka śluzowe. Przyczynę wczesnego rozwoju należy upatrywać w pierwotnym przeroście jajników. Objaw ten chorobowy powstaje w następstwie wodogłowia, krzywicy, lub mięsaka jajnika. Podawano środki przeciw krzywicy, tran rybi z fosforem i kąpiele słone, z dobrym skutkiem. Badania wewnętrznego autor nie dokonał. *Engländer.*

Mensinga. **Czy nie należy nigdy wywoływać sztucznej niepłodności u kobiety?** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1906, Nr 45). Wbrew zdaniu Rocharda uważa M. zabiegi w powyższym celu w pewnych razach za usprawiedliwione. Czyż zgodziłby się kochający mąż z lekkiem sercem narażać żonę na niebezpieczeństwo życia, skoro go uniknąć można? Sposobów, zapobiegających ciąży, lekkomyślnie polecać nie można, a trudno również wymagać wstrzemięźliwości zupełnej w małżeństwie Wystąpienie cięższych objawów wypadowych przedwczesnych nie może tu rozstrzygać, gdyż dają się one luteiną złagodzić. Tylko zdrowa matka ze zdrową piersią daje nadzieję silnego potomstwa, jakiego i społeczeństwo potrzebuje. Wybór odpowiedniej drogi pozostaje w ręku lekarza. *B. Wojciechowski.*

Gutbrod. **Nowy cewnik maciczny.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1906, Nr 45). G. poleca swój cewnik, posiadający 4 rowki, biegnące wzdłuż całego narzędzia. Płyn dochodzi przez otwór na

końcu i dwa otwory boczne. Budowa prosta, oczyszczenie łatwe. (Rysunek). *B. Wojciechowski.*

Gruzdew. **Przyczynek do sprawy ciał obcych w jamie brzusznej i o zachowaniu się otrzewnej wobec ciał obcych.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1906, Nr 46). U obecnie 58-letniej wieśniaczki, wieloródki, nie miesiączkującej od 16 lat, wykonano przed 7 laty zabieg operacyjny z powodu dużej torbieli jajnikowej. Po operacyi przez rok stan dobry, potem coraz dokuczliwsze bole; od roku ograniczyły się one ściśle do miejsca, w którem widać od 3 miesięcy koniec metalowego spiczastego ciała obcego. Miejsce to leży 4 palce nad pępkiem po stronie prawej; dokoła niego bolesność i odgłos przytłumiony, bębenkowy. Od pochwy wyczuwa się w zatoce Douglasa trzonek tegoż narzędzia. Ruchomość nieznaczna, sklepienie tylne niebolesne. Długość narzędzia wynosi około 20 ctm. Przez kolpotomię tylną wydobył G. kleszczyki Terriera, długości 22 ctm. Prawie całe narzędzie pokryte błoną, złożoną z warstwowanej ścięgnistej tkanki łącznej. Otrzewna, dostępna oku przez ranę, wyglądała prawidłowo. Wyleczenie. — W znanem zestawieniu Neugebauera są tylko 3 przypadki, w których chodziło o podobnie duże ciała obce. Mniejsze narzędzia odchodziły lub bywały wydalane zazwyczaj w czasie o wiele krótszym. Uwagi godnym jest brak wszelkich uszkodzeń narządów w opisanym przypadku. G. stosuje z innych powodów przepłukiwanie jamy brzusznej stale po każdej operacyi rozczynem fizyologicznym soli, przyczem ma sposobność obejrzeć dokładnie jamę brzuszną. Na 400 tak traktowanych przypadków spotkał się raz z zapomnianem w jamie brzusznej narzędziem. *B. Wojciechowski.*

F. Lichtenstein. **Przyczynek do etyologii zaciśnięcia krezkowego dwunastnicy.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1906, Nr 44). 29-letnia wieloródka, doznaje od roku, t. j. od ostatniego porodu, kłucia w prawem podbrzuszu. Operacya stwierdza włókniak międzyblaszkowy po stronie prawej. Czwartego dnia po op. tęt. 116, ciepł. 37·3, stłumienie nad całą lewą połową brzucha, tamże opór ciastowaty i tkliwość; brak wiatrów. W następnych 2 dniach wymioty i czkawka przy niskiej ciepłocie. Szóstego dnia relaparotomia, wśród której znaleziono otrzewnę połyskującą, lecz nastrzykaną i zlep 2 pętli w okolicy prawego rogu macicy. Po rozlepieniu pętli zamknięto jamę brzuszną. Po $1^1/_2$ godzinie śmierć. Wynik sekcyi: żołądek ogromnie rozdęty, sięga 3 palce nad spojenie, wypełnia środkową część jamy brzusznej; jelita cienkie zepchnięte do miednicy małej; naczynia żylne rozszerzone; silne wzdęcie górnej części dwunastnicy aż do przejścia pod krezkę; jelita cienkie i całe jelito grube zapadnięte; świeże naloty włóknikowe na otrzewnej żołądka. Rozpoznanie: niedrożność dwunastnicy wskutek zaciśnięcia przez krezkę. Gdyby się było udało przed powtórną operacyą wytłómaczyć sobie należycie stłumienie, pochodzące jedynie od przepełnionego żołądka, to leczenie byłoby proste i wdzięczne. Do zlepu bowiem owych pętli jelitowych nie można przywiązywać większego znaczenia. Za czynnik etyologiczny uważano dawniej pociąganie trzonu krezki przez jelita cienkie, które w stanie opróżnienia opadają ku miednicy małej, szczególnie przy zbyt długiej krezce, wychudnieniu, wiotkich powłokach i silnem wygięciu lędźwiowej części kręgosłupa ku przodowi; rozdęcie żołądka byłoby objawem następowym. Później nadano rozdęciu żołądka znaczenie pierwotne, a jako przyczynę tego objawu przytaczano niedomogę ruchową żołądka, działanie trujące narkotyku i przepełnienie pokarmami. Ponieważ, jak piśmiennictwo wskazuje, zdarzają się przypadki takie także u ludzi nieusypianych i nieoperowanych, z drugiej zaś strony widuje się tylu ludzi, dotkniętych znacznem rozszerzeniem żołądka, a niedoznających nawet przejściowych napadów, przeto skłonny jest autor przypisać główne znaczenie pewnym nieprawidłowościom w rozwoju dwunastnicy, przytoczone wyżej czynniki odgrywałyby natomiast rolę drugorzędną. *B. Wojciechowski.*

Stuhl. **Leczenie złamania ramienia, powstałego wśród porodu.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 3, 1907). Zapomocą trwałego wyciągania przylepcem udało się autorowi wyleczyć złamane podczas porodu ramię bez skrócenia. Opatrunek taki działa bardzo dobrze, co S. udowadnia rentgenogramami. Nieznaczne przesunięcie odłamków w bok, jakie zdarzyć się może przy tym sposobie leczenia, niema znaczenia. W pierwszych dniach po porodzie dziecko należy karmić mlekiem matki, uzyskiwanem zapomocą pompki. Później, gdy matka już chodzi, może, nachyliwszy się nad dzieckiem w kołysce leżącem, podawać mu pierś. *Engländer.*

Fiedler. **Leczenie wielkich przepuklin pępowinowych.** (*Deutsche med. Wochs*, Nr 3, 1907). F. operował skutecznie przypadek przepukliny pępowinowej u dziecka słabo rozwiniętego, 2 klgr. ważącego. W okolicy pępka był guz, w obwodzie mający 22 ctm., zawierający wątrobę i kilka pętli jelitowych. Operacya bez uśpienia. Rana zagoiła się doraźnie. Dziecko po $2^1/_2$ tygodniach ważyło 4,25 klgr. Rokowanie tego cierpienia było dotychczas nie bardzo pomyślne. Leczenie powinno być doszczętne i rozpocząć się bardzo wcześnie. *Engländer.*

F. Neugebauer. **Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu i zabiegach operacyjnych przy potworności podwójnej płodu (zroślaki)** (*monstra duplicia*). (*Gaz. lek.* 1907, Nr 1—5). W pierwszej części pracy podaje autor dokładne opisy przypadków z licznemi rycinami, w części drugiej, która wkrótce się ukaże, poda postępowanie lecznicze przy porodzie zroślaków. W części pierwszej, opierając się na piśmiennictwie ojczystem i obcem, wylicza autor liczne rodzaje potworków, zastanawia się nad ich powstaniem, zdolnością do życia i ich znaczeniem sądowo-lekarskiem. Ta część pracy nie nadaje się do krótkiego streszczenia. W końcu przytacza N. najnowsze wyniki doświadczalne teratogeniczne prof. Borna, nazwane przez niego »transplantacyą embryonalną«. Ze stanowiska sądowo-lekarskiego należy według Geoffroy-Saint-Hilaire, oraz Tardieua i Langiera uważać potworki podwójne za dwa odrębne osobniki. Wreszcie omawia autor sposób operacyjnego odłączenia zroślaków i dochodzi do wniosku, że tylko zroślaki mieczykozrosłe nadają się do operacyi; inne potworki podwójne nie. *Engländer.*

Neurologia.

Żalplachta Jan. **Przypadek psychozy Basedowa pod postacią bezmysłu** (*amentia*). (*Spitalul* 1906, Nr 20). Przypadek autora dotyczył 32-letniej kobiety, u której obok typowych objawów choroby Basedowa, jak przyspieszenia tętna, wola, wysadzenia gałek ocznych, dermografizmu, ustania miesiączki, rozwinął się obraz choroby umysłowej, znamiennej dla bezmysłu (*amentia, confusion mentale*), a więc zaburzenia percepcyi, omamy i złudzenia, *incohaerentia idearum*, utrata oryentacyi, gadatliwość (*logorrhoea*), niepokój ruchowy. Związek przyczynowy zaburzeń psychicznych z chorobą Basedowa nie ulegał wątpliwości, a najwymowniej dowodziło go słabnięcie objawów psychicznych w miarę poprawy objawów choroby Basedowa. Przypadek Ż. zasługuje na uwagę ze względu na to, że zaburzenia psychiczne w toku choroby Basedowa mają zazwyczaj postać zadumy lub manii, a bardzo rzadko postać bezmysłu. *W*

Schlub. **Siedziba niemoty.** (*Correspbl. f. schw. Aerzte* 1907, Nr 1). S. roztrząsa dotychczasowe zapatrywania na niemotę i nowe poglądy Pierre-Mariego: Właściwy ośrodek mowy, sfera Wernickego, nie jest ośrodkiem zmysłowym, lecz intelektualnym. Trzeci lewy zakręt skroniowy nie jest ośrodkiem zmysłowych akustycznych obrazów słownych. Czysta podkorowa głuchota słowna nie istnieje. Zakręt kątowy (*gyrus angularis, pli courbe*) nie jest ośrodkiem wzrokowych obrazów słownych. Marie rozróżnia: 1) *Aphasie intrinseque* (właściwa, wewnętrzna niemota). Sfera Wernickego, sfera mowy lub wychodzące z niej włókna są zajęte tutaj bezpośrednio i w znacznym stopniu 2) *Aphasie extrinseque* (rzekoma, zewnętrzna niemota). Sfera Wernickego, sfera mowy lub wychodzące z niej włókna nie są bezpośrednio zajęte. Dotknięte one są tylko pośrednio, bądźto wskutek *a)* ogniska w płacie językowatym i wrzecionowatym (*lobus lingualis et fusiformis*): czysta aleksya, czysta głuchota słowna,— bądź wskutek *b)* ogniska w jądrze soczewkowatem: anartrya, czysta niemota ruchowa. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń)

Ganser. **W sprawie leczenia obłędu opilczego.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 3). Autor stoi po stronie tych lekarzy, którzy choremu odrazu zupełnie odejmują wyskok. Ze statystyki autora wynika, że najlepsze wyniki daje podawanie naparstnicy, a w razie grożącego zapadu także i kamfory. Najczęściej bowiem śmierć następuje ostatecznie skutkiem porażenia serca. *Dr Maryan Godlewski.*

Okulistyka.

Rollet. **Postacie kliniczne gruźlicy powiek.** (*Revue gen. d'opht.* 1906, Nr 9). Autor opisuje 3 różne postacie zmian gruźliczych na spojówce: postać guzkową, postać wrzodziejącą, a wreszcie trudną nieraz do poznania postać przerostową. Niektóre przypadki, należące do trzeciej postaci, naśladują do złudzenia jaglicę. W chrząstce powiekowej przybiera gruźlica postać bądźto rozlaną, przypominającą jaglicę lub kiłowe zapalenie tarczki, bądź może ograniczyć się do jednego lub kilku gruczołów Meiboma i wytworzyć guzek, nie różniący się zewnętrznie niczem od zwyczajnej gradówki. Na skórze powieki występuje

gruźlica w takich samych postaciach, jak na skórze innych miejsc ciała. Szczególny nacisk kładzie autor na zmiany gruźlicze w tkance podskórnej. Spostrzegał on tutaj gruźlicę w postaci zimnego ropnia, oraz nieopisany dotąd rodzaj gruźlicy, tworzącej w tkance podskórnej powieki liczne drobne twarde guzki. Drobne te guzki dają się pod skórą przesuwać, a również skóra, zresztą zupełnie niezmieniona, przesuwa się nad nimi swobodnie. *Doc. K. W. Majewski.*

Chevallereau i Pollack. **O barwnej tatuacyi rogówki.** (*Ann. d'ocul.* 1906, Nr 6). Celem barwnej tatuacyi jest nadanie plamom rogówkowym, położonym poza obrębem źrenicy, koloru jaknajpodobniejszego do barwy tęczówki. W ten sposób plamy te stają się znacznie mniej widoczne. Oprócz tego tatuacya barwna może służyć do zamaskowania szpary tęczówkowej (*coloboma*) przez zabarwienie części przeźroczystej rogówki, przed tą szparą położonej. Wynik bywa korzystny tak pod względem kosmetycznym, jak pod względem optycznym. Z całej palety różnych barwików, nadających się do barwienia rogówki dzięki temu, że nie wywołują odczynu zapalnego i nie zmieniają się, zatrzymali autorowie tylko kilka najmniej drażniących, a pozwalających uzyskać przez zmieszanie prawie wszystkie możliwe odcienia koloru tęczówki. *Doc. K. W. Majewski.*

Sauvineau. **Pierwotny wrzód kiłowy na spojówce gałkowej.** (*Ann. d'ocul.* 1906, Nr 5). Autor opisuje przypadek pierwotnego wrzodu kiłowego na spojówce gałki między mięskiem łzowem, a brzegiem rogówki. Poszukiwanie krętka bladego dało wynik ujemny, prawdopodobnie jednak tylko z powodu niedostatecznej techniki badania, bo w kilka tygodni wystąpiły niewątpliwe zmiany drugorzędne na skórze i błonach śluzowych. Głównym objawem, na którym autor oparł swe słuszne, jak się okazało, rozpoznanie, było stwardnienie podstawy wrzodu. Prócz tego za kiłą przemawiał twardy i niebolesny obrzęk gruczołów podszczękowych. *Doc. K. W. Majewski.*

Steiner. **Plamy barwikowe na spojówce.** (*Ann. d'ocul.* 1906, Nr 6). O ile u rasy białej plamy barwikowe w spojówce zdarzają się bardzo rzadko i bywają uważane za zmianę chorobową, o tyle u rasy czarnej, czerwonej i żółtej należą one do zjawisk codziennych. Autor rozróżnia 3 rodzaje plam barwikowych, spotykanych na spojówce u mieszkańców Jawy: 1) szare lub brunatne ogólne zabarwienie spojówki gałki na przestrzeni, nie osłoniętej powiekami, zależne zatem od działania światła słonecznego. 2) Ciemne, ostro ograniczone ogniska, będące poprostu wrodzonemi znamionami barwikowemi. 3) Ciemne plamy, występujące na spojówce powiek u Arabów i Murzynów, dotkniętych jaglicą. Oczywiście niema tu autor na myśli srebrzycy (*argyrosis*), która występuje po dłuższem używaniu azotanu srebra bez dostatecznego spłukiwania. *K. W. Majewski.*

Brunetière. **Krwistek samoistny oczodołu u kobiety.** (*Ann. d'ocul.* 1906, Nr 6). Do skąpej dotychczasowej kazuistyki dorzuca autor dwa własne spostrzeżenia, odnoszące się do młodych kobiet, z których jedna dostała krwotoku oczodołu z wysadzeniem gałki, obrzękiem powiek i bolami w 3 dni po odstawieniu dziecka od piersi, druga zaś, cierpiąca na bolesne miesiączkowanie, dostała tych samych objawów na jednem oku podczas miesiączki, jak zwykle skąpej i połączonej z ogólnem osłabieniem. W obu przypadkach wykonano kilkakrotne nacięcie celem wypuszczenia krwi i wydobycia strzępów, krew jednak za każdym razem zbierała się ponownie i tak obrzęk, jak bole powracały. Pomyślny skutek wywarło dopiero założenie sączka kauczukowego w głąb oczodołu. U drugiej chorej sprawa zakończyła się wyłuszczeniem gałki ocznej, z powodu zaniku nerwu wzrokowego oślepłej. *Doc. K. W. Majewski.*

Sacher Masoch i Masochizm.

Szkic literacko-psychiatryczny według collegium publicum.

Skreślił

Prof. Dr L. Wachholz.

(Ciąg dalszy.)

Stosunek mężczyzny do kobiety określa, jego zdaniem, najlepiej Göthe słowami: »musisz być młotem lub kowadłem«, gdyż mężczyźnie pozostaje do wyboru jedynie »stać się tyranem, lub niewolnikiem kobiety«. A ponieważ »w namiętności mężczyzny tkwi siła kobiety«, więc też »rychło spoczywa głowa jego w jarzmie i rychło czuje jej bicz na sobie«. Zresztą sądzi, że »zdaje się być o wiele rozkoszniejsze stanowisko niewolnika pięknej kobiety«, lecz takiej, która umie »panować surowo« (»Wenus we futrze«).

Z tem zapatrywaniem, uznającem tylko typ masochiczny lub sadyczny mężczyzny, nie umie pogodzić faktu istnienia normalnego stosunku między mężczyzną i kobietą, albowiem stosunek taki jest, jego zdaniem, możliwy tylko »przy wyższym rozwoju duchowej natury« obojga. Tylko wtedy, gdy »przy fizycznem przeciwieństwie« uzyskają mężczyzna i kobieta »duchową zgodę« stanie się emancypacya kobiet rzeczywistością—(»Marcella albo baśń o szczęściu«).

Na takiem tle zapatrywania się na istotę stosunku płciowego mężczyzny i kobiety stwarza autor swe dwa typy stałe, t. j. typ kobiety okrutnej »demonicznej, która tak dobrze potrafi władać spojrzeniem i wachlarzem, jak biczem pogromcy niewolników lub toporem kata« (Fałszywe gronostaje: »Okrutna reklama«) i typ służalca »niewolnika« »psa« mężczyzny.

W »Nowej Pompadour« opowiada o złotowłosej aktorce, poślubionej z miłości przez młodego oficera, która »na widok cierpień i szaleństwa miłości swego męża zaczyna doznawać zadowolenia«; w »Demonie dziewiczości« porównuje »dumną i piękną« swą bohaterkę za Heinem z zamrożonym szampanem, u niej bowiem »drzemie pod lodową powłoką najgorętszy ekstrakt, który nieprzeparcie odurza szczęśliwego biesiadnika« i podnosi jako ideał kobiety w swem rozumieniu »Katarzynę II. rosyjską, tę piękną kobietę z kamiennem sercem, która każe udusić swego męża dla tego, ponieważ odważa się pokochać inną; — posyła Mirowicza na szafot, ponieważ doznaje okrutnej rozkoszy na widok przelanej z jej rozkazu krwi mężczyzny, którego jedyną zbrodnią było, iż ją zanadto uwielbiał«.

Godną bohaterką jego zapatrywań jest Elżbieta hr. Nadasdy (»Wieczna młodość«), która przy pomocy swego zwierzęcego siepacza Ipolkara, zamyka zwabione do siebie dworki do wyścielonego nożami wnętrza »żelaznej dziewicy« zawsze o pełni księżyca i kąpie się w ich krwi, aby w myśl zabobonu przedłużyć w wieczność swe wdzięki i młodość,—która z rozkoszą kłuje je do krwi szpilkami za najdrobniejsze uchybienia służbowe, patrzy z zadowoleniem, otulona w ciepłe futro, na śmierć powolną dziewczęcia, obnażonego i polewanego na mrozie lodowozimną wodą tak długo, aż się zamienia w bryłę lodu. Podobnie okrutną jest bohaterka innej jego nowelli (»Krwawe gody w Kijowie«) »carowa Olga«, mszcząca się potwornie i podstępnie na księciu Derewlan Maku i jego poddanych za zabicie męża swego »cara Igora«, lub Narda, niewolnica Włodzimierza, cara z Halicza (»Czarna carowa«), na którą car »z dziwnym postrachem spogląda« i powiada do niej: »Doznaję lęku przed majestatem twej piękności. Namiętność, szaleństwo, które budzisz we mnie, którem mnie podbijasz, odczuwam jak okrucieństwo! a jakaż rozkosz znowu pod bezlitosną i nieograniczoną twą władzą pozostawać. Rozkosz staje się męką, a męka rozkoszą! Milczałbym, gdybyś mnie biła, a nawet śmierć byłaby bolesną słodyczą«. Opętany wdziękiem Nardy car, udziela jej na jeden dzień nieograniczonej władzy, z której ona tak korzysta, że nakazuje ściąć głowy wszystkim bojarom, wreszcie jemu samemu za to, że przebrany za niewolnika, nalewając wina do puharu, wylewa nieco na ziemię. Wyrok śmierci spełnia na carze niewolnica murzynka, która w te słowa się odzywa: »Nie mogę żyć bez zabijania. Serce moje pożąda krwi, jak wasze pocałunków«. Anna Klauer (»Hyena puszty«), awanturnica, stawszy się księżną Porkany, biczowaniem zamęcza na śmierć swego dawnego kochanka i kąpie się w ściekającej z niego krwi, drżąc z rozkosznego wzruszenia. Bohaterka innej powieści (»Rozwódka«) w ten sposób przemawia do swego kochanka: »Gdy się tobą nasycę, — a znudzisz mi się równie prędko jak każdy inny, odepchnę cię nogą od siebie; więcej niż jednego już przyprawiłam o śmierć, wszystkie ziemskie i boskie obraziłam prawa; jestem szatanem, który świat ten za nic innego, jak tylko za obszar swoich łowów uważa". Na to przemówienie znajduje bohater tylko taką odpowiedź: »Ujrzałem ideał mój ucieleśniony przed sobą«.

Piękna Judyt (»Judyt z Białopola«) jak i ukochana odaliska hana tatarskiego, Polka, wzięta do niewoli, którą czyni bohaterką nowelli »Źródło łez«, są wprawdzie nie tyle okrutne, ile pełne męskiej mocy. Natomiast »słowiańska Galatea«, wykuta w marmurze starościna Tartakowska, jest już tylko wampirem, wysysającym zwolna krew z rozkochanego w niej młodzieńca, pod którego pocałunkami marmur się ożywia, choć nie uzyskuje uderzeń serca (»Umarli są nienasyceni«).

Potworną jest jego lunatyczka (»Noc księżycowa«), która, gdy mąż, przekonany o jej wiarołomstwie, zabija jej kochanka,

woli zaniechać zamiaru odebrania mężowi życia wystrzałem z tego samego pistoletu a natomiast dręczyć go ustawiczną niepewnością, że choć jest jego żoną, przecież może nią nie jest w istocie. Demonicznie przewrotnemi są także młynarka »Teodozya« (Własność: »Sąd ludu«), o której powiada, że »kiedy się ją ujrzało, stawały się nagle zrozumiałe owe metresy z gminu, z których nasi carowie, nasi królowie polscy (?), magnaci i bojarzy uczynili sobie niewolnice swych zachcianek«, lub Apolonia Berezenko (tamże: »Hajdamaka«) »kobieta jak szatan, piękna, wielka, silna, dumna«, lub czarująca Pennina mająca w sobie coś strasznego »jak piękność Naamah, niewieściego szatana«, która widząc w noc poślubną niezaradność męża swego, uczonego talmudysty, myśli sobie »głupcze, sądzę, że należałoby cię batem oćwiczyć, abyś pojął swoje szczęście« (tamże: »Hasara Raba«) i t. d.

Wszystkie bohaterki jego powieści przewyższa przewrotnością, wyuzdaniem i cynizmem Wanda Dunajew, heroina »Wenus we futrze«. W jej osobie krystalizuje on niejako swój uwielbiony typ kobiety-wampira, jak w ogóle cała ta powieść będąca w znacznej części spowiedzią z jednego okresu własnego życia stanowi syntezę jego zapatrywań na stosunek kobiety do mężczyzny, jej płciowo oddanego. Wanda »o martwych oczach z kamienia«, »o ciele z marmuru« opanowuje bohatera powieści »Seweryna«, mimo, iż on jako młodzieniec »pojmował miłość do kobiety jako coś szczególnie niskiego« i przykuwa go poglądem swym na życie: »Tylko użycie czyni byt nasz cennym; lecz kto chce używać, musi życie pojmować wesoło, jak starożytni; nie może się oprzeć rozkoszowaniu się kosztem drugich, nie śmie znać litości, musi drugich zaprządz do swego wozu lub pługa, jak zwierzęta, ... musi z nich uczynić swoich niewolników«. Do niej też słusznie może się odnosić zdanie autora: »Charakter kobiety polega na braku charakteru«.

Ten typ potwornej kobiety pociągał przeważną część męskich postaci, stworzonych przez autora częścią dla tego, że jak młody hr. Tarnow się wyraża: jest »w kobiecie coś wrogiego, pociąga mnie ona a zarazem przejmuje mnie lękiem«, częścią dla tego, że w myśl tegoż Tarnowa, słuszną wydaje się myśl wyrażona w »Uczcie« Platona, »iż mężczyzna i kobieta stanowili ongi jedną istotę, potem rozdzieloną, wskutek czego teraz szukają się nawzajem obie połowy (»Miłość Platona«). Jednak mimo tego pociągu do kobiet przewrotnych większości męskich postaci autora, zna on także i takich mężczyzn, którzy albo się od kobiet odwracają w ogóle lub też je lekceważą, a nawet nad niemi panują. Postacie te są atoli w pismach jego wyjątkami, nie mniej jednak ciekawymi. I tak wspomniany już hr. Tarnow umie się oprzeć wdziękom pragnącej uchwycić go w swe sieci księżnej Baragreft, bo jego zdaniem prawdziwa i bezinteresowna miłość może połączyć tylko mężczyznę z mężczyzną, bo kobieta w przeciwieństwie do mężczyzny, »uosobienia idealizmu i poezyi« »jest tylko szczerą prozą«; »jej zamiłowanie do nauki i sztuki jest tylko igraszką i próżnością. Z natury zmysłowa, żąda od mężczyzny, aby ją przedewszystkiem kochał zmysłowo; odczuwa ona przewagę jego ducha, uczucia i charakteru i wie, że musi go celem wyrównania różnicy podbić zmysłowo i uważa się za poniżoną, jeźli on jej nie pożąda; szczęśliwą jest dopiero wtedy, gdy mu to, czem ją przewyższa, t. j. rozum, odebrała« (»Miłość Platona«).

Nieco odmiennym jest jego »Don Juan z Kołomyi«, młody ruski ziemianin, który zdradzony przez ukochaną swą żonę, staje się uwodzicielem każdej kobiety, jaką na swej drodze napotka, a to w myśl słów Karamzina: »Więc unikaj zdrad hymenu. Twą nie stanie się kobieta. Ale kochaj i łudź wszystkie, Byś nie uległ sam ułudzie«[24]). (C. d. n.)

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXI. posiedzenie naukowe w d. 7. grudnia 1906.

(Protokół urzędowy.)

(Dokończenie.)

Dyskusya: Kol. Czyżewicz (jun.) podaje opis przebiegu choroby przedstawionego przypadku. Chora zgłosiła się po raz pierwszy w lipcu b. r. do szpitala, została przyjęta na oddział wewnętrzny II i stamtąd 12 lipca przeniesiona na oddział położniczo-ginekologiczny. Podawała ona wtedy, że rodziła 2 razy prawidłowo, ostatni raz przed 16 laty, że zawsze była zdrowa i tylko w ostatnich miesiącach miała czasami nudności i wymioty. Ostatnia miesiączka 12 marca. 29 czerwca dostała nagle kurczów w dole brzucha i zemdlała. Badanie stwierdziło nieco powiększoną macicę, a za nią rozlany opór w zatoce Douglasa, przechodzący na prawo i obejmujący tu przydatki macicy. Rozpoznano krwistek zamaciczny, najprawdopodobniej na podstawie ciąży zewnątrzmacicznej, po pęknięciu jajowodu lub poronieniu do jamy brzusznej, a próbne nakłucie przez sklepienie tylne potwierdziło obecność krwi w zatoce Douglasa. Na proponowany zabieg operacyjny chora się nie zgodziła i wyszła na żądanie 19 lipca do domu. Powtórnie zgłosiła się 26. listopada b. r. na klinikę ginekologiczną, gdzie jej nie przyjęto, lecz odesłano do szpitala, a tu pomieszczono ją na oddziale wewnętrznym drugim, skąd ją 27 listopada w południe przeniesiono na oddział położniczo-ginekologiczny. Tym razem przedstawiała chora na pierwszy rzut oka obraz silnego krwotoku. Osłabiona, blada, z kończynami zimnemi, miała jednak tętno niezbyt przyspieszone, około 100 na min., miernie dobrze napięte. Brzuch wzdęty, napięty, pozwalał ledwie na wybadanie dużego guza, miernie twardego, niebolesnego, który wychodził z miednicy małej, a przy badaniu wewnętrznem na odnalezienie po stronie lewej i od przodu oporu, który mógł odpowiadać powiększonej macicy. Części, ruchów, ani tętna płodu nie można było wykryć. Siary w sutkach prawie nie było i prócz podania chorej, że jeszcze przed 2 dniami czuła ruchy płodu, ledwie zasinienie części rodnych mogło wskazywać na możliwość ciąży. Nadto stwierdzono obrzęk skóry nóg i brzucha aż do pępka i w lewej pachwinie guz tkliwy, nie dający się odprowadzić, odpowiadający uwięzniętej przepuklinie, zwłaszcza wobec podania chorej, że guz ten ma od 10 lat i zawsze mogła go wsunąć z powrotem do brzucha, a od trzech dni odprowadzenie się nie udaje, że dalej od 24 godzin nie oddawała stolca i wiatrów i że wymiotowała kilkakrotnie. Badanie to dało więc rozpoznanie uwięzniętej przepukliny i krwotoku wewnętrznego. Co do powodu tego krwotoku, zachodziły pewne wątpliwości. Przeciw najprawdopodobniejszej przyczynie, tj. ciąży z pęknięciem macicy lub worka zewnątrzmacicznego, przemawiał wogóle brak pewnych objawów ciąży i kilku objawów prawdopodobnych, a nadto przeciw ciąży śródmacicznej wyczucie macicy obok guza i to, że z ujścia macicy nie odchodziła krew, przeciw zaś ciąży zewnątrzmacicznej brak krwawień przez cały czas choroby i to, że w lipcu stwierdzono krwistek zamaciczny. Wydawało się nieprawdopodobnem, żeby jajo, raz poronione do jamy brzusznej, mogło rozwijać się dalej, a również, żeby chora krwawiła z pęknięcia worka przy końcu ciąży, kiedy pęknięcia takie są raczej przetarciem, dokonującem się powoli i zwykle nie krwawią. Wobec tych wątpliwości nasunęła się myśl, czy nie chodzi o sprawę nowotworową, powstałą na tle ciąży zewnątrzmacicznej, przerwanej w lipcu, sprawę, która spowodowała utworzenie się dużego guza, krwawienie z naddarcia i drugorzędne wyparcie przepukliny. Obrzęk skóry brzucha i nędzny stan ogólny zdawały się nawet za tem przemawiać. Do pewnego rozpoznania można było dojść li tylko przez próbne cięcie bruszne, bardzo ryzykowne wobec stanu ogólnego. Zdecydowano się na nie i postanowiono równocześnie, w razie potrzeby, uwolnić przepuklinę od strony jamy brzusznej. Pomimo namawiania jednak chora nie zgodziła się na operacyę, tak, że nie pozostało nic innego, jak czekać. Wobec niewątpliwie uwięzniętej przepukliny przeniesiono chorą na oddział chirurgiczny, gdzie dopiero wieczorem przy bardzo złym stanie ogólnym zgodziła się na operacyę przepukliny. Rozpoznanie, z którem została przeniesiona, brzmiało wtedy: *Haemorrhagia interna e tumore abdominis extrauterino, verisimiliter chorionepitheliomate maligno rupto. Hernia inguinalis sinistra incarcerata.* (Streszczenie własne).

Kol. M. Selzer wyjaśnia, że chora ta leżała na oddziale wewn. szpitala tylko przez kilkanaście godzin, poczem została przeniesiona na oddział położn.-ginekologiczny. Widoczna była silna niedokrwistość, istniały objawy, przemawiające za zajęciem otrzewnej, zapad, wymioty; na oddziale wewn. rozpoznawano ciążę i wewnętrzny krwotok.

Kol. prof. Ziembicki nie rozumie, dlaczego chorą tę skierowano z oddziału położn.-ginekologiczneoo na oddział chirurgiczny. Sądzi, że powinno się było bezwarunkowo dążyć do zabiegu, przedewszystkiem wskazanego, a więc do otwarcia jamy brusznej, wobec którego załatwienie się z przepukliną,

---

[24]) »Drum vermeide Hymens Falle, Hoffe nie, ein Weib ist dein! Aber lieb' und tausche alle, Um nicht selbst getäuscht zu sein«.

która, jak się potem przy nacięciu przekonano, nie istniała, było podrzędnej wagi. Tłómaczenie się kol. Czyżewicza, który do operacyi przepukliny wolał chorą przenieść na oddział chirurgiczny dla braku jakoby narzędzi odpowiednich, jest, zdaniem mowcy, niewystarczające, gdyż na oddziale położniczo-ginekologicznym, gdzie ma się tyle sposobności operować w obrębie uszkodzonych niejednokrotnie jelit, narzędzi stosownych nie może brakować. Mowca żałuje, że z powodu wyjazdu ze Lwowa nie widział tej chorej, kiedy na oddziale chirurgicznym zastanawiano się nad zabiegiem, jaki należałoby wybrać.

Kol. dyr. Starzewski miał sposobność widzieć chorą, jednakże dopiero po operacyi. Lekarze oddziału chirurgicznego wezwali go, jako dyrektora szpitala, na naradę w obec tego, że prof. Ziembickiego nie było we Lwowie. Mowca zastał chorą po herniotomii, opatrzoną grubym opatrunkiem, tak, że o jakiemś dokładnem zbadaniu nie mogło być mowy. Opierając się wszakże na wywiadach, pobieżnem zbadaniu brzucha i objawach krwotoku wewnętrznego, rozpoznał ciążę zewnątrzmaciczną, z pęknięciem w 9-ym miesiącu. Ze względu na dobre tętno, poprawiawiające się nawet stale, i ze względu że nie było nic do stracenia, radził mowca przystąpić do cięcia cesarskiego jak najrychlej. Ponieważ jednak chora na żadną operacyę więcej zgodzić się nie chciała, przypomniał ustawowy obowiązek wykonania cięcia cesarskiego *in mortua* natychmiast po śmierci. Od tej chwili chorej już nie widział. O ile wie, przeważyło nazajutrz zdanie, że jest to przypadek nowotworu złośliwego, nie zaś ciąża pozamaciczna i dlatego cięcia cesarskiego po śmierci nie wykonano.

Kol. doc. Sołowij, zaznaczając, że niełatwo wytworzyć sobie dokładny obraz stanu tej chorej, kiedy się jej nie widziało, sądzi, że najlepiej było w tym przypadku pozostać przy pierwotnem rozpoznaniu, o jakiem mówił kol. Czyżewicz, coby mogło było uchronić od błędu, zwłaszcza, że, jak wiemy, około 90% przypadków krwisteku zamacicznego, to ciąża zewnątrzmaciczna.

Kol. Wein dziwi się, że w przypadku tym nie było krwawień, które tak są zwyczajne w razie pęknięcia w ciąży zamacicznej. Dziwi się też, że tak mało zwracano uwagi na podanie chorej, jakoby czuła ona ruchy płodu, które dopiero kilka dni przed zgłoszeniem się jej miały ustać.

Kol. Czyżewicz sądzi, że na takich wywiadach trudno polegać, gdyż jest rzeczą znaną, iż chore nieraz mówią o ruchach płodu tam, gdzie, jak się pokazuje, nie ma mowy o ciąży.

Kol. W. Ziembicki zwraca uwagę na spostrzeżenie, które opisali w b. r. Baumgarten i Popper, a dowodzące, że w moczu chorych z ciążą zewnątrzmaciczną, pojawia się aceton i kwas acetooctowy. Objaw ten, którego przyczyny dopatrują ci autorowie w wylewie krwi do jamy brzusznej, mógłby zatem w przypadkach wątpliwych wspomagać rozpoznanie. W ostatnich tygodniach Wachsberg, na podstawie badania moczu w 7 przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej, dochodzi do wniosku, że jednak objawu tego nie należy uważać za pewny środek rozpoznawczy. Mowca, który miał sposobnośc badać mocz z przypadków ciąży zewnątrzmacicznej, względnie krwisteku zamacicznego, z wynikiem co do acetonu dodatnim, sądzi, że zamało dotąd w tym kierunku posiadamy doświadczenia, aby wypowiadać stanowcze zdanie. Radziłby jednak w razie badania nie polegać na próbach Legala i Gerhardta, za mało czułych do wykrycia śladów ciał acetonowych, ale uciekać się do próby Liebena, względnie Arnolda—Lipliawskyego, której doskonałość udowadniał w swoim czasie.

Kol. Moraczewski nie widziałby nic szczególnego w pojawieniu się acetonu w przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej i uważałby to tylko za wynik wessania nieprawidłowych produktów, przy czem acetonurya jest rzeczą zwykłą.

Kol. W. Ziembicki nie sądzi, aby rzecz była tak prostą, gdyż już w samychże skrzepach krwi, wylanej do jamy brzusznej, stwierdzano aceton. Może więc wytwarza on się tam, gdzie krew, zamknięta ścianami brzusznemi, nie znajduje odpływu tak, że wykrycie go w danym razie mogłoby być istotnie cechującem.

2) Kol. Moraczewski mówił o **lewulozuryi**. Po krótkim rzucie oka na piśmiennictwo, dotyczące tego rzadkiego zjawiska, na własności cukru owocowego i sposób jego wykrywania w moczu, wreszcie na znaczenie jego pojawiania się, nie dające się porównać z wydzielaniem cukru gronowego, bo znoszone przez ustrój ludzki obojętnie, — streszcza prelegent swe własne spostrzeżenia w dwu przypadkach lewulozuryi. W jednym z nich, u panny 16-letniej, stwierdził dość znaczne ilości lewulozy, która znikła następnie w czasie leczenia karlsbadzkiego i nie pojawiła się ani pod wpływem wewnętrznego podawania cukru owocowego, ani spożywania jakichkolwiek węglowodanów. W drugim przypadku, u młodego chłopaka, objawiającego znaczną nerwowość, lewuloza dawała się stwierdzić po przyjęciu potraw mącznych. Przy dyecie białkowej nie było jej. Pod wpływem spokoju, bromu, lecytyny, znikła prawie zupełnie. Prelegent sądzi, że lewulozę stwierdzalibyśmy znacznie częściej, gdyby się w tym kierunku zwracało baczniejszą uwagę.

Dyskusya: kol. W. Ziembicki sądzi również, że badanie co do lewulozy nie dość jest rozpowszechnione. Zaznacza, że w klinice lekarskiej badania tego nigdy się nie zaniedbuje, dzięki czemu przekonano się o nierzadkiej obecności cukru owocowego obok cukru gronowego w przypadkach cukrzycy. Podnosi wartość prób jakościowych, — byle były wykonane z wszelką dokładnością, — a więc próby Seliwanowa, jakoteż Neumana (orcynowej), zapomocą której, jak to przedstawił w b. r., można w jednej porcyi moczu wykryć obecność lewulozy obok dekstrozy, co wreszcie można sprawdzić zapomocą spektroskopu (kieszonkowego). Ujemny wynik tych prób zdaje się wyłączać obecność lewulozy. Wynik dodatni upoważnia do poszukiwań ilościowych, przyczem nie należy zapominać, że metody miareczkowe i i. odznaczają się błędami, co wobec małych zazwyczaj ilości lewulozy może wynik czynić wątpliwym.

Kol. Gittelmacher-Wilenko powątpiewa w praktyczność wykazywania ozazonu lewulozy zapomocą metylfenylhydrazyny, o czem wspomniał prelegent, zwłaszcza, gdy w tym samym moczu znajdą się oba gatunki cukru.

Sekretarz: *W. Ziembicki.*

II. posiedzenie naukowe w d. 15. lutego 1907.

1) Kol. prof. Łukasiewicz przedstawił szereg przypadków z lwowskiej kliniki dermatologicznej, a mianowicie: *a)* **lichen ruber acuminatus** u dorosłego mężczyzny; *b)* **lichen ruber planus** u mężczyzny 61-letniego i u chłopaka 12-letniego; *c)* **mycosis fungoides** u dorosłego mężczyzny; kol. Mahl (jun.) okazał *moulage,* znakomicie udany plastyczny model, wyobrażający *lichen ruber acuminatus,* wykonany przez siebie podług pierwszego z przedstawionych przypadków.

W dyskusyi przemawiał kol. Obtułowicz, podnosząc nader pouczające zestawienie przedstawionych przez prof. Łukasiewicza chorych i zapytując o dawki arszeniku, stosowanego w tych razach w klinice dermatologicznej. Kol. prof. Gluziński zaznaczył różnicę w dawkowaniu arszeniku w chorobach wewnętrznych i w dermatologii, gdzie dawki dochodzą do wysokości tak niezwykłej, że należałoby się obawiać zatrucia. Kol. prof. Łukasiewicz stwierdza, że przy należytej uwadze i śledzeniu stanu chorego można uniknąć wszelakich złych następstw leczenia arszenikiem tak, że wśród tysięcy przypadków nie spostrzegał ani razu zatrucia. W szczególności zaś żadnych niepomyślnych skutków leczenia atoksylem, który obecnie należy w klinice dermatologicznej do najbardziej używanych, nigdy nie zauważył. Kol. prof. Halban sądzi, że w przypadkach zatrucia arszenikiem w czasie leczenia, chodzi prawdopodobnie o idyosynkrazyę, gdyż niejednokrotnie już małe dawki są przyczyną objawów zatrucia, jakiego kiedyindziej po wielkich nawet dawkach się nie spostrzega.

2) Kol Czyżewicz (jun.) przedstawił przypadki i preparaty ze szpitalnego zakładu położniczo-ginekologicznego, a mianowicie: *a)* chorą, u której istniał popołogowy **naciek omaciczny,** wywołujący następnie zrosty jelitowe i wreszcie **przetokę kałową.** Przetoka ta uchodziła zrazu za miejsce przebicia zropiałego nacieku omacicznego; dopiero pojawienie się w otworze glisty zwróciło uwagę we właściwym kierunku. Prelegent okazuje pętlę jelita, przebitą w paru miejscach, a usuniętą przy laparotomii. Chora ma się zupełnie dobrze. *b)* Następnie okazał preparat ciąży **zewnątrzmacicznej,** a wreszcie *c)* preparat **torbieli jajnika.** W tym ostatnim przypadku zasługiwała na uwagę niezwykła niemiarowość tętna, która natychmiast po operacyi (wydobyciu torbieli) bezpowrotnie ustąpiła.—W dyskusyi podnosi kol. prof. Gluziński częstość podobnych niemiarowości tętna u osób, dotkniętych cierpieniami narządu rodnego.

W. Ziembicki.

W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego.

III.

Braki i potrzeby.

Zestawił **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Około siedemkroć koron (307.606 złr.) w r. 1875, a prawie półczwarta miliona (3,346.282) koron w r. 1904 jako roczny wydatek na cele zdrowia publicznego z funduszów krajowych oprócz kwot, wydawanych na te cele przez rząd, rady powiatowe i gminy, — obniżenie się w tymże okresie czasu odsetka śmiertelności w kraju z 41,02°/₀₀ (pięciolecie 1872—1876) do 27,2°/₀₀ 1896—1901), oto dowody, że grosz publiczny, wydany na zdrowie ludności, nie poszedł na marne. Obliczono [1]), że to obniżenie odsetka śmiertelności oszczędza krajowi przynajmniej 9 milionów koron rocznie w postaci niestraconych dni pracy, gdyby nawet wartość jednego dnia pracy liczyć tylko na 50 halerzy.

To jasna strona obrazu.

Nikt też nie mógłby już dziś zarzucać autonomicznym władzom krajowym, że sprawy zdrowia ludności zaniedbują. Prawda, że osiągnięte wyniki nie są bezpośrednim skutkiem tych tylko wydatków, które obejmuje budżet sejmowy; że na polepszenie się zdrowotności i zmniejszenie ogólnej śmiertelności wpłynęła działalność władz sanitarnych rządowych i środki pieniężne, udzielane z funduszów państwowych; że w ostatnich czasach dzielnym tu czynnikiem była organizacya sanitarna okręgowa, na którą znaczne ofiary ponoszą fundusze powiatów; że niemało zaważyła tu i działalność gmin większych, utrzymujących własnych lekarzy i t. d. Jednakże należy pamiętać, że w zakresie spraw sanitarnych, załatwianych przez władze rządowe, przez powiaty i gminy, uczestniczą poważnie i fundusze krajowe nietylko przez coroczne wydatki stałe na akcyę bieżącą [2]), ale i przez znaczne wkłady jednorazowe przy budowie i przekształcaniu szpitali; że stworzenie organizacyi sanitarnej okręgowej jest dziełem krajowych władz autonomicznych naczelnych i że w ostatnich latach władze te wchodzą zwolna na drogę i szerszej i systematyczniejszej akcyi sanitarnej.

Niemniej faktem jest, że pozostajemy niezmiernie jeszcze daleko w tyle poza innymi krajami zachodniej Europy i że nawet w obrębie Austryi zajmuje Galicya w zakresie sanitarnym albo ostatnie albo jedno z ostatnich miejsc. Kraj bowiem nie robił na tem polu i nie wydawał na te cele tyle, ileby należało. Prawda, jesteśmy za ubodzy i zbyt dużo ważnych spraw społecznych wymaga naprawy, abyśmy mogli na polu sanitarnem zrównać się z zachodem, tem mniej zaś zaspokoić wszystkie potrzeby, z których wielu i na zachodzie jeszcze nie zaspokojono. Jednakże należałoby na te cele łożyć przynajmniej tyle, aby odległość między Galicyą, a najmniej kulturalnymi krajami austryackimi, Bukowiną i Dalmacyą, na polu sanitarnem nas wyprzedzającymi, wyraźniej, niż dotąd, się zmniejszała, jeżeli nasza kultura ma być rzeczywistą i całkowitą. Kraj powinien nakoniec zrozumieć, że zdrowie ludności jest zadaniem wcale nie mniej ważnem, niż oświata, podniesienie uprawy roli, uprzemysłowienie i t. d., i że wydatki na zdrowie ludności powinny wzrastać przynajmniej równomiernie z nakładami na tamte cele, jeżeli się zaniedbania nie mają kiedyś pomścić na ogólnym bilansie społecznym. Dział wydatków sanitarnych stanowi zbyt małą część budżetu krajowego w stosunku do istniejących jeszcze krzyczących braków, a i tę kwotę łożyło się niestety tylko dlatego, że mniej już w żaden sposób wydaćby nie można, choćby to niewątpliwie było bardzo na rękę tym wszystkim, którzy wydatek ten uważają za »malum necessarium«, za konieczną, ale bezowocną »ofiarę« i przymusową, a zmarnowaną »dobroczynność«. Jeżeli co prawda w Sejmie naszym odzywały się — rzadko — głosy, że wydatków na zdrowie ludności nie można uważać za »humanitarny« [3]) t. j. bezużyteczny w krajowem gospodarstwie ciężar, ale że to jest ważna inwestycya, która się kiedyś doskonale oprocentuje i w ogólnej gospodarce krajowej zaważy, to jednak na pewno twierdzić można, że ta prawda nie utorowała sobie jeszcze drogi do umysłów ogółu naszych posłów. W przeciwnym bowiem razie zniknąłby może z budżetu krajowego niejedna pozycya, dziwnie odbijająca od krańcowych nieraz oszczędności w sprawach sanitarnych. Nawet i te paręset czy tysięcy kor., któremi popierało się »kulturę artystyczną«; kształcąc śpiewaczki dla... scen zagranicznych, ileżby zaważyły, gdyby uważano np. ulepszanie skromnych pracowni w szpitalach prowincyonalnych albo najprostsze leżalnie dla chorych, zagrożonych gruźlicą, za cośkolwiek ważniejsze od... lwowskiej operetki!

Kiedy pewnemu, bardzo zresztą wybitnemu i rozumnemu naszemu posłowi sejmowemu tłómaczono pożytek dostatecznej pomocy położniczej dla ludności i budowy zakładów porodowych, odrzekł pół-seryo, że on przecież napewno pożytku z takiego zakładu mieć nie będzie. Odpowiedziano mu, że wobec takiego przekonania powinienby popierać przynajmniej budowę zakładów dla obłąkanych, bo nie mógłby równie stanowczo zaprzeczyć ich ewentualnego dla siebie pożytku... W innym przypadku, gdy była mowa o konieczności poprawy fatalnych stosunków higienicznych na oddziałach wenerycznych, oburzali się posłowie, skądinąd bardzo światli, zupełnie seryo, że się w szpitalach myśli o... dogadzaniu półświatkowi. Możnaby przytoczyć dziesiątki równie jaskrawych, a niestety nie wymyślonych, lecz prawdziwych przykładów na dowód, że znaczenie i doniosłość wielu ulepszeń na polu sanitarnem aż nazbyt często są lekceważone lub zupełnie nie są rozumiane, że uważa się je przeważnie za bezużyteczną prawie jałmużnę, rozdawaną biedakom tylko w imię miłości bliźniego.

Udowadniać, że grosz, wydany z funduszów krajowych na zdrowie publiczne, nie jest bezpowrotnie straconą »ofiarą«, lecz inwestycyą, że czynione tu wkłady są działaniem społeczeństwa we własnym dobrze zrozumianym interesie, — zbyteczna w piśmie lekarskiem, którego czytelnikom ta strona sprawy dobrze jest znana. Ale z naszych kół lekarskich nie przeniknęła jeszcze nietylko do szerokich sfer średnio inteligentnej publiczności, lecz nawet do tych, którzy być mają jako »głowy ludu, jako stróżowie śpiących i wodzowie nieumiejętnych i świece ciemnych« (Skarga) świadomość tej prawdy, w kulturalnych społeczeństwach zachodnich od dawna znanej. U nas spotyka się ona zwykle — wstyd i ujma dla naszego społeczeństwa — z uśmiechem niedowierzania, a nawet politowania. A jednak kogoby nie przekonały wywody i obliczenia, oparte na naszych stosunkach, ten przecież powinien się zastanowić, że np. rząd pruski, wydając na walkę z cholerą tylko we wschodniej części Prus w jednym roku 1905 przeszło 600.000 marek, lub węgierski, przeznaczając na walkę z jaglicą kwotę, idącą w miliony koron, albo olbrzymi ruch przeciwgruźliczy w Niemczech, pochłaniający rocznie kilkadziesiąt milionów marek na same tylko sanatorya, kierują się chyba nie samą tylko litością i nie wyrzucają lekkomyślnie majątku narodowego za okno. Niewiele szukając, mógłby wtedy znaleźć »czarno na białem«, że te olbrzymie wysiłki materyalne społeczeństw zachodnich opierają się nie tylko na pobudkach humanitarnych, ale głównie na interesie materyalnym, na ścisłych obliczeniach zysków i strat w gospodarstwie narodowem.

U nas jednak ci, co to wiedzieć powinni, często nawet o tem nie słyszeli, a ci, co słyszeli, wierzyć nie chcą.

Stąd też i o to, jaki jest wynik sanitarnych wydatków kraju na dalszą metę i jak one są zużytkowywane, mało kto się troszczy, a na najwymowniejsze nawet wywody Wydziału krajowego i sprawozdawców sejmowej komisyi sanitarnej odpowiada myśl wielu słuchaczy nie hasłem: »jak najskuteczniej«, lecz zasadą: »byle jak najoszczędniej«.

Krótko mówiąc, wydaje kraj jeszcze ciągle za mało na sprawy sanitarne w stosunku do swoich na tem polu najpilniejszych potrzeb, za mało w stosunku do nakładów na inne działy gospodarstwa krajowego, za mało w stosunku do innych, nawet mniej kulturalnych, a może i uboższych od Galicyi krajów austryackich, za mało t. j. za oszczędnie w stosunku do tego, jaki powinien być nakład, ażeby czynione inwestycye nie marnowały się w żadnej cząstce, lecz były całkowicie skuteczne i — żeby tak powiedzieć — odpowiednio rentowne; w tych zaś wydatkach, które ponosi, nie zawsze dopatrzeć się można jasnego i konsekwentnego planu, któryby czynione nakłady pozwalał zawsze wyzyskać jak najskuteczniej i zapobiedz zmarnowaniu się najdrobniejszych nawet z nich, czego przy dotychczas w wielu razach stosowanym systemie »łatania« uniknąć niepodobna, pomimo, a może raczej wskutek skrajnej niemal oszczędności.

Te ujemne strony widać najwyraźniej w zakresie szpitalnictwa, gdyż ono stanowi największą część sanitarnego działu budżetu krajowego [1]).

---

[1]) Prof. Jordan. »Przegląd polski« 1903. Mowa posła prof. Marsa na pos. Sejmu 23 paźdz. 1903.

[2]) W r. 1904 za szczepienie ochronne 151.156 kor., na lekarzy okręgowych 98.084 kor., na leki podczas epidemii 14.871 kor.

[3]) Jako »humanitaryzm« traktuje rzecz nawet pierwszy poseł nie-lekarz, który zabrał energicznie głos w tych sprawach (na pos. 24 paźdz. 1903).

[1]) W r. 1904:

koszta leczenia	K.	2,805.766
zasiłki dla zakładów sanitarnych	»	18.899
dotacya zakładów	»	222.300
razem . . .	K.	3,046.965

Tegoroczne przedłożenia Wydziału krajowego*) dowodzą wprawdzie, że rzecz ma się ku lepszemu i że Wydział krajowy zdaje się wkraczać na drogę poważnych inwestycyi i reform; jednakże jest to dopiero początek, który wprawdzie może dowodzić, że w Wydziale krajowym powiały świeższe prądy, ale jeszcze nie wskazuje, czy oznaczają one jednorazowy wysiłek, czy zupełną zmianę dotychczasowego kierunku. Miejmy nadzieję, że to drugie; obyśmy się przekonali, że i w Sejmie nadszedł czas zwrotu i że większość posłów intencye Wydziału zrozumie i poprze.

Niemniej obowiązkiem jest przypomnieć, jak wiele jeszcze pozostanie do zrobienia.

Szpitali ma Galicya jeszcze ciągle w stosunku do liczby ludności rażąco za mało, a w istniejących za mało łóżek.

Jeszcze w roku 1902 miały Czechy dla ludności o milion mniejszej (6,277.793, gdy Galicya 7,245.074) szpitali publicznych 80 z 8.318 łóżkami, prywatnych 97 z 2.618 łóżkami, razem 177 z 10.936 miejscami. Galicya w tym czasie miała 3.862 łóżek w 31 publicznych i 1699 w 57 prywatnych szpitalach, razem więc tylko 5.561 łóżek w 88 szpitalach; w stosunku do ludności jest to połowa tego, co mają Czechy, stojące zresztą pod tym względem wśród krajów austryackich na trzynastem zaledwo miejscu [1]). Do dziś dnia rozdzielone są szpitale w Galicyi bardzo jeszcze niejednostajnie [2]); są całe olbrzymie szmaty kraju, nie posiadające zupełnie szpitali publicznych.

Nie dochodząc nawet do skromnych zresztą żądań Krajowej Rady zdrowia, »aby przynajmniej w każdym powiecie, jeżeli nie w każdym okręgu sanitarnym znajdował się szpital« [3]), należałoby jednak, skoro kraju nie stać na podjęcie naraz tak znacznego wydatku, nakreślić dokładny i systematyczny plan, według którego przybywać mają w kraju nowe szpitale. Plan taki oprzeć trzeba na dokładnem obliczeniu według zaludnienia i chorobowości poszczególnych powiatów, w jakim promieniu istniejące już szpitale zaspokoić mogą potrzeby ludności, a w jakich punktach i w jakim porządku powstać muszą nowe i jak wielkie szpitale. Wydatek na te kolejne budowy kraj w każdym razie pokryć musi, a pokryje go łatwiej, zdobywszy się na planową akcyę w szerszym stylu, niż uchwalając od przypadku do przypadku to mniejsze, to większe, w każdym roku inaczej na budżet wpływające pożyczki, jako przyczynki do kosztów budowy, w miarę tego, która Rada powiatowa zdobędzie się na decyzyę ufundowania szpitala. Rzecz oczywista, że w takim razie musiałby na te powiaty, czy gminy, gdzie najpilniej potrzeba szpitala, lub na które w ciągu tej akcyi kolej wypadnie, wywrzeć Wydział kr. odpowiedni nacisk, aby potrzebnych funduszów ze swej strony dostarczyły, a powiatom słabszym przyjść w pomoc bądź przez większy, niż zastrzega dotychczasowa ustawa (z 13 lipca 1096 d. u. k. Nr. 116) przyczynek do budowy z funduszów krajowych, bądź przez ułatwianie długoterminowych pożyczek. Jeżeli istnieje fundusz uprzemysłowienia kraju, fundusz melioracyjny i t. d., to czemużby nie można w podobny sposób ułatwić akcyi sanitarnej jakimś funduszem szpitalniczym?

Nie wiem, czy plan taki systematycznego, równomiernie stopniowego zaspokojenia potrzeb ludności w tym względzie kiedykolwiek istniał; przypuszczam jednak, że nie, bo przecież nie pominiętoby go milczeniem na ankiecie krajowej w sprawach szpitalnictwa; tam jednak mówiono tylko o najkonieczniejszych inwestycyach w szpitalach już istniejących i to o takich inwestycyach, których żadną miarą odkładać nie było można [4]), — jednem słowem nie wykroczono poza dotychczasowy system łataniny. Sejm zaś przy budowie każdego nowego szpitala osobno uchwalał jego »potrzebę«. Alež ta potrzeba od szeregu lat jest dla wszystkich powiatów cyframi wykazana i co rok przez Krajową Radę zdrowia we wnioskach podnoszona! Czy nie prościej byłoby uznać ją nareszcie w całej jej rozciągłości, a stopniowe jej zaspokajanie pozostawić Wydziałowi krajowemu według raz na zawsze zatwierdzonego systematycznego planu?

Jak znaczny jest niedobór łóżek szpitalnych w Galicyi, poucza to, że od szeregu lat nie dajemy sobie pod tym względem odebrać niezaszczytnego miejsca na szarym końcu krajów koronnych austryackich. Plama na naszej kulturze jest tu tak fatalna, że nie mogła jej pominąć nawet nasza rozpolitykowana prasa codzienna, poza zajadłą walką stronnictw na sprawy społeczne prawie ślepa i głucha. Pisano więc nieraz publicznie o tem, że nie możemy doścignąć nawet Dalmacyi, nawet Bukowiny. Jeszcze w r. 1902 przypadało w Galicyi jedno łóżko szpitalne na 1302, w Dalmacyi na 1071, na Bukowinie na 1077 mieszkańców, gdy już Morawy, czwarte od końca, miały jedno łóżko na 670, Czechy — piąte — 1:573. Jakże nam daleko choćby do Krainy (1:485), nie mówiąc już o Salzburgu (1:188), Styryi (1:259) i obu Austryach (1:325 — 1:372 [1]). Od tego czasu przybyło wprawdzie u nas stosunkowo sporo łóżek; przybywały one w ostatniem trzechleciu szybciej, niż kiedykolwiek dawniej (w Kulparkowie 500, w Husiatynie 44, w Złoczowie — odbudowa po pożarze — 100 i t. d.); jednakże przez ten czas wzrastała także ludność kraju. Nie kuszę się o dokładne obliczenie łóżek, które rzeczywiście przybyły, bo i Krajowa Rada Zdrowia nie zdołała ściśle tego stwierdzić [2]); ale przyjmując liczbę nowych łóżek nawet okrągło na 1000, nie trudno obliczyć, że może zaledwo dorównaliśmy Bukowinie, jeżeli tam w tym czasie przybytek łóżek był powolniejszy, niż u nas. Trzebaby tu jeszcze i to uwzględnić, że liczba łóżek szpitalnych powinnaby pozostawać w stosunku nietylko do surowo obliczonego zaludnienia kraju, ale i do stopnia chorobowości, a pod tym względem, o ile z cyfr śmiertelności wnosić wolno, pomimo całej olbrzymiej poprawy stosunków bardzo nam jeszcze daleko do krajów, dwa i trzykroć lepiej w łóżka szpitalne zaopatrzonych.

I tu także przydałby się — ze względu na konieczne w miarę wzrostu ludności rozszerzenie istniejących szpitali, oraz lepsze dostosowanie ich wielkości do stosunków terytoryalnych, komunikacyjnych i t. d. danej części kraju, — jakiś systematyczny plan na szereg lat przyszłych. Pokazało się już niejednokrotnie, jak w Husiatynie, Drohobyczu, Tarnobrzegu (Spr. insp. za r. 1906) pokaże się z pewnością w przyszłości, np. w Białej, że nowy lub przebudowany szpital okazuje się odrazu lub wkrótce po otwarciu — za ciasny. Zaczynają się więc znowu badania, rokowania, plany i kosztorysy, wszystko połączone z niepotrzebnymi kosztami dodatkowymi, ze stratą czasu, gdy chorzy po staremu gniotą się po 2 i 3 na jednem łóżku. Ostatecznie coś się przerabia, coś dobudowuje, ale, rzecz prosta, zamiast odrazu logicznie uplanowanej całości szpitalnej, wynika z tego zawsze jakaś łatanina, skazując szpital na niewygodę, a fundusze krajowe obciążając bardziej, niżby ją obciążył odrazu poniesiony koszt dostatecznie obszernych budynków.

Nie spotkałem się jeszcze dotychczas z obliczeniem, ile też właściwie łóżek powinnoby na Galicyę wystarczyć, ile ich jeszcze utworzyć potrzeba i jaki po osiągnięciu pewnego kompletu przyjąć należy normalny według wzrostu ludności roczny łóżek przybytek. A tuż obok w kraju, który tyleż lat pozbawiony jest samorządu, ile my go posiadamy, przy pierwszym brzasku nadziei autonomicznych już przygotowano się do planowej systematycznej pracy sanitarnej i zestawiono wszystkie potrzebne obliczenia [3]). Coś podobnego, tylko o tyle dokładniej, o ile na to pozwalają nasze środki, trzebaby i u nas opracować, jeżeli jeszcze nie opracowywano; jeżeli zaś program taki istnieje, to godziłoby się wydobyć go z zapomnienia i dokładnie zrewidować, a w miarę potrzeby przekształcić. Inaczej niezbyt zresztą miłe będzie położenie wobec tych, co z za kordonu przybędą u nas poczerpnąć wzorów samorządnych urządzeń na polu sanitarnem.

Prostem następstwem zbyt szczupłej liczby łóżek w szpitalach jest stałe przepełnienie istniejących i to przedewszystkiem tych, które powinny być pod każdym względem wzorowe, t. j. we Lwowie i w Krakowie.

A jakie to jest przepełnienie, wskazuje już ogólna suma łóżek we wszystkich w kraju istniejących szpitalach: w r. 1904 — 5,389 w porównaniu z przeciętną dzienną liczbą chorych szpitalnych w tymże roku: 5,614.

Zestawienie to nie wygląda zrazu tak strasznie i napozór sprzeciwia się powyższemu twierdzeniu, skoro przeciętnie dziennie w całym kraju jest tylko o 225 chorych więcej, niż miejsc,

*) Por. Spraw. dep. V. za 1905/6 i spraw. osobne.

[1]) »Österr. Statistik d. Sanitätswesens« za 1902, str. 26/27. Spraw. Dep. V. za 1905/6, str. 2.

[2]) Gorlice i Krosno po 20 kil. od Jasła; Tarnobrzeg jedyny na olbrzymią przestrzeń. Por. Spr. kraj. insp. za 1906, str. 40.

[3]) Spraw. za r. 1903, str. 171, wniosek 10.

[4]) Prot. sten. ankiety z r. 1902, str. 46.

[1]) Österr. Stat. des San. za 1902, str. 26/7. Spr. Dep. V. za 1905/6 str. 2.

[2]) Spraw. za r. 1903, str. 203; Al. II. Sprawozd. Dep. V za 1904/5 podaje 5466 (w r. 1903), za 1905/6 jednak tylko 5389 (w r. 1904) łóżek w szpit. powszechnych.

[3]) Por. »Medycyna w Samorządzie« (dzieło opracowane zbiorowemi siłami) Warszawa, 1905, rozdziały o szpitalnictwie, i mnogie artykuły w pismach lekarskich zakordonowych, z których »Przegląd lek.« w swoim czasie zdawał sprawę.

t. j. o 4·2 prc. Ale przypatrzmy się tej rzeczy trochę szczegółowiej:

Szpitale	Liczba miejsc	Przeciętnie dziennie chorych
Bochnia	55	60
Brzeżany	80	88
Drohobycz	120	149
Husiatyn	70	105
Jarosław	120	149
Kołomyja	70	83
Lubaczów	50	65
Podhajce	85	127
Przemyśl	175	187
Przemyślany	66	84
Rzeszów	116	126
Sniatyn	42	67!
Sokal	104	115
Stanisławów	120	168!
Stryj	120	138
Wadowice	41	63!
Zaleszczyki	52	76
Żółkiew	120	149
Kraków, oddz. położn.	60	82
Kulparków	700	1,062 (w r. 1905 1077!)
Kraków, oddz. obłąk.	115	131. [1]

Wprawdzie od tego czasu rozszerzono szereg szpitali (w r. 1904—1907: w Husiatynie, w Nowym Sączu, Przemyślu, Stryju i t. d. przedewszystkiem Kulparków), jednakże gdzieniegdzie tylko przez budowę pawilonów izolacyjnych, gdzie więc tylko chorzy zakaźni pomieszczeni być powinni; niemniej pozostała znaczna liczba takich szpitali, w których co trzeci, ba nawet co drugi chory (Wadowice) ma »przeciętnie« stale na swym łóżku towarzysza. A wszak chorzy nie stosują się do tego, by ich »przeciętnie« było w szpitalu o pewien odsetek za wielu; te szpitale, które mają niewielkie »przeciętne« przeludnienie, mogą tygodniami całymi mieć dużo miejsc wolnych, aż naraz przepełniają się znów znacznie ponad ową »przeciętną« [2]). Rzecz prosta, że wtedy, oszczędzając jaknajwięcej miejsca, przyjmuje się tylko ciężko chorych, których w żaden już sposób odprawić z niczem nie można; nietrudno więc sobie wyobrazić, co się dzieje w naszych szpitalach prowincyonalnych w okresach przepełnienia!

Natomiast łatwo o pozorny zarzut przesady co do szpitali stołecznych, gdy się stwierdzi, że w Krakowie na 526 łóżkach było w r. 1904 przeciętnie dziennie tylko 508 chorych, we Lwowie na 761 tylko 532 [3]) (bez klinik), w r. 1905 w Krakowie na 766 łóżkach 723 (wliczając kliniki pomieszczone w szpitalu), we Lwowie na 840 — tylko 603 [4]). Ale w sprawozdaniach inspektorów szpitali są zestawienia, rzucające na rzecz przecie inne światło. Oto np. na oddziale chirurgicznym szpitala lwowskiego było każde z łóżek niezajęte tylko przez 3 dni w roku [5]), z czego napewno wnosić można, że bywały w ciągu roku okresy strasznego przepełnienia. Inspektor szpitali o oddziale tym powiada, że w r. 1904 bywały dnie [6]), gdy na 138 miejsc przypadało 180 i 190 chorych! A nawet o I. oddziele kiłowoskórnym w r. 1904, gdzie każde łóżko było zajęte tylko przez 217 dni w roku, wyraża się Inspektor: »Tosamo przepełnienie jak w roku ubiegłym, tensam brak miejsca...« [7]): o roku 1905/6 zaś czytamy: »Oddział widocznie przepełniony, mało ma wolnej przestrzeni i ciężkie szpitalne powietrze (choć wszędzie gazowa wentylacya)« [8]).

Szczególna rzecz, że w r. 1904 nigdzie wyraźnie nie podano skarg na przepełnienie w sprawozdaniu z lustracyi szpitala św. Łazarza w Krakowie [9]). Zdawałoby się, że tam przynajmniej w r. 1904 wszystko było jak najlepiej i że szpital ten, szczególnie faworyzowany, miał nadmiar miejsca dla swych chorych.

Ale zapytajmy o to cyfr z tego roku (1904):

oddział chirurg. i laryngol.	miejsc 126,	chorych	dziennie	149
» umysłowo chorych	» 115,	»	»	131
» położniczo-ginekol.	» 30,	»	»	50!

[1]) Spr. Dep. V. za 1904/5.
[2]) Por. Spraw. Insp. szpitali w r. 1906 str. 13. 18. 32. 49. i i.
[3]) Spraw. Dep. V. za 1905/6. Aleg. II.
[4]) Spr. Insp. szpit. 1906. str. 12 i 2.
[5]) Spraw. Dep. V. za 1904/5. str. 22.
[6]) Tamże str. 26.
[7]) Tamże str. 25.
[8]) Spr. Insp. szpit. w r. 1906. str. 7.
[9]) Spraw. Dep. V. za 1904/5. str. 30—33. Dopiero Spraw. Insp. w r. 1906. zawiera jaskrawy obraz tego, co się tam dzieje.

Albo jeszcze lepiej.

oddział chirurgiczny i laryngol.	łóżko było zajęte	432	dni
» oczny	» » »	412	»
» umysłowo-chorych	» » »	417·6	»
» szkoły położnych	*(9 miesięcy)*	387·4	»
» położniczo-ginekol.	» » »	*619·6!* [1])	»

W roku 1905 zadał sobie obecny Inspektor szpitali trud, co mu za zasługę poczytać należy, oświetlenia liczb tych opisem, za który niech starczy tymczasem taka tylko, z opisu wyjęta uwaga: »Warunki oddziału (szkoły położnych) są takie, że żaden opis nie jest w stanie przedstawić ich w całej nagości i obrzydliwości, są gorsze, niż w jakimbądź najstarszym szpitalu prowincyonalnym. Przepełnienie (w izbie ciężarnych) takie, że powietrze przepełnione bezwodnikiem kwasu węglowego jest wprost trujące« (zawiera »mimo otwartych okien 2—4% CO_2«), a »kobiety śpią na siennikach pokotem, zajmując ściśle całą powierzchnię podłogi« [2]).

A oto liczby [3]):

oddział chir. i laryng.	łóżko było zajęte	*466*	dni
» umysłowo-chorych	» » »	411	»
» położniczo-ginekol.	» » »	*558*	»

Rok ma dni trzysta sześćdziesiąt pięć. Innego komentarza nie potrzeba.

A przecież szpital krakowski ma na 526 łóżkach przeciętnie dziennie tylko 508 chorych!

Nad sprawą przepełnienia szpitali toczyły się wyczerpujące rozprawy na ankiecie, zwołanej przez Wydział krajowy jeszcze w r. 1902 [4]).

Wynikiem ich poniekąd było energiczniejsze pozbywanie się chorych, zbyt długo pozostających w szpitalu, które, jak domyślać się można, po ankiecie przeprowadzano tem staranniej [5]); a mimo to jeszcze w r. 1905 wypadł obraz przepełnienia tak czarno. Wynikiem tych obrad były też uchwalone przez Sejm w r. 1903 rezolucye [6]) zmierzające do tego, aby ozdrowieńców jeszcze rychlej się pozbywać przez zaliczanie im kosztów podróży i aby chorych nieuleczalnych, mimo wszelkich środków zawsze jeszcze gromadzących się po szpitalach, (bo gdzież mają się podzieć?) usunąć do odpowiednich przytułków i przez ustawę, regulującą opiekę nad takimi chorymi i kalekami, zapewnić im inne pomieszczenie.

Liczbę takich chorych, zalegających niepotrzebnie szpitale, oceniano w szpitalu lwowskim w r. 1901 na 1003, nadmierny z tego powodu wydatek na 19,300 K., w Krakowie 11,745 K., razem około 31,000 K. t. j. około 3·9% ogólnego wydatku na te szpitale [7]). W szpitalach prowincyonalnych liczba takich chorych miała wynosić 10—15% ogółu [8]).

Otóż, jeżeli pomimo zastosowanych od tego czasu środków przepełnienie w szpitalach jest jeszcze tak znaczne, to nie ulega wątpliwości, że przyczyny szukać poczęści należy w trwającym dalej braku odpowiednich przytułków dla kalek, nieuleczalnych i ozdrowieńców. Już przed 5-ciu laty wskazywano na to, że na przytułki takie fundusze znaleźć się mogą i powinny [9]) i że przytułki takie, mogąc dawać utrzymanie taniej, są ekonomiczniejsze, niż przysparzanie łóżek szpitalnych; istniejące fundusze obracano jednak dotąd niesłusznie głównie na budowę szpitali. Otóż przytułków takich przybywa niesłychanie mało, a fundusze, któreby można obrócić na nie, w znacznej części się marnują [10]). Odpowiedni nacisk, wywarty przez Wydział krajowy na gminy i powiaty, mógłby tu zaradzić złemu, a przez to i przepełnienie szpitali poczęści zmniejszyć. (C. d. n.)

[1]) Spraw. Dep. V. za 1904/5. str. 30.
[2]) Spr. Insp. szpit. w r. 1906. str. 10. 17.
[3]) Tamże str. 12. W rubryce, podającej ile dni w roku łóżko było zajęte, są mylki druku.
[4]) Prot. stenogr. ankiety str. 2—23.
[5]) Insp. szpit. podaje, że w r. 1905. nigdzie nie przetrzymywano chorych bez potrzeby.
[6]) Prot. sten. posiedz. z 24. X. 1903. str. 2324 i 2329.
[7]) Prot. ank. z r. 1902. str. 3.
[8]) Tamże str. 4 i 9.
[9]) Prot. ank. z r. 1902. str. 6, przemówienie r. dw. Merunowicza; także Spraw. kraj. Rady zdrowia za 1903. str. 127—134.
[10]) Spraw. Rady zdrowia za 1903. str. 33.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Lekarze szpitalni wobec Sejmu galicyjskiego. Dążąc do słusznie im się należącej poprawy bytu i do powetowania wyrządzonych rzeczywiście krzywd, wnieśli prymaryusze wraz z dyrektorem i prosektorem szpitala krajowego we Lwowie (na ręce posłów prof. Marsa i adwokata Loewensteina), oraz lekarze pomocniczy szpitala lwowskiego i krakowskiego do obradującego właśnie Sejmu poważnie uzasadnione petycye. Prymaryusze, przypominając uchwałę Sejmu z r. 1874, uznającą, że lekarzom w służbie krajowej powinien przysłużać charakter urzędników krajowych, a pobory ich odpowiadać poborom tych urzędników, i przychylną uchwałę Sejmu wobec petycyi lekarzy w r. 1906, stwierdzają w uzasadnieniu swej prośby, że od 32 lat szpital lwowski stał się w Austryi trzecim co do wielkości, objął 4 nowe oddziały, 5 klinik, że wymagania od lekarzy niezmiernie wzrosły zarówno w dyagnostyce, jak i terapii, a warunki bytu lekarzy bardzo się pogorszyły; płace lekarzy zaś nie uległy od 32 lat zmianie, choć pobory innych urzędników krajowych wielokrotnie były podwyższane. Co więcej, odebrano lekarzom w r. 1898 to, co posiadali od r. 1874, t. j. statut emerytalny wspólny z innymi urzędnikami, przez co obecnie n. p. pensya wdowy po prymaryuszu w VII randze wynosi mniej, niż pensya po kanceliście XI rangi (!). Podanie kończy się następującymi wnioskami: 1) Statut emerytalny z r. 1898 (urzędników Wydziału krajowego) ma obowiązywać także funkcyonaryuszy szpitala lwowskiego. 2) Zrównać pobory lekarzy i urzędników zarządu z poborami odpowiadających rang urzędników Wydziału krajowego (np. na wzór Czerniowiec). 3) Lekarzom i urzędnikom zarządu, którzy nie mają widoków awansu, przyznać prawo do dodatków z tytułu starszeństwa tak, jak je już przyznano urzędnikom Wydziału kraj., lub dać prawo do nieograniczonej liczby kwinkweniów, względnie kwadrigeniów lub trieniów. 4) Sekundaryuszom, którym należy się mieszkanie w naturze, a nie dostają go z powodu braku miejsca w szpitalu, dać odpowiednie relutum, a funkcyonaryuszom stałym, którzy mieszkanie w naturze dostają, przyznać prawo do pobierania połowy dodatku aktywalnego. 5) Uregulować pobory profesorów-prymaryuszów (prosektora) wedle normy, obowiązującej w innych szpitalach, mianowicie w Pradze i Gracu.

Lekarze pomocniczy szpitala lwowskiego, przypominając swoją petycyę z r. 1905 i 3 petycye z r. 1906, podnoszą te same względy, co prymaryusze, zaznaczają, że od lat 32 przybyło tylko 8 posad, adjutowanych kwotą 600 K. rocznie, tak ze płatnych lekarzy pomocniczych jest we Lwowie 24, gdy powinnoby być przynajmniej 35; że na przeciążeniu lekarzy pracą i stronieniu od szpitala młodych lekarzy, zrażonych złymi warunkami, cierpi przedewszystkiem sam szpital; że przez lat 32 pobory lekarzy pomocniczych podwyższono raz jeden w r. 1901 o 200 koron; podnoszą, że proponowane obecnie Sejmowi relutum za mieszkanie dla sekundaryuszy jest zbyt niskie; w końcu, że wytężająca praca lekarzy wymaga koniecznie dorocznego wypoczynku. Żądania lekarzy pomocniczych lwowskich podaliśmy w Nrze 5, str. 62.

Lekarze pomocniczy krakowskiego szpitala św. Łazarza przywodzą na poparcie swego podania podobne okoliczności. Wobec braku wolontaryuszy (np. na 120 chorych oddziału chirurgicznego bywało dawniej 16 lekarzy, dziś jest 5), muszą lekarze pomocniczy cały czas swój oddawać szpitalowi, nie mogą ani się kształcić (od roku przeszło żaden z nich nie był przydzielony na oddział pedyatryczny, laryngologiczny, ani okulistyczny), ani poza szpitalem zarobić praktyką tyle, ile nie dostaje na utrzymanie przy nędznej płacy szpitalnej i szalonej drożyźnie. Szpital przestał być szkołą, a stał się warsztatem źle wynagradzanej i nie dającej żadnych widoków pracy. Żądania lekarzy pomocniczych krakowskich podaliśmy w Nrze 4 »Przegl. lek.«, str. 41.

Lekarze pomocniczy szpitali berlińskich postanowili, jak donoszą dzienniki, porzucić pracę d. 1. III b. r., ponieważ nie uwzględniono ich żądań co do poprawienia bytu.

Sprawy sanitarne w Sejmie. Oprócz już wspomnianych w Nrze 6, str. 73 »Przeglądu« wniosków, przedłożył Wydział krajowy obradującemu właśnie Sejmowi następujące osobne sprawozdania i wnioski: o budowie zakładu dla obłąkanych w zachodniej Galicyi (już stanowczo — wobec pomyślnego wyniku badań hydrotechnicznych — w Lusinie) kosztem 3,375.000 koron; o przebudowie szpitala lwowskiego kosztem 520,000 k. (z tego w r. 1907 83,873 K.); o budowie nowych klinik we Lwowie i o zakupieniu gruntu pod nie wartości 245.000 K.; o postępie budowy nowych pawilonów i przeobrażeń w zakładzie kulparkowskim [1]); w sprawie przeniesienia i odbudowy szpitala w Białej (360,000 K.), rozszerzenia szpitala w Tarnowie (235,729 K.), zakupna budynków i przebudowy szpitala w Brzeżanach (100.000 K.), dobudowy w szpitalu w Sanoku (36,329 K.); wszystko to są ogólne ceny kosztów, które kraj przeważnie w połowie pokryje. Dalej przedkłada Wydział wnioski o pewną poprawę bytu funkcyonaryuszy szpitali stołecznych (por. »Przegl. lek.« 1906, str. 766) i o ustanowienie rocznych dodatków dla służby tych szpitali (po 12 K. rocznie aż do osiągnięcia 24—30 K. miesięcznie, w końcu sprawozdanie z ankiety w sprawie zdrojowisk wraz z projektem noweli do ustawy zdrojowej (z której także już zdaliśmy sprawę). W ogólnem zaś doroczneın sprawozdaniu Departamentu V., prócz ogólnego sprawozdania z wydatków itd. na sprawy sanitarne, znajduje się sprawozdanie z rokowań z rządem w sprawie budowy krakowskiej kliniki psychiatrycznej, budowy zakładu położniczego w Krakowie, z rokowań z gminą w sprawie oświetlenia elektrycznego w szpitalu krakowskim, wniosek o utworzenie w nim pracowni bakteryologicznej na oddziale zakaźnym (6706 K.), sprawozdanie z układów ze szpitalami dla dzieci we Lwowie i Krakowie, z dokonywanych przeistoczeń i budowli szpitali prowincyonalnych, ze stanu zwalczania kiły w powiecie kossowskim i nadworniańskim, w sprawie zaopatrzenia gmin w dobrą wodę i w kilku sprawach drobniejszych. *R.*

Przed sesyą Sejmu galicyjskiego nasuwa się »Głosowi lek.« pytanie, czy ciągłe podtrzymywanie niezadowolenia lekarzy jest ze strony Wydziału krajowego potrzebne i rozsądne? Lekarzy okręgowych spotkał zawód przez odłożenie sprawy ich emerytur do sesyi jesiennej; nowe posady lekarzy okręgowych przybywają zbyt powoli (na 400 zamierzonych okręgów utworzono dotąd przez lat 10 zaledwie 150 okręgów); w odpowiedzi na skromne żądania lekarzy szpitalnych wnosi się do Sejmu zaledwo nieznaczne ustępstwa. Wszyscy pracownicy. walczący o polepszenie bytu, zwykli żądać więcej, niż chcą osiągnąć, aby po okrojeniu ich żądań przez pracodawcę pozostała im dostateczna korzyść. Lekarze nie naśladują pracowników, żądają minimum tego, co potrzebują, a Wydział krajowy, jak każdy pracodawca, radby jak najwięcej utargować. Ta taktyka jest z obu stron błędną. Lekarze szpitalni nie zwrócili się do Izb lekarskich o poparcie, może i słusznie, bo Wydział krajowy liczy się z Izbami wiele mniej, niż rząd; ale takie nierówne traktowanie Izb przez rząd i przez autonomię bynajmniej nie przyczynia się do podniesienia powagi i zaufania władz autonomicznych. (Gł. lek.« Nr 4). *R.*

Związek lekarzy rządowych galicyjskich ukonstytuował się w d. 16. II. 1907 na zebraniu we Lwowie, w którem uczestniczyło kilkudziesięciu lekarzy powiatowych, a przewodniczył dr Barzycki. Ze wstępnych kroków organizacyjnych zdał sprawę dr Czyżewicz. Po odczycie dra Gąsiorowskiego o nowym przyrządzie odkażającym własnego pomysłu i uchwaleniu szeregu postulatów, wybrano Wydział Związku, któremu polecono podjąć u rządu stosowne kroki w porozumieniu ze Związkami lekarzy rządowych w innych krajach austryackich. Wybrani zostali: prezesem dr Czyżewicz, sekretarzem dr Wurst, wydziałowymi drowie: Danielski, Kurasiewicz, Obtułowicz, Slączka i Witkowski; do komisyi rewizyjnej dr Krzyżanowski i Lachowicz.

Zakaz sprzedaży wydało austr. ministerstwo spraw wewn. co do przetworu »Elixir de St. Vincent de Paul«, (ok. Nam. gal. 22. I. 1907, L. 6247/VI B.); odwołało co do przetworu »wohlriechendes Pflanzenessenzenfluid und ableitende Rhabarberpillen Elsa«, polecając jednak donosić o nieodpowiednich ogłoszeniach przetworów Fellera (ok. Nam. 17. I. 1907, L. 6249/X); przypominając zaś, że przetwór »Kral's verstärkter flüssiger Eisenzucker« jest dopuszczony do obrotu tylko w aptekach, nakazało zwracać pilną uwagę na przetwory lecznicze, przy pomocy jarmarcznej reklamy wprowadzane w handel ogólny jako środki rzekomo dyetetyczne i kosmetyczne (ok. Nam. 16. I. 1907, L. 4514/VI B.). *R.*

Zafałszowaniom masła i innym nadużyciom w handlu (zwłaszcza eksportowym) tym artykułem poleciło Namiestnictwo gal. zapobiegać przez częste i niespodziewane rewizye u małomiasteczkowych handlarzy (ok. 28. I. 1907, L. 3068/VI B.). *R.*

Szczepienia przeciw wodowstrętowi podjąć może krakowski zakład niekiedy bardzo późno, bo coraz częściej zdarza

[1]) Por. »Przegl. lek.« 1906, str. 766.

się, że niektóre Starostwa z odesłaniem do zakładu osób pokąsanych czekają na wynik szczepień rozpoznawczych, co trwa zazwyczaj około 4 tygodni. Dlatego poleciło Namiestnictwo gal. wszystkim Starostwom, by osoby pokąsane wysyłano do zakładu szczepień bezzwłocznie (ok. 16. I. 1907, L. 157.086/VI B.). *R.*

Ulgi w opłatach za telefony lekarskie, ze względu na ich humanitarne znaczenie, zapowiada austr. ministeryum handlu.

W sprawie normy ordynacyjnej, a zarazem dodanych do niej rozporządzeń wykonawczych, nadesłał nam »Państwowy Związek organizacyi lek. austr.« obszerny memoryał dra Kohra z Oberndorf. Dr K. krytykuje zasadę normy ordynacyjnej, o ile chodzi o oszczędności nie w ekspedycyi leków, ale w samych lekach. Niczem bowiem nie można usprawiedliwić nakazu odmiennej ordynacyi dla bogatych, a odmiennej dla ubogich, tak jak i zapalenie płuc, dur, czy zimnica u bogatych nie różni się od tych chorób u ubogich. Chęć dopomożenia niedołężnie prowadzonym Kasom chorych, wywołana względami czysto politycznymi, a zgoła nie humanitarnymi, wprowadziła do normy ordynacyjnej nadmierną oszczędność. I gdy urzędowy lekospis nakazuje do nalewek używać bezwarunkowo wody przekroplonej, to norma ordynacyjna n. p. poleca je — dla biedaków — rozcieńczać wodą zwykłą! Okólnik zaś wykonawczy dozwala zarządom Kas chorych żądać od lekarzy szczegółowego osobnego wywodu na piśmie (!), ilekroć zapiszą lek droższy, normą ordynacyjną nie objęty, z dopiskiem »*necesse*«. Postanowienie to, ubliżające w wysokim stopniu lekarzom, którzy mają prawo żądać, by ufano ich słowu, otwiera szeroko wrota dalszemu wyzyskiwaniu lekarzy przez zarządy Kas, które pewno nie omieszkają żądać od lekarzy wypisywania owych wywodów. Znowu więc szafuje rząd dobrodziejstwami dla Kas chorych — na koszt lekarzy! I w Galicyi ma to moc obowiązującą: »Pozostawia się zarządom kas chorych w celu możliwego oszczędzania funduszów, którymi rozporządzają, wezwać swych lekarzy, aby przy zapisywaniu nie wymienionych w § 2 rozporządzenia środków ....oprócz uwagi »necesse«.... podawali zarządom kas pisemne uzasadnienie, usprawiedliwiające szczegółowo i niewątpliwie konieczność przepisu«. (Ok. Nam. gal. 22. XII. 1906. L. 167,837/VI B). *R.*

O nadużywanie tytułu profesora toczył się w Berlinie przeciw drowi Kossmanowi proces, z którego zdają sprawę dzienniki polityczne. Dr Kossmann był profesorem zoologii w Heidelbergu, porzuciwszy jednak katedrę, oddał się praktyce ginekologicznej w Berlinie, używając nadal tytułu profesora bez dodatku »były« i bez wzmianki, że wykładał na wydziale filozoficznym. Ogłaszania tych dodatków zażądała policya (wskutek doniesienia zawistnych o praktykę kolegów) od dra Kossmanna naprzód wprost, potem przez Izbę lekarską, grożąc procesem sądowym. Izba oświadczyła, że dr Kossmann przed rozpoczęciem praktyki uzyskał zezwolenie Rady honorowej na używanie tytułu profesora i że sama policya, mianując dra K. lekarzem Kasy chorych żon żołnierzy policyjnych, przez szereg lat tytułowała urzędownie dra Kossmanna profesorem. Sąd uwolnił zupełnie prof. Kossmanna, orzekając, że miał on i ma prawo tytułu swego używać. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 10. do 16. lutego 1907 doniesiono o 47 nowych przypadkach duru plamistego w 10 gminach, a mianowicie: pow. Bohorodczany (Markowa 1), Horodenka (Dąbki 4), Kamionka (Ubinia 10, Sielec 1), Lisko (Manasterzec 6), Mościska (Matnów 9), Nadwórna (Dobrotów 7, Zarzecze 2), Rawa (Hołe rawskie 1), Złoczów (Krasnosielce 6); nagminnego zapalenia opon: w m. Krakowie 1, w pow. Skałat (m. Skałat 1 stwierdzony bakteryologicznie), Tarnobrzeg (Sielec 5). *T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 10. do 16. II. 1907 przypadków: błonicy 10 † 2 (w tem obcych 3 † 2), krztuśca —, płonicy 10, odry 51 † 4, duru osutkowego —, duru brzusznego 5 (—), nagminnego zapalenia opon 3 † 1 (1). *L.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 10. II. do 16. II. 1907 urodziło się dzieci żywo 61, nieżywo 5; zmarło osób 57 (w tem obcych 25), z tych z gruźlicy 15 (8), zapalenia płuc 9 (3), błonicy 1 (1), płonicy 1 (1), krztuśca 1, duru brzusznego — (—), śmiercią gwałtowną — (—).

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Wskutek zaproszenia, wysłanego przez komitet Zjazdu na ręce prof. Hlavy w Pradze, wznowiono tamże czeski komitet dla spraw Zjazdu lwowskiego, przygotowywanego na rok 1904; z dawnych członków należą do komitetu: profesorowie Hlava, Maixner, Chodounsky, Rubeška, Kabrhel, Frankenberger, Kimla, Syllaba, Heveroch, docenci Pelnař, Jedlička, fizyk dr Záhoř, Riegel, Panyrek. Donosząc o tem, wyraża »Čas. lek. česk.« (Nr. 7) nadzieję, że udział Czechów w Zjeździe wypadnie poważnie liczbą i doborem uczestników.

Prace organizacyjne sekcyi lekarskich przedstawiają się następująco:

XIV. Sekcya chirurgiczna jako zjazd chirurgów polskich. Gospodarz: Radca Dworu prof. dr Ludwik Rydygier (Mickiewicza 8). Sekretarz: Doc. dr M. W. Herman (Łyczakowska 5).

A. Posiedzenie wspólne z sekcyą medycyny wewnętrznej: »Leczenie kamicy nerkowej«. Ref. kol. Dunin i Krajewski (Warszawa).

B. Posiedzenie wspólne z sekcyą med. wewn. i ginekologiczno-położn.: »O leczeniu zapalenia otrzewnej«. Ref. Prym. Bogdanik (Kraków).

Nadto czyni gospodarz sekcyi starania, aby do ogólnej dyskusyi w sekcyi przygotować referat: »O znieczuleniu lędźwiowem«.

Wykłady zgłoszono dotychczas następujące: 1. Dr B. Motz (Paryż): O raku nerek. 2. Tenże: O raku pęcherza. 3. Tenże: O raku gruczołu krokowego. 4. Dr J. Bogdanik (Kraków): Wyniki leczenia przekrwieniem biernem Biera. 5. Prof. dr G. Ziembicki (Lwów): Wykład z dziedziny chirurgii dróg moczowych. 6. Tenże: O szwie tętnic. 7. Dr A. Wolf (Lwów): O uwięźnięciu jelit we wrodzonych otworach krezki. 8. Dr Z Leńko (Lwów): Doświadczenia z zakresu cysto- i ureteroskopii. 9. Dr S. Ruff (Lwów): O wynikach ostatecznych po doszczętnych operacyach przepuklin pachwinowych u żołnierzy. 11. R. dw. prof. L. Rydygier (Lwów): O ostatecznych wynikach po częściowem wycięciu gruczołu krokowego własnym sposobem w przeroście tegoż gruczołu. 12. Tenże: O postępowaniu wobec zastarzałych zwichnięć dużych stawów kończyn. 13. Tenże: O opatrywaniu ran w klinice chirurgicznej lwowskiej. 14. Doc. dr M. W. Herman (Lwów): O zagadkowem krwawieniu ze sutków. 15. Tenże: Spostrzeżenia nad praktyczną wartością chromocystoskopii. 16. Tenże: Z kazuistyki nowotworów nerek i pęcherza moczowego. 17. Tenże: Jeszcze słów kilka o następstwach po przecięciu nerki. 18. Dr A. Rydygier (Lwów): Niektóre uwagi o postępowaniu wobec nowotworów odbytnicy. 19. Tenże: Wpływ rentgenoterapii na twardziel nosa i krtani. Tenże: O nowotworach na kończynach. 21. Tenże: Urethrotomia externa — urethrotomia interna. 22. Dr M. Jedlička (Lwów): O rektoromanoskopii z okazaniem przyrządów. 23. Tenże: O przeszczepianiu mięśni sposobem Rydygiera. 24. Tenże: Przypadek mnogich ciał obcych w żołądku i jelitach (z demonstracyą) 25. Tenże: Uwagi krytyczne nad niektórymi sposobami leczenia wypadania prostnicy. 26. Tenże: Okazanie urządzenia rentgenoskopijnego w klinice chirurgicznej lwowskiej i demonstracya niektórych rentgenogramów. 27. Dr T. Buraczyński (Lwów): O chirurgicznem leczeniu choroby Glénarda. 28. Tenże: O przypadkach wewnętrznej niedrożności jelit i kiszek, leczonych w klinice chirurgicznej lwowskiej. 29. Tenże: O wyborze cięcia do apendektomii. 30. Tenże: Wnioski o leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego, wysnute na podstawie przypadków, leczonych w klinice chirurgicznej lwowskiej. 31. Tenże: O gruźlicy tętnicy. 32. Dr J. Selzer (Lwów): O zapaleniu płuc wikłającem przebieg pooperacyjny. 33. Tenże: O wynikach ostatecznych po operacyach obwodowych w przypadkach nerwobolów n. trójdzielnego. 34. Tenże: O gruczolakach zołzowych. Wskazania do operacyi — wyniki po operacyi. 35. Dr M. Mars (Lwów): O raku języka. 36. Tenże: O wynikach po operacyi Talmy w marskości wątroby. 37. Dr T. Ostrowski (Lwów): Lymphangiomata. 38. Tenże: O guzach sutków. 39. Tenże: Caries sicca. 40. Dr J. Stroka (Lwów): Kilka rzadkich guzów jelit i kiszek. 41. Tenże: Uwagi nad leczeniem żylaka powrózka nasiennego.

XV. Sekcya oto-ryno-laryngologiczna. Gospodarz dr Lesław Gluziński (Wałowa 14). Zastępca gospodarza: dr Teofil Stachiewicz (Sobieskiego 4). Sekretarz: dr Orest Litwinowicz (Akademicka 5).

Tematy oficyalne: 1. »Powikłania ze strony uszów w chorobach zakaźnych«. 2. »O rozpoznawaniu i leczeniu chorób zatok nosowych«. W sprawie wyznaczenia referatów dla powyższych tematów zwróciła się S. XV. do kolegów warszawskich i poznańskich. Ewentualnie obejmie referat ad 1. dr Stanisław Zabłocki (Lwów), ad 2. dr Orest Litwinowicz (Lwów).

XVIII. Sekcya okulistyczna. Gospodarz: prof. dr Emanuel Machek (Akademicka 11). Sekretarz: doc. dr Adam Bednarski (Akademicka 5).

Temat oficyalny: »Sprawa ubezpieczenia od wypadków, dotyczących uszkodzenia narządu wzrokowego ze szczególniejszem uwzględnieniem ustawy austryackiej«.

XIX. Sekcya ginekologiczno-położnicza. Gospodarz: prof. dr Antoni Mars (Kościuszki 14). Sekretarz: dr Kazimierz Bocheński (Klinika położnicza).

Tematy oficyalne: 1. »O postępowaniu leczniczem przy miednicach ścieśnionych«. 2. »O postępowaniu leczniczem w przypadkach spraw zapalnych przymacicznych, okołomacicznych i przydatków macicy«.

XX. Sekcya medycyny publicznej. (Higiena, policya lekarska, badanie środków spożywczych). Gospodarze: R. Dw. dr Józef Merunowicz (Namiestnictwo — Biuro sanit.), prof. dr Paweł Kučera (Łyczakowska 133). Sekretarz: dr Napoleon Gąsiorowski (Namiestnictwo — Biuro sanit.).

(Tematy oficyalne ob. »Przegląd lek.« Nr 6, str. 74, szp. 2).

XXVI. Sekcya wychowania fizycznego. Gospodarz: dr Eugeniusz Piasecki (Trzeciego Maja 2). Sekretarz: dr Karol Hornung (29. Listopada 16).

I. Posiedzenie wspólne z sekcyą higieniczną: Referaty: 1. Stan obecny higieny szkolnej w Polsce. (Trzej sprawozdawcy, po jednym z każdej dzielnicy). 2. Nauka jedno- i dwurazowa. Ref. prof. Błażek (Stryj). 3. Przerwy szkolne i ich znaczenie zdrowotne. 4. Szkoła wobec kwestyi płciowej. Ref. doc. dr Witwicki (Lwów).

II. Posiedzenie osobne (w razie większego napływu materyału dwa posiedzenia). A. Referaty: 5. Postępy na polu wychowania fizycznego w Polsce od ostatniego Zjazdu (1900 r.). (Sprawozdawcy jak pod 1., ref. dla Galicyi: dr Eugeniusz Piasecki, Lwów). 6. Praca ręczna jako czynnik wychowania fizycznego: *a)* Pogląd ogólny. Ref. prof. dr H. Jordan (Kraków), *b)* Systemy slöjdu. Ref. dr Kozłowski (Warszawa), *c)* Praca w polu młodzieży szkolnej. Ref. prof. Błażek (Stryj). B. Odczyty zgłoszone: dr Winogradzki (Sambor): Statystyka wychowania fizycznego w szkołach średnich w Galicyi.

W sekcyi społeczno-zawodowej postanowiło grono organizacyjne warszawskie zająć się wyłącznie sprawami zawodowemi, pozostawiając sprawy społeczno-lekarskie sekcyi higienicznej. Sprawozdawcą tematu »Położenie materyalne i stanowisko społeczne lekarzy oraz projekty reform« z Królestwa wybrano dra Szumlańskiego (sprawozdawcą z Galicyi będzie r. dw. prof. Jordan). Przedstawicielem sekcyi zawodowej jest w Warszawie dr Bronowski, który przyjmuje tam zgłoszenia udziału w sekcyi.

III. Sekcya chemiczna i farmaceutyczna ukonstytuowała się, jak następuje: Gospodarze: prof. dr Bronisław Radziszewski (Długosza 6), prof. dr Stanisław Tołłoczko (Długosza 6), mag. farm. Karol Sklepiński (Grodzickich 2). Sekretarze: Kazimierz Kling, asystent kat. chemii, Stefan Stenzel, mag. farm. stypend. kat. chemii.

VIII. Sekcya filozoficzna. Gospodarz: prof. dr Kazimierz Twardowski (Gołębia 10). Sekretarz: doc. dr Jan Łukasiewicz (Łyczakowska 19 A). Sekretarka: Jadwiga Kubalówna (Pełczyńska 1).

W S. VIII. nie będzie wcale oficyalnych tematów. W zaproszeniu, wysłanem do pracowników na polu filozofii, zaznaczono, że przedewszystkiem pożądane są tematy z pogranicza nauk filozoficznych i przyrodniczych, oraz z filozofii nauk przyrodniczych, że jednak można zgłaszać także wszelkie inne tematy z zakresu nauk filozoficznych.

Komitet wystawy przyrodniczo-lekarskiej i higienicznej X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907 przypomina, że termin do wnoszenia zgłoszeń przedmiotów, na wystawę przeznaczonych, upływa z końcem miesiąca lutego b. r. Po upływie tego terminu zgłoszone przedmioty będą mogły być tylko w takim razie na wystawę przyjęte, jeśli komitet rozporządzać będzie jeszcze stosownem miejscem na ich pomieszczenie. Ze względu zaś, że napływ zgłoszeń jest bardzo wielki, a wystawa zapowiada się niezwykle dobrze, leży w interesie samych wystawców, by z wnoszeniem swych zgłoszeń się pospieszyli, a to tem bardziej, że przedmiotów później zgłoszonych nie będzie można uwidocznić w katalogu wystawowym.

Magistrat krakowski postanowił wziąść udział w Wystawie przyrodniczo-lekarskiej we Lwowie.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 20. b. m. posiedzenie, na którem dr M. Kozłowski wykładał: »O leczeniu i uleczalności wiewióra u mężczyzn«; potem odbyła się dyskusya nad tym wykładem i dawniejszym wykładem dra Borzęckiego, w której przemawiali: prof. Ciechanowski, Krzyształowicz, Rosner, Wachholz, dr Boczar, Mayzel i obaj prelegenci. Przed przystąpieniem do porządku dziennego przedstawił doc. Latkowski chorych z kliniki lekarskiej: *a)* z nowotworem płuca lewego, wychodzącym z opłucnej, *b)* olbrzymim zimniczym obrzękiem śledziony, *c)* kilakiem na podstawie mózgu, *d)* atypową chorobą Basedowa połączoną z obrzękiem śluzowatym. W dyskusyi przemawiali: prym. Borzęcki i prof. Ciechanowski.

— Szpital izraelicki dla dzieci powstanie z fundacyi zmarłego świeżo posła Arnolda Porada Rapoporta.

— Otrzymaliśmy »Sprawozdanie sanitarne zakładu zdrojowo-kąpielowego w Truskawcu za r. 1906« opracowane przez r. ces. dra Edwarda Krzyżanowskiego, I. lekarza zakładowego. Sprawozdanie to składa się z bardzo szczegółowych wskazówek, co należy wykonać dla uporządkowania stosunków i rozwoju zakładu, dając tem samem obraz istniejących obecnie braków. Byłoby bardzo pożądane, aby i inne nasze zdrojowiska poszły za wzorem Truskawca i ogłosiły podobne sprawozdania; uzyskany na ich podstawie dokładny pogląd na stan naszych zdrojowisk posłużyłby do tem skuteczniejszego działania powołanych czynników w kierunku doskonalenia się zakładów galicyjskich.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej odbył w dniu 16. b. m. posiedzenie celem omówienia spraw, które z okazyi sesyi sejmowej należałoby za pośrednictwem posłów lekarzy poruszyć w Sejmie. Za odpowiednie sprawy tego rodzaju uznano: 1) Sprawę ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych, która, jak wiadomo, nie przyjdzie jeszcze w tej sesyi na porządek dzienny. 2) Organizacyę okręgów sanitarnych w szybszem tempie. 3) Organizacyę pomocy lekarskiej nad ubogimi, jednakże bez uszczerbku dla interesów stanu lekarskiego. 4) Uchwalenie pewnej sumy na stypendya dla lekarzy pozostających w służbie krajowej celem umożliwienia im brania udziału w lekarskich kursach uzupełniających. 5) Poparcie podania lekarzy pomocniczych szpitala we Lwowie i w Krakowie o poprawę bytu. 5) Zasadę odnoszenia się przez Wydział krajowy do Izb lekarskich we wszystkich sprawach, obchodzących stan lekarski. — Powyższe życzenia Izby ma Prezydyum podać do wiadomości lekarzy posłów sejmowych. Na tem samem posiedzeniu uchwalono nadto zwrócić się do Wydziału wykonawczego Izb, aby tenże dla poparcia memoryału lekarzy kolejowych w sprawie poprawy bytu wysłał deputacyę do odpowiednich władz centralnych.

— Koła lekarskie lwowskie energicznie zabierają się do zgromadzenia funduszów na zwalczanie gruźlicy. Dnia 2. lutego b. r. odbył się we Lwowie na ten cel bal, który powiódł się znakomicie, czysty dochód bowiem wynosi około 4,000 koron. Suma ta będzie obrócona częściowo na budowę sanatoryum dla ubogich piersiowo chorych, częściowo na akademicki dom zdrowia w Zakopanem. Na czele komitetu ogólnego stali profesorowie: dr Antoni Gluziński i dr Grzegorz Ziembicki, na czele komitetu wykonawczego, w którym wzięli też udział słuchacze wydziału lekarskiego, dr Witold Ziembicki.

Warszawa. Wśród kandydatów na posłów do Dumy z Królestwa Polskiego, postawionych przez centralny komitet wyborczy, był i został wybrany posłem tylko jeden lekarz, dr Jan Harusewicz.

— Tymczasowe przepisy o organizacyi pomocy lekarskiej w gub. płockiej przedłużył rząd do 14. stycznia 1898.

Z różnych stron. Dr Zdzisław Sowiński, współpracownik naszego pisma, uzyskał d. 30. I. (12. II.) stopień docenta chorób skórnych i wenerycznych w Akademii petersburskiej.

— Międzynarodowa konferencya przeciwgruźlicza odbędzie się w tym roku w Wiedniu w miesiącu wrześniu.

— I Zjazd niemieckiego Towarzystwa urologicznego odbędzie się 2—5. października b. r. w Wiedniu. Główne temata obrad: 1) Rozpoznawanie i leczenie nowotworów nerek (spraw. Küster i Eiselsberg). 2) Rozpoznawanie i leczenie kamicy nerkowej (Kümmel, Kienböck, Holzknecht). 3) Białkomocz (Noorden, Posner). Zgłoszenia do dra Kapsammera, IX. Maria-Theresienstrasse 3.

— Ze statystyki austryackich zakładów naukowych za r. 1904/5 wynika, że z 1,727 uniwersyteckich sił nauczycielskich przypada 753 = 43·6% na wydziały lekarskie, natomiast z 22,374 słuchaczy przypada na te wydziały tylko 14·6%; wśród ogółu słuchaczy stanowią Niemcy 43·9%, Czesi i Polacy po 20·3%, Rusini tylko 4·6%, Słowianie południowi 5·3% (Słowianie razem 50·5%, a jednak mają tylko 3 wszechnice, gdy Niemcy mają ich 5!).

— Do parlamentu niemieckiego weszło przy ostatnich wyborach 6 lekarzy.

— Słuchaczek medycyny jest obecnie w Niemczech około 300; w Prusach, Hesyi i Alzacyi mają jedynie prawa hospitantek, w Bawaryi, Saksonii, Wirtembergii, Badenie prawo immatrykulacyi, w Jenie wcale nie są przyjmowane.

Mianowani. Prof. Dietrirh Gerhardt z Jeny dyrektorem kliniki pedyatrycznej w Erlangen; prof. Moritz z Giessen dyrektorem kliniki lekarskiej w Strassburgu; prof. H. Chiari z Pragi profesorem anatomii patol. w Strassburgu; prof. Kallius z Getyngi dyrektorem zakładu anatomicznego w Gryfii; doc. Rütimeyer prof. nadzw. medycyny wewn. w Bazylei; dr Lande profesorem medycyny sądowej w Bordeaux.

Zmarli: W Krakowie emer. lekarz miejski dr Ferdynand Tuszyński w 77 r. ż.; dzisiejszemu pokoleniu młodszych kolegów mało już znany, należał ś. p. Tuszyński do tych, którzy walczyli w r. 1863, a potem oddawali się z nieznanym może już dziś zapałem służbie dla społeczeństwa. Ukończywszy wydział filozoficzny w Wiedniu, był ś. p. Tuszyński profesorem gimnazyum w Tarnowie i Rzeszowie i potem dopiero, poświęciwszy się krzewieniu gimnastyki, doszedł do wniosku, że bez oparcia o medycynę niema ona wartości; w czterdziestym roku życia zaczyna przeto studya lekarskie; zająwszy potem stanowisko lekarza miejskiego w Krakowie, pozostał wiernym swej idei odrodzenia narodu przez odrodzenie fizyczne.

Ginekolog doc. Sticher we Wrocławiu (wskutek upadku przy sporcie saneczkowym).

Redakcya otrzymała: Kucharzewski: Pięć przypadków pęknięcia naczyń wewnątrzczaszkowych pochodzenia urazowego bez uszkodzenia kości czaszki. Odb. »Kron. lek.« 1906.— R. c. dr E. Krzyżanowski: Sprawozdanie sanitarne zakładu zdrojowo-kąpielowego w Truskawcu za rok 1907. — Pappée: Choroby weneryczne, ich rozszerzenie i zapobieganie. Odb. »Przegl. hig.« 1906. — Karwacki: O florze spraw płciowych. Odb. »Przegl. chorób sk. i wen.« 1906, str. 170. — Janowski: Zaburzenia żołądkowe i kiszkowe w najpierwszych okresach gruźlicy płuc. Warszawa 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 27. lutego o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Sprawy administracyjne; 2) kol. Ciechanowski: W sprawie braków i potrzeb szpitalnictwa galicyjskiego; 3) kol. Bier: Zafałszowania herbaty i kawy, napotykane w Galicyi.

Posiedzenie sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lekarzy gal. odbędzie się w **Jarosławiu w szpitalu powszechnym we wtorek dnia 26. lutego 1907 o godz. 6 wieczór** z następującym porządkiem dziennym: 1) Najnowsze środki znieczulające używane w chirurgii, kol. dr Müller. 2) Demonstracya chorych. 3) Sprawozdanie co do wprowadzenia w życie taryfy za czynności lekarskie. 4) Wybory członków biura sekcyi i delegatów na Walne zgromadzenie. 5) Taryfa lekarska za czynności w zakresie dentystyki. 6) Wnioski członków w sprawach zawodowych.

Z biura sekcyi:
Dr Puzon, sekretarz. *Dr Czyżewicz*, przewodniczący.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Fibrolizynę, wyrób Mercka, polecany wogóle w celu rozmiękczenia blizn, uważa dr B. Domenico (*Rivista Intern. di Clinica e Terapia* 1906, Nr 2) za cenny środek w leczeniu cierpień spojówek, gdyż doświadczenie wykazuje, że po stosowaniu przygotowawczem fibrolizyny działają energiczniej środki zwężające i rozszerzające źrenicę; nadto zauważono wyjaśnienie nawet starszych zaćmień rogówki i szybkie wessanie się wysięków, z równoczesnem wzmożeniem ilości dobowej moczu i z poprawą stanu ogólnego. Na dowód przytacza autor 7 przypadków, leczonych fibrolizyną. *L.*

Weronal (wyrób fabryki Bayera et Co., Elberfeld) stosował dr F. M. Rowland-Lichfield (*British medical Journal* Nr 2395, 1906, pg. 1400) w rozpaczliwych przypadkach uporczywych wymiotów u ciężarnych z jak najlepszym skutkiem; szczególnie uderzyło go dobre działanie weronalu u pewnej pierwiastki, u której wszelkie inne środki pozostawały bez skutku. Wymioty ustąpiły po zast sowaniu wlewań z 32 granów (= 2·07 g.) weronalu. *L.*

Mieszaninę 7 przedziałek rozczynu **hydrarg. oxycyanatum** 1: 3000—1: 4000 z 3 przedziałkami 1 prc. **akoiny** (wyrób fabryki v. Heyden, Radebeul p. Dreznem) poleca dr G. Hirsch (*Samml. zwangl. Abh. auf dem Gebiete der Augenheilk.* Bd. 6, H. 5.) do wstrzykiwań spojówkowych we fałd górny i dolny, celem leczenia jaglicy. Zabieg powtarza się co 2—6 dni.

Dr Schiele stosował sposób Hirscha (*D. Heilk.* 1906, Nr 10) z dobrym skutkiem; podnosi bezbolesność wstrzykiwań, brak działania trującego i brak uszkodzeń spojówki. *L.*

Arhovina jest przedmiotem pracy dra Arthura Coblenzera (*Monatschr. f. Harnkrankh. und sex. Hyg.* 1906, Nr XI), w której autor przestrzega na wstępie przed przecenianiem czysto miejscowego leczenia wiewióra, a podnosi wartość i konieczność leczenia wewnętrznego, tak usprawiedliwionego badaniami krwi, które każą właściwie uważać wiewióra za chorobę zakaźną. Stanowiska tego bronią Zeissl, Finger, Kopp i i., a dochodzą ostatecznie do wniosku, że leczenia wewnętrznego nie należy nigdy zaniedbywać. Arhovina zajmuje w szeregu środków, wewnętrznie podawanych, bezsprzecznie pierwsze miejsce, gdyż wolna jest od działań ubocznych, właściwych środkom balsamicznym, a dalszą jej zaletę stanowi to, że nie działa trująco, ma dobry smak, nie wywołuje zaburzeń żołądkowych, ani podrażnienia nerek, a przytem działa, jak to Piorkowski wykazał, odkażająco i szczególnie niszcząco na dwoinki. Mocz alkaliczny odzyskuje po zażywaniu arhoviny oddziaływanie kwaśne. Kilka historyi chorób objaśnia te zapatrywania autora. We wszystkich przypadkach ostrego wiewióra udaje się przy stosowaniu 3—6 kapsułek po 0·25 dziennie sprowadzić szybkie ustąpienie bolów, ułatwienie moczenia, zelżenie objawów zapalnych, zmniejszenie wydzieliny, zniknięcie dwoinek w wydzielinie, i to zarówno przy zajęciu cewki przedniej, jak tylnej. Całe leczenie skraca się. Podobny wynik uzyskuje się również w postaci przewlekłej wiewióra. Arhovinę poleca autor także zewnętrznie w przypadkach zapalenia cewki, przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego i w upławach białych z nadżerkami na części pochwowej. *Hr.*

Rok XLVI. Kraków, dnia 2. marca 1907. Nr 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Obustronne, całkowite porażenie nerwu krtaniowego dolnego czyli wstecznego (*paralysis bilateralis nervi recurrentis* [1]).

Napisał

Dr Jan Sędziak (Warszawa).

Obustronne, całkowite porażenie nerwu krtaniowego dolnego, czyli wstecznego (*n. recurrens*) nie należy do zbyt rzadkich spraw chorobowych, wskazując przytem zawsze na obecność poważniejszego cierpienia ustroju i stąd zasługują na szczegółowe opracowanie, tem więcej, że w dostępnem mi piśmiennictwie znajduję zaledwie 2 w tym kierunku prace, mianowicie: Holger Myginda z Kopenhagi (»Die doppelseitige totale Recurrensparalyse«. Arch. f. Laryng. 1902. B. XII. str. 3), w której autor zebrał z piśmiennictwa 16 tego rodzaju przypadków, oraz Henry Deygasa z Lugdunu (»Les paralysies bilaterales complétes du nerf recurrent laryngé d'origine periphérique«. Thése de Lyon. 1902), w której autor zebrał już dość pokaźną liczbę przypadków obustronnego zupełnego porażenia nerwu wstecznego, mianowicie 30 przypadków, w tem 6 własnych. W niniejszej pracy udało mi się zebrać z dostępnego mi piśmiennictwa 94 tego rodzaju przypadków, w tem własnych 5.

Stanowi więc to na ogólną liczbę 998 przypadków porażeń nerwu wstecznego, zebranych w mojej statystyce, przeszło 9,4%. Przypadki te zestawiam w następującej tablicy (patrz str. 108):

Rozpatrzmy krytycznie dane dotyczące wyżej wyszczególnionych przypadków.

Przedewszystkiem, co się tyczy wieku, oraz płci chorych, dotkniętych porażeniem obustronnem całkowitem nerwu wstecznego, to niestety dane te są bardzo niezupełne, w przeważnej bowiem liczbie przypadków nie były podane.

Co do wieku chorych, otrzymujemy dane następujące:

między	0— 5	r. ż.	było	przypadków		2
»	5—10	»	»	»	»	2
»	10—20	»	»	»	»	4
»	20—30	»	»	»	»	6
»	30—40	»	»	»	»	5
»	40—50	»	»	»	»	8
»	50—60	»	»	»	»	5
»	60—70	»	»	»	»	4

Porażenia te zatem najczęściej występują w wieku późniejszym, zwłaszcza między 20 a 50 rokiem życia, jakkolwiek i wiek młodociany nie jest od nich wolny (poniżej 5 roku życia 2 przyp.). Najmłodszych chorych spostrzegał Loeri z Pesztu (*pachymeningitis spinalis ext.* u dziecka 4-letniego i *pneumonia catarrhalis resp. hypertrophia glandularum* u dziecka (bez ściślejszego oznaczenia wieku). Jeszcze częściej stosunkowo spotyka się to cierpienie w wieku podeszłym (między 60 a 70 rokiem życia, 4 przyp.). Najstarszą (69 lat) kobietę, dotkniętą rakiem żołądka z następczem obustronnem zupełnem porażeniem nerwów wstecznych, spostrzegał Wylie, następnie zaś Pel (67-letni mężczyzna, dotknięty wiądem rdzenia). Fakt ten znajduje swoje wytłómaczenie w tem, że w wieku późniejszym przedewszystkiem występują te zmiany chorobowe, które, jak to wkrótce zobaczymy, bywają najczęstszą przyczyną całkowitych obustronnych porażeń nerwu wstecznego (rak przełyku, wiąd rdzenia, tętniak tętnicy głównej i t. d.). Sądzę jednakże, że i u dzieci, stosunkowo często, wogóle zaś o wiele częściej, aniżeli się to przypuszcza, zdarzają się tego rodzaju porażenia krtani w następstwie ucisku ze strony powiększonych gruczołów chłonnych, oraz grasicy na nerwy wsteczne, nie zawsze jednakże udaje się wykonać badanie krtani u dzieci.

W ogóle mężczyźni o wiele częściej podlegają całkowitym porażeniom obustronnym nerwu wstecznego, aniżeli kobiety — mianowicie w stosunku 27 na 12, t. j. przeszło 2 razy częściej, co zresztą zupełnie łatwo zrozumieć wobec różnorodnych nadużyć i wpływów szkodliwych, na jakie przedewszystkiem są narażeni mężczyzni, a które wywołują sprawy chorobowe, będące przyczyną tych porażeń.

Przechodzę obecnie do najważniejszej sprawy t. j. do rozpatrzenia przyczyn obustronnego całkowitego porażenia nerwów wstecznych.

Przyczyny te przedewszystkiem dadzą się podzielić na 2 główne grupy: ośrodkowe i obwodowe; przyczyny obwodowe o wiele są częstsze (Deygas, Cartaz), mianowicie w mojej statystyce stwierdzono je 53 razy na 94 przypadków. Cartaz na podstawie badań w szpitalu Salpêtrière w Paryżu utrzymuje, że obustronne porażenie nerwu krtaniowego dolnego pochodzenia ośrodkowego należy do wielkich rzadkości, z czem jednakże nie zgadzają się moje dane (na 53 przypadków takich porażeń pochodzenia obwodowego naliczyłem 41 takich, w których przyczyna była ośrodkowa; również na 5 przypadków obustronnych całkowitych porażeń nerwu wstecznego na ogólną cyfrę 191, jakie spostrzegałem w mojej szpitalnej, jakoteż leczniczej i prywatnej praktyce w 2 przyczyna była ośrodkowa, zaś w 3 obwodowa).

A) Porażenie obustronne całkowite nerwu wstecznego pochodzenia ośrodkowego. Przypadków tego rodzaju znajduje się w mojej statystyce 41, w tem własnych 2.

Przypadki te podług wywołujących je przyczyn przedstawiają się w sposób następujący:

Tabes dorsalis	13
Paralysis bulbaris progressiva	9
Syringomyelia	5
Sclerosis disseminata	4
Atrophia musculorum progressiva	2
Poliomyelitis bulbi (?)	1
Pachymeningitis syphilitica	1
Hemiplegia alternans (lues)	1

[1]) Jest to część większej pracy p. t. »Etyologia porażeń nerwu krtaniowego dolnego, czyli wstecznego«, przeznaczonej na X zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. b. (1907).

Przypadki obustronnych porażeń nerwu wstecznego*).

Nr	Wiek	Płeć	Autor	Rodzaj porażenia	Przyczyna	Uwagi
1	20	Panna	Dundas Grant	Paralysis n. recurr. bilater (?)	Poliomyelitis bulbi (?)	—
2	—	Mężczyzna	Remak	„	Pachymeningitis syphililitica	Początkowo lewostronne
3	60	„	Lannois	Paralysis recurr. dex. paresis sin.	Hemiplegia alternans (lues)	—
4	30	Kobieta	Pel	„	Paralysis bulbaris progressiva	—
5	23	„	Wingrave	Paresis n. recurr. bilater.	„ (?)	—
6	—	—	St. Clair Thomson	Par. recurr. sin. postici dex.	„	Porażenie języka i warg
7	—	Mężczyzna	Riegel	Par. recurr. dex. postici sin	Sclerosis disseminata	—
8	4	—	Loeri	Par. recurr. bilater.	Pachymeningitis spinalis ext.	—
9	—	—	„	„	Leptomeningitis spinalis acuta	—
10	—	—	Dundas Grant	„	Lues medullae spinalis	—
11	67	Mężczyzna	Pel	Par. recurr. sin. postici dex.	Tabes dorsalis	—
12	—	„	Gerhardt	Paral. recurr. bilater.	„	—
13	—	—	„	Par. recurr. dex. (?) postici sin.	„	—
14	—	—	Schulz	Paral. recurr. bilater.	„	Z początku paral. postici dex Po kuracyi syfilit. par. post. bilat.
15	—	—	Dorendorf (Gerhardt)	Par. recurr. dex. (?) postici sin.	„	—
16	40	Mężczyzna	Semon	Par. recurr. bilat.	„	—
17	35	„	Schüller	„	„	—
18	—	—	Dawidsohn i Wertheimer	Paral. recurr sin. (pares. dex.)	„	—
19	—	—	Mendel	Par. recurr. bilat.	„	—
20	—	—	Seiffer	„	„	—
21	—	—	„	„	„	—
22	—	—	„	„	„	—
23	—	—	Müntzer	„	Paralysis pseudobulbaris	—
24	—	—	Loeri	„	Paralysis bulbaris progressiva	—
25	—	—	„	„	„	—
26	—	—	„	Paral. recurr. sin. postici dex.	„	—
27	—	—	„	„	„	—
28	28	Mężczyzna	„	Par. recurr. bilat.	Sclerosis disseminata	—
29	34	„	„	„	„	—
30	46	„	„	„	„	—
31	—	—	„	„	Sclerosis lateralis amyotrophica	—
32	—	—	Finny	„	Atrophia muscul. progressiva	—
33	—	—	Lewry	„	„	—
34	—	—	Hoffmann	„	Syringomyelia	—
35	31	Kobieta	Gavello	Par. recurr. dex. postici sin.	„	—
36	—	—	Schmidt	Par. recurr. bilat.	„	—
37	—	—	Lack	„	„	—
38	19	Kobieta	Schilpervart	Par. recurr. sin. postici dex.	„	—
39	45	„	Sędziak	Par. recurr. dex. postici sin.	Paralysis bulbaris	—
40	30	Lekarz	„	Par. recurr. bilat.	Tabes dorsalis	Przedtem paral. postici bilat. crises laryngèes et gastriques
41	64	Mężczyzna	Cisler	Par. recurr. sin. postici dex.	Paralysis agitans	—
42	—	—	Saundby	Par. recurr. bilat.	Carcinoma oesophagi	Sekcyjny
43	—	—	Bernheim i Simon	„	Glandulae tuberculosae (aneurysma) (?)	—
44	—	—	Navratil	„	Carcinoma oesophagi	Sekcyjny
45	—	—	Neumann	„	Carcinoma pharyngis	—
46	—	—	Aronsohn	Paral. recurr. sin. postici dex.	Carcinoma oesophagi (?)	—
47	—	Mężczyzna	Neumann	Paral. recurr. bilat.	Glandulae tuberculosae (?)	—
48	—	—	Raugé	„	Carcinoma oesophagi	—
49	54	Mężczyzna	Savary i Simon	„	„	—
50	46	Kobieta	Chiari	„	Carcinoma laryngis (Sinus pyriformis)	—
51	—	—	Loeri	„	Carcinoma pleurae	—
52	dziecko	—	„	„	Pneumonia catarrhalis (Glandulae hyper.)	—
53	—	—	Riegel	„ (?)	Pericarditis	—
54	5	Chłopiec	Loeri	„	„	—
55	52	Mężczyzna	Alexander	„	Carcinoma oesophagi et glandularum	—
56	—	—	Beale	„	Carcinoma oesophagi et tracheae	—
57	—	—	„	„	Carcinoma oesophagi	—
58	65	Mężczyzna	Herfeld	„	„	—
59	—	—	Nihill	„	„	—
60	—	Mężczyzna	Spencer	„	„	—
61	40	„	Mygind	„	„	Carcinoma glandularum
62	—	—	Lubliner	„	„	—
63	—	—	Garel	„	„	—
64	50	Mężczyzna	Saundby	„	„	Najpierw paral. adductorum, potem postici bilat.
65—6	—	—	Loeri	„	„	—
67	56	Mężczyzna	Navratil	„	Tumor mediastini	—
68	69	Kobieta	Wyhie	„	Carcinoma oesophagi (?)	—

*) Nie przytaczam tu umyślnie piśmiennictwa, gdyż podam je w całości w monografii, mającej za przedmiot etyologię wogóle porażeń tego nerwu.

Nr	Wiek	Płeć	Autor	Rodzaj porażenia	Przyczyna	Uwagi
69	15	Dziewczyna	Goris	—	Strumectomia	Prawy recurrens przecięty, lewy obrażony przy podwiąz. art. sin.
70	6	Chłopiec	Kamp	—	Trauma (Corpus alienum)	Tracheotomia
71	50	Mężczyzna	Dehio	Paral. recurr. sin. postici dex.	Synechiae pleurae	—
72	—	—	Remak	Paral. recurr. bilater.	Lues	
73	—	Mężczyzna	Lublińsky	"	Typhus abdominalis	—
74	—	—	Margarie	Par. recurr. sin. postici dex.	Rheumatismus	—
75	—	—	Dege	Par. recurr. bilater. (?)	Pneumonia fibrinosa	—
76	19	Dziewczyna	Chodźko	Paral. recurr. sin. (paresis dex.)	Polyneuritis saturnina	—
77—8	—	—	Loeri	Paral. recurr. bilat.	Aneurysma aortae	
79	45	Mężczyzna	Newmann	"	"	—
80	—	—	Bernheim i Simon	"	"	—
81	—	—	Felici	Par. recurr. sin. et postici dex.	"	Sekcyjny
82	60	Mężczyzna	Bowlby	"	"	—
83	44	"	Hanisset	Par. recurr. bilater.	"	—
84	—	—	Perry i Newmann	Paral. recurr. sin. et postici dex.	"	—
85	—	—	Pleskoff	Paral. recurr. bilater.	Strumectomia	—
86—91	—	—	Deygas (Garel)	"	Causa peripherica	—
92	23	Lokaj	Sędziak	"	Causa ignota	—
93	28	Kobieta	"	Paresis recurr. bilater. (intermittens)	Graviditas (?)	6-ty miesiąc.
94	48	"	"	Par. recurr. bilat.	Glandulae (tuberculosae)	—

Pachymeningitis spinalis ext.	1
Leptomeningitis spinalis acuta	1
Lues medullae spinalis	1
Sclerosis lateralis amyotrophica	1
Paralysis agitans	1
Razem	41

Widzimy z tego zestawienia, że najczęstszem cierpieniem ośrodkowego układu nerwowego, przy którem występują całkowite obustronne porażenia nerwu wstecznego, jest wiąd rdzenia (przyp. 13, w tem 1 z mojej praktyki, w którym początkowe porażenie obustronne rozwieraczy głośni przeszło w następstwie w całkowite porażenie nerwów wstecznych, stwierdzając w ten sposób słuszność poglądu Semona i Burgera co do większego usposobienia do obrażeń *(vulnerabilitas)* włókien nerwowych, idących do mięśni rozszerzaczy głośni t. j. obrączkowo-nalewkowych tylnych [2]), z czem się zresztą w ostatnich czasach nie zgadza Broeckaert [3]). W każdym razie, jak to w mojej pracy o zaburzeniach krtaniowych w wiądzie rdzenia [4]) zaznaczyłem, najbardziej znamiennym objawem tego cierpienia jest obustronne porażenie mięśni rozwieraczy głośni, t. j. niezupełne porażenie nerwów wstecznych, o wiele zaś mniej — całkowite. (Dok. nast.)

O wahaniach chorobliwości miesięcznej w europejskich epidemiach zimniczych.

Napisał

Dr Zenon Grossek

lekarz miejski w Kołaczycach.

(Ciąg dalszy.)

Jeszcze bardziej zasługuje na uwagę ta okoliczność, że epidemie typu pierwszego nie pojawiły się dopiero w czasach nowszych, to jest w czasach rozpowszechnienia energicznego leczenia chininą, lecz opisywane były często w czasach dawniejszych, przed wynalezieniem chininy, ba nawet jeszcze z początkiem XVIII. wieku, gdy używanie kory chinowej wcale jeszcze nie było powszechnem, w Halli w r. 1701, w Kopenhadze 1724, i dalej poprzez wiek XVIII. i XIX. w Dalekarlii w r. 1772, w Lüneburgu 1797, w Rydze 1799, w Beireuth 1812; wreszcie wkrótce po wynalezieniu chininy: w Würzburgu 1824 i w różnych okolicach Niemiec w latach 1827 i 1847 [8]), to jest w czasach, gdy 1 kg. chininy kosztował 1,656 koron (1822) i o powszechnem leczeniu chininą nie było mowy, owszem prof. Dietl (w r. 1852) [9]) w imię uczuć ludzkości zalecał stosowanie drogiego leku przynajmniej w cięższych przypadkach. Także i prof. Hjelt [10]) opisuje w XVIII. i XIX. wieku panujące w Finlandyi epidemie zimnic, które zazwyczaj miewały największe nasilenie w kwietniu i w maju, a ustawały z początkiem czerwca. Jeżeli nadto zważymy, że zimnica szerzy się zwykle pośród ludności biednej i głównie pośród dzieci, a podług H. Neumanna [11]) dzieci wszystkich krajów europejskich stosunkowo rzadko doznają opieki lekarskiej, to zniewoleni jesteśmy przyznać, że wygasanie epidemii zimniczych o krzywych chorobliwości typu pierwszego nie może wcale zależeć nawet w czasach nowszych od wrzekomo powszechnego stosowania chininy.

Przeciw odnoszeniu wiosennych i letnio-jesiennych nasileń epidemii zimniczych do jednego wspólnego czynnika, wywołującego *(an. claviger)* przemawia jeszcze istnienie

[2]) Bliższe szczegóły znajdują się w mojej pracy p. t. »Zaburzenia krtaniowe przy cierpieniach nerwowego układu ośrodkowego«. (Gazeta lekarska 1899).

[3]) »Etude sur le nerf récurrent laryngé; son anatomie et la physiologie normales et pathologiques«. La Presse oto-laryngol. Belge. Nr 11. 1902.

[4]) Kronika lekarska 1899

[8]) A. Hirsch, l. c. Str. 179.

[9]) Wien. med. Wochens. 1852. Str. 785.

[10]) Virchowa Archiv f. pathol. Anatomie 1875. Tom 65. Str. 515.

[11]) Weyla Handb. d. Hyg. Tom VII. Str. 549.

krzywych złożonych, w których znajdują się odrębne wzniesienia obu typów, wiosenne i letnio-jesienne, wyraźnie od siebie oddzielone, a stałość tego objawu przemawia bardzo za tem, że oba te wzniesienia zależą od różnorodnych przyczyn. Przytaczam najpierw te przykłady, w których wysokość obu wzniesień jest niemal równa. Są to mianowicie krzywe następujące:

1) Krzywa załogi Temeszwarskiej (45° 43'), z lat 1873—6, 3,686 przypadków zimn.[12]), fig. 5. Wzniesienie



Fig. 5. — Temeszwar, 45° 43', 1873—6, 3,686 przyp. zimn.

wiosenne trwa od marca do czerwca, wzniesienie drugiego typu od sierpnia do października; oba wzniesienia są rozgraniczone obniżeniem chorobliwości w lipcu do poziomu niemal tak nizkiego, jaki był w styczniu i w lutym.

2) Krzywa załogi Krakowskiej (50° 4') z lat 1873—6, 5,515 przyp. zim.[12]). Tu wklęsłość lipcowa jest płytsza, niemniej przeto odgraniczenie wyraźne.

3) Krzywa z kliniki Krakowskiej prof. Dietla z lat 1851—64, ułożona na podstawie zestawionych przez Fałęckiego[13]) 187 przypadków zimnicy, rozmieszczonych podług daty rozpoczęcia się choroby. Tutaj siodełkowate zagłębienie od czerwca do sierpnia jest nietylko skutkiem znamiennego przebiegu epidemii, ale także wynikiem... znanego »systemu oszczędności«, który zamyka kliniki krakowskie na czas od lipca do października, a przeto chorzy, zaczynający chorować w letnich miesiącach, szukają leczenia gdzieindziej, więc i w owych czasach wyjątkowo tylko, w razie przeciągłego przewlekania się choroby, dostawali się na klinikę jeszcze w późnej jesieni.

Obok tych krzywych złożonych z równowysokiemi wzniesieniami obu typów, znajdujemy też krzywe przejściowe ku krzywym typowym, to jest krzywe mieszane z przewagą jednego typu; a we wszystkich tych krzywych granica pomiędzy znamiennemi wzniesieniami bywa wybitną.

(Dok. nast.)

[12]) Obacz zestawienia liczbowe w dołączonej tablicy, ułożone podług danych urzędowych zawartych w »Militärstatis. Jahrb. f. d. J. 1873—6«.

[13]) Przegl. lek. 1866. Str. 293.

Oceny i sprawozdania.

L. Karwacki. **O florze spraw płciowych.** Warszawa 1906.

»Odkrycie Schaudinna i Hoffmanna posłużyło za punkt wyjścia dla obecnej pracy«, mówi autor we wstępie swej monografii, opartej na badaniach mikrobiologicznych 150 chorych z najróżnorodniejszemi cierpieniami narządów płciowych męzkich (z ambulatoryum dra Malinowskiego). Wszystkie zabiegi pracowniane, przedstawione jasno i przejrzyście, dowodzą, ile żmudnej pracy włożył autor w swe badania. Przytoczone z piśmiennictwa dotąd znane szczegóły, przedmiotowa ich ocena, wreszcie krytyczne porównanie ze znalezionymi przez autora faktami, budzą zaufanie do wyciągniętych przez niego wniosków. Jedne z nich sam autor uważa za pewne, inne podsuwa tylko jako prawdopodobne, zawsze uzbrojony w ścisłą krytykę. Najwięcej miejsca poświęca autor krętkom bladym. Znalezione przez siebie nowe postacie porównywa z dotąd znanemi, stara się uzasadnić swoje zapatrywania co do ich znaczenia, a chociaż możnaby z autorem w niejednym szczególe polemizować, to jednak wszędzie w zapatrywaniach jego znać silne przekonanie i wielkie zamiłowanie przedmiotu. Dalej porusza autor sprawę znajdowania krętków w skrawkach różnych tkanek (szkoda, że podaje tylko obce obrazy), częstość pojawiania się ich w różnych narządach, przeszczepialność na zwierzęta, a wreszcie roztrząsa patogenezę choroby i omawia stosunek krętków do obrazów chorobowych. We wszystkich tych sprawach oryginalne wnioski opierają się na dokładnej znajomości znanych z piśmiennictwa szczegółów i na własnych spostrzeżeniach i badaniach.

Nietylko zatem ci, którzy zajmują się specyalnie badaniem krętków kiłowych, poznać muszą poglądy autora, zawarte w niniejszej pracy, — nietylko mikrobiologowie znajdą wiele nowych szczegółów z zakresu flory narządów płciowych, ale i syfilidologowie z treścią niniejszej rozprawy zapoznać się powinni.

Pracę swą wykonał autor w pracowni bakteryologicznej przy oddziale dra Wł. Krajewskiego, któremu też »w dowód wdzięczności za popieranie naszej młodej bakteryologii« rozprawę tę poświęca. *Prof. Krzyształowicz.*

Doc. dr Droba i doc. dr Lemberger: **Komentarz do VIII. wydania farmakopei austryackiej.** Tom I. Część ogólna. Kraków 1907.

Wydawnictwo użytecznego tego dzieła, z którego poszczególnych zeszytów zdawaliśmy kolejno sprawę, dobiega końca. Zamknięty właśnie tom pierwszy pozwala ocenić w całości, ile i jak sumiennej pracy włożyli w »Komentarz« obaj autorowie. Towarzystwu farmaceutycznemu »Unitas«, które podjęciem tego wydawnictwa zdobyło sobie trwałą zasługę, życzyć należy, aby »Komentarz« rozszedł się wśród lekarzy i aptekarzy jaknajrychlej.

Ż.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Mayer i Sternberg. **Przyczynek do nauki o ostrej białaczce szpikowej.** (*Wiener klinische Wochs.* 1906, Nr 49). W przypadku autorów na 3 dni przed śmiercią nie można było stwierdzić we krwi zmian charakterystycznych, a sekcya stwierdziła białaczkę szpikową. Dotyczy on 34-letniej kobiety, która zachorowała wśród objawów ostrej choroby zakaźnej i w 27-mym dniu choroby umarła. Gorączka o typie gorączki ciągłej wahała się między 39° a 40·2°C., a dopiero pod koniec spadła na 38°C. Od początku był obrzęk śledziony, samoistnie i za dotknięciem bolesnej, obrzęk gruczołów na szyi, pod pachami i w pachwinach. 10 dni przed śmiercią wystąpiły na skórze barku, klatki piersiowej i kończyn górnych drobne wybroczyny. Odczyn dwuazowy dodatni. We krwi na 3 dni przed śmiercią: oligocythemia, oligochromemia, brak bezwzględnej, jakoteż i względnej leukocytozy. Na tej podstawie wyłączano białaczkę i przypuszczano gruźlicę gruczołów chłonnych, przebiegającą pod obrazem rzekomej białaczki. Rozpoznanie to popierały objawy przebytej gruźlicy w szczycie prawego płuca. Przy sekcyi stwierdzono: na skórze klatki piersiowej, prawej pachy i obu zgięć łokciowych drobne wybroczyny; na szyi, pod pachami i w pachwinach pakiety powiększonych gruczołów; w szczycie prawego płuca blizna; śledziona waży 1000 gr., zawiera ogniska szaroróżowe, podobne do zawałów; wątroba waży 1860 gr., zawiera pasma i plamy mleczno-białe, które znajdują się także w nerkach; gruczoły limfatyczne na szyi i w jamie brzusznej powiększone, na przekroju rdzeniaste, równomiernie blado-różowe, dają się od siebie dobrze odgraniczyć; szpik w prawej kości udowej żywo-czerwony, miękki; w preparatach krwi zwłok wzmożenie liczby leukocytów, pomiędzy którymi było około 21% neutrochłonnych myelocytów. Eozynochłonne myelocyty były bardzo nieliczne, a komórek o ziarninie bazofilnej brakowało zupełnie. Histologiczne badanie wątroby, śledziony, szpiku kostnego, nerek i gruczołów chłonnych stwierdziło zmiany, cechujące białaczkę szpikową. Autorowie określają ten przypadek jako białaczkę szpikową o bardzo

ostrym przebiegu, albowiem zmiany, znamionujące białaczkę szpikową, rozwinęły się bardzo ostro w przeciągu 3 dni.

Dr Pisarski.

Doc. Gruzdiew. **Materyały do charakterystyki zmian gruźliczych przełyku i żołądka.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 46, 47). Na podstawie 1 własnego spostrzeżenia i piśmiennictwa omawia G. gruźlicze zmiany przełyku i żołądka. Zmiany to nader rzadkie; na 18.593 sekcyi z 35 lat autor znalazł ledwie 5 przypadków (0,03 prc.) gruźlicy przełyku i 24 przypadki (0,12 prc.) gruźlicy żołądka. Najczęściej zdarza się gruźlica przełyku wskutek szerzenia się sprawy od zewnątrz z narządów sąsiednich (gruczoły chłonne, szyjne, śródpiersiowe, oskrzelowe, gruźlica krtani, kręgów itd.). Rzadziej spotyka się gruźlicę przełyku, wychodzącą z jego błony śluzowej wskutek bezpośredniego jej zakażenia plwociną, zawierającą laseczniki Kocha. Najrzadziej następuje zakażenie przełyku przez krew. Również w żołądku częstszą jest gruźlica wskutek zakażenia połkniętą plwociną od gruźlicy, powstałej drogą krwi. Zakażeniu sprzyjają wszelkie ubytki błony śluzowej, obniżenie kwaśności soku żołądkowego i długie trwanie gruźlicy płuc. W żołądku znajdujemy albo gruzełki, albo owrzodzenia, albo najczęściej jedne i drugie razem. Gruzełki sadowią się albo równomiernie w całym żołądku, albo w okolicy odźwiernika. Wielkość ich różna: od ledwie widzialnego szarego gruzełka do wielkości ziarna grochu. Gruźlicze owrzodzenia w żołądku wyglądają tak samo, jak i w jelitach, z tą tylko różnicą, że zwykle są więcej zaokrąglone. W ogromnej większości przypadków choroba przebiega bez szczególnych oznak, tak że za życia zwykle nie zostaje rozpoznaną. W innych razach rozwija się kliniczny obraz wrzodu okrągłego żołądka lub zwężenia odźwiernika. W rozpoznaniu ma wielkie znaczenie obecność sprawy gruźliczej w innych narządach. W niektórych razach badanie soku żołądkowego może dostarczyć niejakich wskazówek; tak n. p. obniżenie kwaśności soku żołądkowego przy klinicznym obrazie wrzodu okrągłego żołądka przemawia, między innymi, za owrzodzeniem gruźliczem. Leczenie, jak wogóle w gruźlicy.

Z. Orłowski (Ptsbg.)

Kehrer. **Objawy nerwowe przy przechodzeniu treści żołądka do jelit.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 6). Według autora należy odróżniać czas napełniania się żołądka pokarmami, czas trawienia żołądkowego, w czasie którego żołądek zostaje niemal w spoczynku i czas, w którym treść przesuwa się do jelit. Otóż w tym trzecim okresie (wydalania treści) u osób wrażliwych powstają przykre dolegliwości (niepokój, duszność, bicie serca i t. d.). Burzliwe sny po późno zjedzonej wieczerzy tu również należą. Czy odnieść je do niedokrwienia mózgu, powstającego skutkiem niewątpliwego, bo doświadczalnie stwierdzonego, silnego napływu krwi do żołądka i jelit w czasie trawienia, czy do działania na układ nerwowy obficie powstających produktów trawienia (peptonów. kwasów tłuszczowych), napewne dotąd nie wiadomo. *Dr M. Godlewski.*

Woskresienskij. **Przyczynek do rozpoznania różniczkowego duru wysypkowego i brzusznego. Odczyn jodowy leukocytów przy durze brzusznym i wysypkowym.** (*Prakt. Wracz* 1906, Nr. 44). Autor badał odczyn jodowy leukocytów u 27 chorych na dur brzuszny i 20 chorych na dur wysypkowy w ten sposób, że na kroplę krwi, z lekka podsuszonej na powietrzu na szkiełku nakrywkowem, nalewał kroplę gęstego rozczynu Lugola z gumą arabską. Okazało się, że w niepowikłanych przypadkach duru brzusznego otrzymuje się odczyn ujemny, powikłania zapaleniem oskrzeli nie wpływają na wynik odczynu, przy powikłaniach zapaleniem płuc odczyn bywa, a gdy to powikłanie ustąpi, znika i odczyn jodowy. Przy durze wysypkowym odczyn (dodatni) jest prawie stałem zjawiskiem, przynajmniej od 5-go dnia choroby. Odczynu nie znaleziono tylko przy 5 badaniach; z tych tylko jedno było wykonane przed przełomem, reszta 4 — po przełomie; w rokowaniu znaczenia odczyn nie ma. Na podstawie tych badań sądzi autor, że odczyn jodowy może służyć do rozróżnienia niepowikłanego duru brzusznego od duru wysypkowego; w razach wątpliwych odczyn dodatni przemawia za durem wysypkowym. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Meyerstein. **W sprawie wczesnego rozpoznania duru brzusznego.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 44). Własności żółci, pozwalające je stosować z pożytkiem do wyhodowania prątków durowych ze krwi chorych, należy odnieść do kwasów żółciowych. Wyhodowanie udaje się najłatwiej w ciągu pierwszego tygodnia choroby, wtedy bowiem znajdują się bakterye we krwi, później najprawdopodobniej giną. Dlatego to środki odkażające, które z przewodu pokarmowego do krwi się dostają i tu na krążące prątki durowe zadziałać mogą, byłyby uzasadnione jedynie w początkach choroby, lub w okresie jej wylęgania. *Dr M. Godlewski.*

Fr. Ehrlich. **Dur żółciowy.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 42, 1906). W dwu przypadkach, opierając się na obecności: nieżytu oskrzelowego, obrzęku śledziony, nieznacznej bębnicy, bezprzytomności, zaparcia stolca i tętna około 100 przy ciepłocie 40°, rozpoznać musiał E. dur, mimo, iż choroba rozpoczęła się silną kolką żółciową. Do tego rozpoznania skłonił go wobec wymienionych objawów ostatecznie także dodatni wynik próby Widala w stosunku 1: 100 w 6. dniu choroby. W pierwszym takim przypadku, który zakończył się wyzdrowieniem, już 12. dnia ustąpiła gorączka, co autora niepomiernie zdziwiło. W półtora roku później spostrzegał E. znów drugi przypadek, zupełnie do pierwszego podobny, zakończony śmiercią. Autor sądzi, że w obu przypadkach zakażenie prątkiem durowym nietylko wzięło początek w drogach żółciowych, lecz też i w nich się odgrywało, czyli, że to był t. zw. dur żółciowy. Szczegółowe badania bakteryologiczne, wreszcie sekcya drugiego przypadku najzupełniej potwierdziły rozpoznanie autora, stwierdzając, że sprawą chorobową był dur, a punktem wyjścia i siedzibą jego były drogi żółciowe. *Nowaczyński.*

Schellenberg. **Działanie reguliny i parareguliny w zaparciach stolca, szczególnie przewlekłych nawykowych.** (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr 48). Schellenberg stosował regulinę w 29 przypadkach, w 7 z nich razem z reguliną pararegulinę. Przypadki te dotyczyły ludzi ze stolcem regularnym stale twardym (2 przyp.), ze zaparciem stolca przemijającem (8 przyp.), ze zaparciem stolca przewlekłem nawykowem (19 przyp.). Podawał regulinę w dawkach od 1. łyżeczki do herbaty (1,2 gr.), do dwóch łyżek (7,2 gr.) dziennie, najczęściej w kleiku. W wielu przypadkach działanie reguliny w początkach musiało być wspierane zapomocą środków przeczyszczających. U 14 chorych nastąpiło znaczne polepszenie, w 5 przypadkach poprawa, w 10 stan pozostał niezmieniony. Pararegulina (stosowana razem z reguliną w dawce 3 gr. p. die) w 5 przypadkach działała skutecznie, w 1 poprawa, w 1 wreszcie przypadku bez skutku. Na podstawie tych wyników poleca S. przetwory te w przypadkach średnio ciężkich i nie trwających zbyt długo. Działanie tych przetworów należy wspierać w początkach zapomocą leczenia elektrycznego, hydryatycznego i miesienia. Wreszcie poleca S. łączenie obu przetworów w tych przypadkach, gdzie jeden z nich zawodzi. *Dr W. Skórczewski.*

Storbeck. **W sprawie leczenia zapalenia okątniczego.** (*Allg. med. Centr.-Ztg.* 1906, Nr 44). Interniści niezawsze mogą zgodzić się na zdanie chirurgów, że każdy chory na zapalenie wyrostka robaczkowego powinien być operowany w ciągu doby. S. w ciągu lat 20 leczył przeszło 120 chorych wewnętrznie i żadnego nie stracił. Na początku podaje S. duże dawki makowca, stopniowo je zmniejszając. Miejscowo zaleca maść ichtyolową; okłady lodowe uważa za szkodliwe. Do doleczania najstosowniejsze jest wodoleczenie. Operacya jest wskazaną w tych przypadkach, w których powtarzają się ostre napady kilka razy, oraz w tych, w których nastąpiło zapalenie otrzewnej. S. zgadza się ze zdaniem Boasa, że ogólnie biorąc, wyniki chirurgicznego leczenia zapalenia wyrostka nietylko nie są lepsze, ale może i gorsze, niż wyniki leczenia wyczekującego, stosowanego przez internistów, i sądzi, że potwierdza to także dokładna statystyka, którąby należało zestawić.

Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

Schwerin. **Tymczasowe doniesienie o skuteczności surowicy przeciwpaciorkowcowej przy septycznych zapaleniach wyrostka robaczkowego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr 46). Autor stosował tę surowicę (Höchst) w 28 przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego. W 24 przypadkach prócz tego wykonywał zabieg operacyjny. 7 przypadków było niewątpliwie septycznych, z tych 1 zakończył się śmiercią i tylko te 7 autor omawia, jako dowodzące niewątpliwie skuteczności surowicy. Dotyczyły one dzieci w wieku 5 do 11 lat, jeden 16-letniego chłopca. Podzielić je należy na 3 grupy. Pierwsza obejmuje 4 przypadki, w których spostrzegano wzdęcie, bolesność brzucha, tętno drobne, miękkie, częste 120—140, w jednym niepoliczalne, a w jednym niewyczuwalne; C. 37·3—39·3°; w trzech spostrzeżono przy niezwłocznie wykonanej laparotomii nastrzykanie otrzewnej, w czwartym znaleziono ropień pozakątniczy. Po usunięciu wyrostka wlewano 25—50 ctm.³ surowicy (Höchst) do jamy brzusznej. Ciepłota po operacyi opadała, a tętno było wolniejsze i znacznie lepiej napięte. W dniach następnych stosowano kilkakrotnie 10—25 ctm.³

surowicy podskórnie, poczem tętno zawsze się poprawiało. We wszystkich przypadkach wyleczenie. W jednym przypadku prócz surowicy 5 razy przepłókiwano jamę brzuszną. Druga grupa obejmuje jeden przypadek nieoperowany ze wzdęciem, bolesnością brzucha, ciepłotą 37·5°, tętnem drobnem, miękkiem, szybkiem. Wstrzyknięto podskórnie 45 ctm.³ surowicy. Skutek również wybitny. Następnie 3 wstrzyknięcia, razem 60 ctm.³ surowicy. I tu, jak w jednym z poprzednich przypadków, wystąpiła posurowicza pokrzywka. Wyleczenie. Do trzeciej grupy, obejmującej 2 przypadki, najwięcej autor przywiązuje znaczenia. Przy przyjęciu do szpitala stan niezwykle ciężki. Bolesność i wzdęcie brzucha, tętno b. drobne, nitkowate, 120—162: c. 38°—38·2°, w jednym przypadku wybitna senność. W trzech pierwszych dniach wstrzykiwano po 10—25 ctm.³ surowicy podskórnie, razem około 40 ctm.³. Wpływ na tętno wybitny; stan chorych znacznie lepszy. Operowano w obu przypadkach 4-go dnia; znaleziono wysięk ropny. Po usunięciu wyrostka robaczkowego, wlewano 25 ctm.³ surowicy do jamy brzusznej. Aseptyczna tamponada. Wyleczenie. (Brak w tej pracy badania bakteryologicznego wysięku zapalnego). *Dr Skórczewski (jun.).*

Flesch. **W sprawie patologii zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 5). Nie ulega wątpliwości, że choroba ta w pewnych rodzinach występuje szczególnie często, jest jednak rzeczą możliwą, że okoliczność ta tłomaczy się pewnym wspólnym trybem życia członków pewnej rodziny, a nie dziedzicznością w budowie wyrostka robaczkowego. Wiele przemawia zdaniem autora za tem, że wyrostek nie jest narządem szczątkowym, ale że ma on pewną określoną czynność, najprawdopodobniej wydzielniczą. *Dr M. Godlewski.*

N. Jefimow. **Nowy sposób rozpoznawania obecności czerwi u człowieka.** (*Wraczebn. Gazieta* 1906, Nr 43). Autor wychodzi z założenia, że obecne w jelitach czerwie wytwarzają jakąś toksynę (helmintynę), którą ustrój wchłania i wydziela z moczem bądź w zmienionej, bądź w niezmienionej postaci. Dla stwierdzenia obecności tej domniemanej toksyny, proponuje autor następujący odczyn: do probówki z 5—10 sz. ctm. moczu dodaje się 5—10 kropel rozczynu *hydrargyri nitrici oxydulati* (t. zw. *liquor Bellostii*); otrzymujemy mętny, mleczny płyn. Po zagotowaniu biały kolor płynu albo się nie zmienia, albo przechodzi w ciemno-szary lub nawet czarny. Szary lub czarny kolor powstaje tylko w moczu tych ludzi, u których w jelitach znajdują się czerwie. Odczyn udaje się tylko przy zagotowaniu. Autor upewnia, że odczyn ten nigdy go nie zawodził. Na 168 przypadków, w których odczyn wskazywał na obecność czerwi w jelitach, znaleziono jaja w stolcu w 65 przypadkach już przy pierwszem badaniu, w 72 — przy powtórnem; w 31 — jaj w kale nie znaleziono, lecz wywiady we wszystkich (oprócz 3) przypadkach wskazywały na niedawną obecność bądź tasiemca, bądź glistnic. W 3 przypadkach, u których ani badania kału, ani wywiady nie wskazywały na obecność czerwi w jelitach, a odczyn moczu stale był dodatni, podano dla próby wyciąg paproci i rzeczywiście u jednego z tych chorych odszedł tasiemiec szerokoczłonki (*botriocephalus*), a u 2 drugich tasiemiec zwykły (*taenia*). Glistnice wywołują odczyn słabszy, niż tasiemce. Odczyn czasami znika na kilka dni. Przez 2 dni przed badaniem moczu chory nie powinien zażywać żadnych lekarstw, gdyż odczyn powstaje także, jeżeli chory zażywa sodę, alkalia, siarczany, niektóre sole żelaza, cyny, proszek Dowera (*kalium sulfuricum*). Morfina, dionina, salicylaty, kwas karbolowy, sole cynku, miedzi, fenacetyna, chinina, antypiryna itd. nie wywołują odczynu. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Goedel. **O jednostronnych palcach kolbkowatych.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 5). Nieprawidłowość ta jest wogóle b. rzadka, dotychczas opisano 8 przypadków. Najczęściej znajdowano w takich razach zmiany w brzusznej części tętnicy głównej i naczyniach od niej odchodzących. *Dr M. Godlewski.*

Pedyatrya.

Holt. **Zakażenie wiewiórowe u dzieci ze szczególnem uwzględnieniem zdarzania się w zakładach i środki zapobiegawcze.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1906, XII). W szpitalu nowojorskim »Babies Hospital« dla dzieci poniżej 3 lat spostrzegał autor w przeciągu 5 lat 5 endemii domowych zakażenia wiewiórowego z 226 przypadkami zapalenia sromu i pochwy (z tych 158 nabyte w szpitalu), 25 zapalenia stawów (23 nabyte w szpitalu), 10 zapalenia spojówek (4 nabyte w szpitalu), 1 zapalenia cewki u chłopca. Jak przerażająco rozpowszechnioną jest ta choroba poza szpitalem, świadczą wyniki badania dzieci, zgłaszających się do szpitala, a stwierdzające u dziewcząt w 4—5 prc. przypadków swoiste zapalenie sromu. Dziewczęta, których części rodne są zupełnie otwarte, są w stosunku do chłopców o wiele więcej narażone na zakażenie. Natomiast zapalenie stawów, jako objaw ogólnej ropnicy wiewiórowej, dotyczyło przeważnie chłopców, a w przypadkach tych z wyjątkiem jednego przypadku z zapaleniem spojówki nie można było wykryć pierwotnego usadowienia się na błonach śluzowych. Autor przypuszcza pierwotne zakażenie jamy ustnej zanieczyszczonymi palcami posługaczek przy przemywaniu ust.

Rozmaite środki, stosowane po kolei z coraz większym rygorem w celu stłumienia szerzenia się choroby w szpitalu, okazały się zupełnie bezskuteczne. Odkażano wszelkie przedmioty, które się zetknęły z chorymi, przedewszystkiem bieliznę, a mianowicie pieluszki. Autor wymaga, żeby pieluszki po zdjęciu z chorych wkładać do płynu odkażającego, ale mimoto oddawać do prania w osobnej pralni; tu powinny być wygotowane w wodzie z mydłem, a następnie wyjałowione w parze. Podobnie żąda autor gruntownego odkażania sal, chociaż okazało się, że nie są one istotnym czynnikiem w szerzeniu się epidemii, gdyż i po przeniesieniu oddziału do zupełnie nowych sal epidemia nie ustała. (Wobec małej żywotności dwoinki wiewiórowej i jej wrażliwości na wpływy zewnętrzne, a przedewszystkiem na środki odkażające, wydaje się ta część przepisów autora przesadną. *Przyp. sprawozd.*). Po tych ujemnych wynikach dopiero doszedł autor do przekonania (z góry już chyba najprawdopodobniejszego), że głównym czynnikiem w przenoszeniu choroby są posługaczki, które przy myciu chorych, karmieniu, przemywaniu ust palcami łatwo przenoszą zakaźne wydzieliny wprost z jednych dzieci na drugie.

W tłumieniu epidemii najważniejszą rzeczą jest rozpoznanie lekkich przypadków. Autor wymaga badania wydzieliny pochwy każdego dziecka, które ma być przyjęte, i powtarzania badań u chorych stałych dwa razy tygodniowo. Dzieci zakażone i służba, niemi się zajmująca, muszą być zupełnie oddzielone od reszty chorych. Tyczy się to także służby nocnej. *Lewkowicz.*

Stoeltzner. **Zapalenie kiłowe mięśnia sercowego z ostrym rozwojem palców pałeczkowatych.** (*Jahrbuch für Kinderh.* 1906, XI). Objaw rozwinął się w ciągu 3 dni, cały przebieg choroby trwał 2 tygodnie. Towarzyszyły objawy niedomogi sercowej, powiększenie serca (stwierdzone jednak tylko przy sekcyi) i wysokiego stopnia bladość. *L.*

Cohn. **Rowki udowe dziecka.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* 1906, XII). Na udach oseskòw dobrze odżywionych rozwijają się prawie stale rowki poprzeczne w liczbie jednego lub dwóch, niezawsze symetryczne. Powstanie ich nie zależy od przyczepienia skóry do części głębszych, lecz jest wynikiem trzymania sąsiednich stawów w zgięciu i przywiedzeniu. To też rowki te wygładzają się, gdy przewaga mięśni przywodzących i zginaczy ustaje, a więc z chwilą rozwoju stania i chodzenia. Tylko u dzieci otyłych, mających zwyczaj zginania ud we śnie, u krzywiczych z wygięciami uda, mogą się rowki utrzymywać do 3-go i 4-go roku życia. Basch chciał wyzyskać wyższe ustawienie fałdu po jednej stronie dla rozpoznania wrodzonego zwichnięcia biodra. Objaw ten może zwrócić uwagę na obecność cierpienia, ale wobec częstego zdarzania się niesymetryczności rowków nie jest pewnym. Inne rowki na udzie, na ramieniu i przedramieniu pojawiają się mniej stale. *Lewkowicz.*

Basch. **Przyczynki do fizyologii sutka. I. Innerwacya gruczołu mlecznego.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1906, XII). We wstępie wspomina autor między innemi o pracy Walentowicza, tyczącej się tego przedmiotu. Autor przeprowadził doświadczenia na sukach, a częściowo i świnkach morskich. Okazało się, że wycięcie zwoju trzewnego lub przecięcie n. nasiennego zewnętrznego nie wpływa, o ile można sądzić z normalnego przyrostu szczeniąt, na produkcyę mleka. Mikroskopowo można jednak stwierdzić przejściowe pojawienie się w mleku ciałek siary. Sutek, przeszczepiony z płatem skórnym na grzbiet, po przecięciu mostka zaczął przy następnym porodzie wydzielać siarę, coby świadczyło, że wydzielanie mleka nietyle zależy od wpływu nerwów, ile od ogólnych zmian w ustroju, łączących się z ciążą i połogiem. *Lewkowicz.*

Sacher Masoch i Masochizm.

Szkic literacko-psychiatryczny według collegium publicum.

Skreślił

Prof. Dr L. Wachholz.

(Ciąg dalszy.)

Wyjątkiem niezwykłym w galeryi męskich postaci autora jest tenor, który oddaną sobie i kochającą go czule żonę udręcza, a w końcu opuszcza dla kochanki, a ta jakby nemesis w ten sam sposób jemu odpłaca. Obok tego niezwykłego w twórczości autora typu mężczyzny kreśli on jeszcze więcej u niego wyjątkowy typ masochicznej kobiety, która jako »wrażliwa i miękka ulega tej pomyłce, że siłę męską miesza z rubaszną szorstkością«, i w następstwie poddaje się »niejako demonicznej sile, mężczyźnie, którego istota posiada piętno prostactwa i zwierzęcości« (»O jakaż rozkosz być biczowanym«).

Pomijając te wyjątkowe postaci, przesuwa autor przed oczyma naszemi we wszystkich niemal swych utworach, jeżeli już nie główną to uboczną rolę odgrywających, biernych mężczyzn, poczynając od bohatera nowelli »W niewoli«, Polaka o rysach niewieścich, który powolny rozkazom swej wielbicielki ze świata arystokracyi wiedeńskiej, przebywa w jej domu w przebraniu kobiecem, aby się ukryć przed oczyma pana domu, a skończywszy na smutnej podobiźnie samego autora, na Sewerynie, niewolniku Wandy Dunajew, Wenery we futrze. Takimi są kochankowie i mężowie demonicznej młynarki Teodozyi (»Sąd ludu«), takim Maryan Janowski, Polak, ofiara egoistycznej, pieniądz tylko uwielbiającej Warwary Bromirskiej (»Testament«), takim legendarny opryszek Karpacki, Dobosz, gdy wyraża kochance swej, Dźwince, iż pragnąłby, aby była szlachcianką, ubraną w »kacabajkę«, bramowaną bogato futrem i w czerwone pantofelki, a on jej sługą, którego ona smaga biczem (»Hajdamaka«), takim bohater nowelli »Pod batogiem«, którego prośbę zwróconą do kochanki: »znęcaj się nademną, abym mógł znieść moje szczęście; bądź niegodziwą dla mnie, racz mnie kopaniem twej nogi, zamiast pocałunkami«, ona wysłuchuje, ubiera się w kaftan z czerwonego atłasu, obszyty gronostajami, wiąże go sznurem i biczem go smaga i t. d.

Szczytem masochicznego typu męskiego jest, jak już wspomniano, Seweryn, kochanek Wandy Dunajew, pierwowzoru wampirycznej kobiety. Młody ten człowiek, »nadzmysłowy od dziecka«, »gardzący jako niemowlę piersią mamki«, przejęty zagadkowym lękiem wobec kobiet«, bojący się sklepionych i ponurych gmachów, rozkochany zmysłowo jako dziecko w gipsowej podobiźnie Wenery, zdobiącej bibliotekę ojca, nienawidzący swej ciotki, osoby z rodzaju »messalin«, a ubóstwiający ją, a raczej jej ręce od chwili, gdy go nimi wysmagała, doznający na widok kotów i futer jako symbolów fałszu, piękności i potęgi dziwnego nerwowego podniecenia, wznieconego spływającym z nich, niejako z bateryi elektrycznej, prądem — kocha Wandę, kobietę z zarodami wampiryzmu, ubierającą się »w kaftanik z fiołkowego aksamitu z futrem« lub »w futro z aksamitu zielonego, zarzucone na gołe ciało« w chwili, gdy spoczywała na »aksamitnych czerwonych wezgłowiach«, albo w »półbuty rosyjskie z fiołkowego aksamitu z gronostajowem obszyciem, w obcisły, bogato gronostajem obszyty kaftanik i w wysoką czapkę gronostajową w stylu Katarzyny II. z małem czaplem piórem, z rudym na plecach rozwianym włosem«. Od pierwszej chwili wzajemnego stosunku błaga Seweryn Wandę, aby się nad nim jak najbardziej znęcała, poniżała go, uczyniła zeń swego na życie i śmierć oddanego niewolnika lub psa. Wypełniając jego życzenie, dyktuje mu Wanda deklaracyę, którą on bez wahania podpisuje, a mocą której oddaje się w zupełności pod jej nieograniczoną władzę i zobowiązuje się jej nie opuścić. W myśl tej deklaracyi może go Wanda zabić, aby zaś na ten wypadek mogła uniknąć odpowiedzialności publicznej, Seweryn oddaje jej własnoręcznie napisany list, w którym oświadcza, że zniechęcony do życia, sam je sobie odbiera. Po takich kontraktach wyjeżdża para kochanków do Florencyi; on w przebraniu jej służącego »Grzegorza« pełni najniższego rzędu posługi, musi znosić jej wybuchy gniewu i okrucieństwa. Z rozkoszą lubieżną poddaje się biczowaniu do krwi, krępowaniu sznurami, uwięzieniu w lochu, wreszcie z potworną rozkoszą spętany jej ręką i oćwiczony do krwi ręką jej kochanka, greka Aleksego Papadopulisa, którego w zamian za plagi pokornie w rękę całować musi, spogląda na miłosne jej uniesienia ze zezwierzęconym kochankiem. Następuje wyjazd Wandy z Grekiem z Florencyi, Seweryn zaś zostaje sam bez środków utrzymania, złamany na ciele i duszy. Mimoto przechowuje miłość i uwielbienie dla Wandy, którą mu odtąd przypomina obraz, będący w jego posiadaniu. Na obrazie tym spoczywa Wanda na otomanie, »wsparta na lewem ramieniu, w ciemnem futrze na obnażonem ciele; prawa jej ręka igra z biczem, obnażona zaś jej noga wspiera się niedbale na mężczyźnie (Sewerynie), który leżał u jej stóp jak niewolnik, jak pies, który rozmarzonym, płonącym wzrokiem męczennika ku niej w górę spoglądał«. Taką jest twórczość Sacher-Masocha w najkrótszym zarysie. (C. d. n.)

Kronika historyczna na marzec.

Zestawił

Dr Adam Langie.

1. marca 1805 r. powstaje w Wilnie pierwsza klinika »terapeutyczna«, założona przez Jana Piotra Franka, który kierował nią przez 10 miesięcy. Gdy następnie przeniósł się do Petersburga, objął klinikę syn jego Józef Frank, b. profesor w Pawii (* 1771 † 1842). Ten wykłada przez 18 lat i urządza przy klinice ambulatoryum dla ubogich. W 1823 r. opuszcza Wilno, dyrektorem kliniki zostaje Herberski, po jego zaś śmierci 1827 r. klinika, oddzielona od katedry patologii i terapii szczegółowej, oddaną zostaje jako samodzielny zakład Jędrzejowi Śniadeckiemu, pod którego kierunkiem rozwija się znakomicie, a sale jej zapełniają tłumy słuchaczów, pociągniętych głęboką wiedzą i niezwykłą swadą słynnego profesora.

5. marca 1815 r. umiera Fryderyk Antoni Mesmer. Ur. 23. maja 1734 w Iznang, doktoryzuje się w Wiedniu. W r. 1775 występuje jako twórca nauki o magnetyzmie zwierzęcym i opiera na doktrynie swej nowy sposób leczenia. Nauka zwana »mesmeryzmem« porusza głęboko umysły współczesne, tem bardziej, że Mesmer sam, przenosząc się z miejsca na miejsce (Wiedeń, Monachium, Szwajcarya, w końcu Paryż), skwapliwie jedna jej zwolenników. Ostateczny cios mesmeryzmowi zadaje komisya złożona z najwybitniejszych francuskich lekarzy, która na zlecenie rządu zbadawszy dokładnie rzecz, wydaje niekorzystny wyrok. W końcu XIX. w. zjawiska, błędnie przez Mesmera tłómaczone, oświetlili inni uczeni, głównie zaś słynny Charcot, wyjaśniając je jako zjawiska hipnozy i poddawania.

7. marca 1887 r. umiera Ferdynand Arlt. Urodzony jako syn ubogiego kowala w Obergraupen (Czechy) dnia 18. IV. 1812 r., doktoryzował się w Pradze 1839 r., gdzie w latach 1840—2 był asystentem okulisty Jana Fischera. Po śmierci tego mianowany zastępcą, a w 1849 r. zwyczajnym profesorem okulistyki w uniwersytecie praskim. W r. 1856 powołany na katedrę do Wiednia, którą zajmuje do 1883 r., kiedy osiągnąwszy ustawą przepisany wiek, przechodzi na emeryturę. Już w Pradze zasłynął jako znakomity operator, nadzwyczaj bystry klinicysta i nieporównany nauczyciel, toteż klinika jego wiedeńska staje się głośną szkołą, z której wyszły całe pokolenia znanych okulistów: Coccius, Jacobson, Wecker, v. Graefe, Rydel, Fuchs, Becker i inni. W r. 1854 wychodzi pierwszy zeszyt najpoważniejszego pisma okulistycznego »Archiv. f. Ophthalmologie«, redagowanego przez Arlta, Dondersa i Graefego i ta trójca wielkich okulistów, złączona ścisłymi węzłami przyjaźni, przeobraża a właściwie stwarza dopiero nowoczesną okulistykę. Arlt ogłosił cały szereg prac, między temi pierwszą higienę wzroku, p. t. »Pflege der Augen« i wyborny podręcznik chorób ocznych. Zasługi Arlta zostały należycie ocenione przez świat lekarski, a i inni o nim nie zapomnieli: podniesiony do stanu szlacheckiego (co w owych czasach było wielkiem odznaczeniem), obdarzony był wysokimi zaszczytami i dostojeństwami. Jak lubianym był przez swych uczniów i asystentów, dowodzi serdeczny stosunek, zachowany aż do ostatniej chwili między nim a Rydlem, który śmierć mistrza odczuł tak boleśnie, jakby stratę kogoś ze swych najbliższych. Do ostatnich lat zachował Arlt świeżość umysłu i czerstwość sił, dopiero złamanie nogi przyprawiło go o całoroczną ciężką chorobę, która mimo odjęcia kończyny przecięła nić zasłużonego życia.

14. marca 1892 roku umiera Karol Zygmunt Franciszek Credé, profesor położnictwa w Lipsku, wsławiony zabiegiem wydalania łożyska (1860 r.), a jeszcze więcej metodą zapobiegawczą śluzoropotokowi noworodków przez wkraplanie rozczynu azotanu srebrowego (1881 r.).

16. marca 1867 r. ogłasza Sir Józef Lister (ur. 1827) sposób przeciwgnilnego opatrywania ran, który wywołał zbawienny postęp chirurgii.

19. marca 1813 r. urodził się w Blantyre (Szkocya) słynny badacz »czarnego kontynentu« Dawid Livingstone. Pochodził z rodziny ubogiej, jako młody chłopiec pracował w przędzalni bawełny, później jako robotnik tkacki. Niezwykły zapał do nauki i wybitne zdolności sprawiły, że samouk uzyskał stopień doktora medycyny i chirurgii, poczem w charakterze lekarza-misyonarza udał się w 27 r. życia na odkrycie nieznanych części Afryki, gdzie przepędził z małemi przerwami 33 lat, badając całą południowo-wschodnią Afrykę aż do środkowych wielkich jezior, do źródeł Nilu i Kongo. W r. 1864 zaginął bez wieści i wówczas to udał się na odszukanie jego słynny Stanley, reporter nowojorskiego »Heralda«, co mu się istotnie po wielkich trudach udało. Ostatnią podróż przedsięwziął Livingstone 1872 r. dla zbadania olbrzymiej przestrzeni między Luapula a płaszczyzną Libosa, lecz strawiony gorączką zmarł 4. maja 1873 r. w otoczeniu kilku wiernych towarzyszy wśród dzikiej pustyni.

25. marca 1873 r. pierwszy przypadek cholery w Krakowie (u 8-letniej dziewczynki na Kazimierzu przy ul. Krakowskiej l. 89), zakończony śmiercią. Odtąd epidemia, grasująca poprzednio w Galicyi, ogarnia miasto i sroży się do jesieni; ginie z niej w samym Krakowie przeszło 1000 osób.

31. marca 1889 r. umiera Alfred Biesiadecki. Ur. 12. marca 1839 r. w Dukli, doktoryzuje się w Wiedniu 1863 roku i tam rozpoczyna służbę szpitalną. W 1865 r. zostaje asystentem Rokitańskiego, a w 1868 obejmuje w Krakowie katedrę anatomii patologicznej, pracując wiele naukowo, jako członek Akademii umiejętności od chwili jej powstania. W 1876 r. powołany na ważne stanowisko protomedyka Galicyi przyczynia się do zreorganizowania lekarzy powiatowych, a jako prezes Towarzystwa lekarzy galicyjskich gorliwie przykłada ręki do pokaźnego pomnożenia funduszu dla wdów i sierót po lekarzach. Jego też staraniom zawdzięcza Lwów utworzenie zakładu weterynarskiego. W zimie 1878 r. udaje się do Wetlanki do badania i tłumienia wybuchłej tam dżumy, wprawiając wszystkich w podziw nieustraszoną odwagą i poświęceniem. Niestety podkopany dawniejszą chorobą zgasł przedwcześnie w 50 r. życia.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie w dniu 22 lutego 1907.

1) Kol. prof. Rydygier okazał dwóch chorych: jednego **po wycięciu odźwiernika** swoim sposobem z powodu zwężenia po wrzodzie, drugiego **po operacyi sposobem Krönleina**, do której dała powód rwa nerwu trójdzielnego.

2) Kol. Nowicki okazał *a*) preparat **tętniaka tętnicy bezimiennej**, podając przy tej sposobności daty statystyczne, odnoszące się do wszystkich tętniaków, spostrzeżonych na materyale lwowskiego zakładu anatomiczno-patologicznego. *b*) Następnie okazał śledzionę i inne narządy z przypadku **białaczki**, zakończonego posocznicą, wreszcie *c*) z przypadku **mięsaka limfatycznego** *(lymphosarcoma)*. Obok zmian w gruczołach znaleziono guz w prawym przedsionku serca, wnikający w ujście żyły głównej i wywołujący przez ucisk na nią obrzęk twarzy i barku.

3) Kol. prof. Wiczkowski przedstawił szereg przypadków ze swego oddziału, a mianowicie: **gruźlicę gruczołów limfatycznych, mięsaka gruczołów limfatycznych, białaczkę rzekomą i prawdziwą**, nawiązując do tego uwagi o dzisiejszym stanie hematologii. *H. Ziembicki.*

W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego.

III.

Braki i potrzeby.

Zestawił **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

Poczęści, boć liczyć się należy z dwoma względami: Tam, gdzie są fundusze, któreby można obrócić na przytułki, będą zawsze gminy czy powiaty wolały użyć je, jak dotąd bywało, na budowę szpitala; bo wprawdzie budowa i utrzymanie przytułku byłyby ekonomiczniejsze, ale potrzeba szpitala, gdzie go niema, niewątpliwie dopieka więcej i żywiej jest odczuwaną. Powtóre, gdybyśmy nawet już posiadali odpowiedniejszą liczbę przytułków, to usunięcie nawet 10% chorych, zalegających w szpitalach prowincyonalnych, tem mniej 3·9% ze szpitali stołecznych, zawsze byłoby tylko półśrodkiem i zmniejszyłoby przepełnienie np. z 25 na 15%, aleby go usunąć nie mogło. I z tem także liczyć się należy, że »nieuleczalny« nie znaczy »nie potrzebujący leczenia«. Ilekroć »nieuleczalny« zapadnie ciężej na zdrowiu, ilekroć pojawi się u niego powikłanie gorączkowe i t. d., tylekroć wróci on do szpitala i przecie tacy to właśnie »nieuleczalni« stanowią właśnie największą część »nieuleczalnych« szpitalnych. Nie można więc się łudzić, żeby nawet liczne przytułki uwolnić zdołały obecne szpitale od nadmiaru chorych.

Wobec tego zdaje się, że przy najwydatniejszej nawet akcyi na polu przytułków i schronisk, przysporzenie liczby łóżek szpitalnych nie może być spuszczane z oka, a tamta akcya tej osłabiać nie powinna. Nadto wobec tego, że od tych właśnie gmin i powiatów, które dotąd ani na przytułek, ani na szpital się nie zdobyły, stworzenia jednej z tych instytucyi wobec dotychczasowego marnowania funduszów nieprędko spodziewać się można, należałoby może pomyśleć o podjęciu części ciężaru przez kraj, o budowie przytułków krajowych [1]; a wchodziłyby tu w grę przedewszystkiem miasta stołeczne, Lwów dlatego, że jego miejskie przytułki obciążone są niesłusznie nadsyłaniem przez Wydział krajowy osób, do gminy tej nieprzynależnych [2]), a Kraków dlatego, że, jak powyżej wskazano, szpital krakowski należy do najgorzej w pewnych oddziałach przeludnionych, oraz ze względu na słabość finansową gminy.

Wobec tego, że najgorsze przepełnienie panuje na oddziałach położniczych, w planie inwestycyjnym powinnaby jedno z pierwszych miejsc zająć budowa domów porodowych i przytułków położniczych, nietylko w Krakowie, gdzie sprawa ta mimo haniebnych poprostu stosunków nie może doczekać się rozwiązania od lat kilkunastu, ale i na prowincyi, gdzie wszelkiemu ewentualnemu przepełnieniu takich przytułków zaradza dzisiaj sposób równie prosty, jak wygodny... t. j. to, że zakładów takich zgoła tam niema.

Pomieszczenie obecne i urządzenie istniejących już szpitali pozostawia jeszcze wiele nieraz do życzenia.

Zacznijmy od najważniejszych, od budynków, w których mieszczą się oba szpitale stołeczne, mające przecież być wzorem dla wszystkich innych szpitali i im pod każdym względem przodować, nadto — mające największą liczbę łóżek, największy ruch chorych, a więc i z tego względu słusznie mogące się domagać, aby ich potrzeby uwzględniono wcześniej i szerzej, niż potrzeby szpitali małych o niewielkim ruchu. Wydział krajowy daje w tym względzie obecnie początek we Lwowie, na co czas najwyższy, jak zaraz obaczymy.

Najniższą dozwoloną granicą dla budynków szpitalnych, jeżeli posiadają zresztą prawidłowe, higieną przepisane warunki, jest 30 m.³ powietrza i 7·5 m.² powierzchni podłogi przy 4-metrowe wysokości sal na jedno łóżko.

Cóż widzimy w szpitalu lwowskim?

Oto nie posiadał on do niedawna żadnych urządzeń wentylacyjnych, prócz prymitywnego — otwierania okien; zaprowadzona wentylacya gazowa okazuje się w r. 1906 niedostateczną [3]); oświetlenie naftowe pochłania w nim więcej tlenu i daje więcej szkodliwych gazów, niż używane w cywilizowanych krajach sposoby oświetlenia, »wychodki, dotąd w części bez zamknięcia wodnego, więc komunikując bezpośrednio z kanałami, stanowią niejako kominy wentylacyjne dla kanałów o wylotach, przez korytarze, na sale chorych, — okna stare, klasztorne, nie dostarczają dość powietrza, ani światła«. Wobec tego powinienby szpital lwowski mieć przynajmniej po 40 m.³ powietrza na jedno łóżko. Tymczasem nawet przepisanej najniższej granicy 30 m.³ nie dosięga żaden oddział szpitala lwowskiego, a niektóre, jak np. kiłowe i oczny, zaledwie przekraczają połowę normy (licząc po 18·47—18·60 m.³ na łóżko). Wogóle brakuje szpitalowi lwow-

[1]) W r. 1902. poruszono myśl uzyskania na te cele, jeżeli już nie na szpitale, funduszów zapomocą np. loteryi (Spr. ank. z r. 1902 str. 51). Nie wiem, jakie były dalsze losy tego bardzo praktycznego pomysłu; faktem jest jednakowoż, że o żadnem podobnem przedsiębiorstwie od owego czasu nie słychać.

[2]) Posiedzenie Rady miejskiej lwowskiej z 14. II. 1907. »Słowo polskie« Nr 77.

[3]) Insp. w r. 1906.

skiemu 11,923 m.³ powietrza, a około 2,740 m.² powierzchni podłogi. Te dwie wymowne liczby uzupełniała w r. 1902 następująca litania najważniejszych tylko braków: »Z powodu braku miejsca część oddziału ocznego mieści się w suterenach, przerobionych z piwnic, o murach niezabezpieczonych warstwami izolacyjnemi od wilgoci, reszta oddziału jest pomieszczona na dwóch różnych piętrach, w dwóch różnych skrzydłach gmachu; oddział chorób nerwowych i umysłowych, z powodu braku miejsca, ma dział męski i kobiecy na wspólnym korytarzu, z jednym wychodkiem wspólnym także dla oddziału ocznego; oddział chirurgiczny, z powodu braku miejsca, ma salę operacyjną przerobioną z części korytarza i tak umieszczoną, że wstęp do niej dla kobiet i mężczyzn prowadzi przez męską salę chorych; oddział skórny kobiecy, z powodu braku miejsca, jest pomieszczony na dwóch różnych piętrach, w dwóch różnych skrzydłach gmachu, a kancelarya przeznaczona do badania i odbywania codziennej wizyty, umieszczona jest w części korytarza, który stanowi dla chorych tej części oddziału, jedyny dostęp do wychodka; chorzy oddziału skórnego męskiego leżą, z powodu braku miejsca, zimą i latem na korytarzu; ... sekundaryusze, z powodu braku miejsca, w szpitalu nie mieszkają, pomimo, że są do tego obowiązani; ... magazyny rzeczy nowych i starych znajdują się na strychu, a mieszkania służby w suterenach, przerobionych na ten cel z piwnic« [1]).

Dla poprawy tych stosunków zrobiono dotąd niesłychanie mało; oprócz przepierzenia korytarza na oddziale chorób umysłowych, przez co (dopiero w r. 1904/5) usunięto możność bezpośredniej styczności chorych mężczyzn i kobiet, oprócz urządzenia dwóch mieszkań dla służby — nie zrobiono prawie nic. Ów oddział chorób umysłowych jeszcze w r. 1904 nie posiadał własnego wychodka, ani łazienki, tak, że każdy chory musiał wychodzić z dozorcą. Separatka dla niespokojnych jest w zimie zimną, w lecie duszną. Brak powietrza na oddziałach kiłowo-skórnych takisam, jak w r. 1902 (18·60 m.³ na jedno łóżko; a ile rzeczywiście na jednego chorego przy większym napływie chorych?!); jeden z tych oddziałów zapowietrzony jest stale przez cuchnące wychodki, taksamo, jak i oddział oczny dla mężczyzn. Część oddziału ocznego dla kobiet mieści się (sypialnia!) w 3 małych, wilgotnych izbach w suterenie; wychodek po staremu wspólny z oddziałem chorób umysłowych [2]).

Nie lepiej było w roku zeszłym: »W suterenie mieszka służba szpitalna. Roi się tam w ciemnym podziemnym korytarzu od dzieci, a korytarz ten kończy się ślepo dołem kloacznym i cuchnącym kanałem, skąd co kilka dni wynosić trzeba beczki kałowe. Równie naganne stosunki panują w piwnicach pod skrzydłem zachodniem, gdzie z musu umieszczono część kobiecego oddziału ocznego i łazienki... W łazienkach niema... żadnego podziału na płci, a nawet chorzy klasowi nie mają pojedynczo odosobnionych wanien. Łazienka lekarska zupełnie ciemna i nikt się też w niej nie kąpie; żadna łazienka nie jest ogrzana piecem«. »Główna sala oddziału ocznego dla kobiet stanowi piwnicę, do której promień słońca nigdy nie zagląda, nie nadającą się nawet na kaźń więzienną; z trzech salek mniejszych jedna ma przegniłą podłogę i stale mokre ściany, dwie zaś inne półciemne, ponure,... dają schronienie kobietom chorym i dzieciom zołzowym, dla których pierwszym warunkiem wyleczenia jest słońce, powietrze, ruch...« Oddział I. wewn. ma dla wszystkich chorych tylko jeden wychodek, III. (obserwacyjny), »wyposażony nędznie, nie ma wcale wychodka, tak że umysłowo chorzy prowadzeni przez dozorców korzystać muszą w razie potrzeby z gościnności oddziału ocznego kobiecego, nie ma żadnego ogródka, żadnej łazienki, szałową salkę zimną«, a jestto »jedyna stacya obserwacyjna w kraju, która ma chronić niejedną osobę, przejściowo tylko chorą, od tego piętna, jakie oficyalny zakład obłąkanych według dzisiejszych pojęć u publiczności wyciska towarzysko i społecznie na swych pacyentach, w której skupiają się liczne sprawy psychiatryczne, mające związek z życiem codziennem«. Oddział kiłowoskórny I. »widocznie przepełniony; podłogi miękkie z wydeptanemi sękami, w salach uderza niezmierne ubóstwo urządzenia, do salki klasowej wchodzić się musi przez 4 sale pełne chorych«; oddział II, rozbity na 2 części w 2 przeciwległych skrzydłach gmachu na różnych piętrach, ciasny i przepełniony: »dzieci zołzowe leżą obok dziewcząt cierpiących na skutki lekkomyślnego życia«; »znakomite podłoże do masowego wytwarzania zakażeń wszelkiego rodzaju i trucizny moralnego znieprawienia«. »Sale chorych przypominają więzienie...« W oddziale zakaźnym »oś główną stanowi korytarz, tworzący rodzaj zbiornika, w którym mieszają się wszystkie choroby zakaźne, przez co izolacya w gmachu jest iluzoryczna« [1]).

Tak wygląda do dziś dnia pierwszy szpital w kraju, trzeci co do wielkości i ruchu chorych w całej Austryi, »wzór«, którym stolica Galicyi ma się pochwalić w r. b. Zjazdowi lekarzy z całej Polski. (C. d. n.)

[1]) Protokół stenograficzny z obrad ankiety w przedmiocie reformy szpitali krajowych 3. i 4. grudnia 1902. str. 48.

[2]) Sprawozdanie Inspektora szpitali za r. 1904/5. (Spraw. Dep. V. str. 23—26).

[1]) Spr. W. kr. Lw. 59·445/06 z 1 lutego 1907.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Lekarze pomocniczy szpitala św. Łazarza uchwalili 27. II. b. r. wnieść do Wydziału krajowego i do Dyrekcyi szpitala pismo następujące: »Podpisani sekundaryusze i praktykanci szpitala św. Łazarza mają zaszczyt donieść, że z d. 1. kwietnia 1907 z posad swych ustąpią, gdyby żądania ich do dnia 15. marca 1907 nie zostały załatwione«. (Podpisy).

Towarzystwo lekarzy kolejowych zachodniej Galicyi odbyło, jak donosiliśmy [2]), 20. I. b. r. doroczne Walne Zgromadzenie. Obecnych było 33 członków i jako gość dr Zgórski ze Lwowa. Po przyjęciu sprawozdania Zarządu za r. z. rozwinęła się ożywiona dyskusya nad stanowiskiem Towarzystwa wobec tworzącego się w Wiedniu Związku lekarzy kolei państwowych. Uznając potrzebę silnej organizacyi lekarzy kolejowych, podnoszono jednak konieczność utrzymania Towarzystwa zach.-galic. ze względu na pewną odrębność stosunków krajowych. To też uchwalono następujący wniosek Zarządu: »Towarzystwo lekarzy kolejowych zostaje nadal utrzymane, lecz Walne Zgromadzenie poleca Zarządowi wybrać delegatów, którzyby porozumieli się z wiedeńskiem Towarzystwem lekarzy kolei państw. austr. co do wzajemnego stosunku Towarzystw do siebie i co do solidarnego postępowania we wszystkich sprawach stanu«. (Na niedawno odbytem posiedzeniu wybrał Zarząd delegatami drów Eichhorna, Jabłońskiego i Zolla). — Z kolei rozpatrywano sprawę bytu materyalnego lekarzy kolei państwowych, pominiętych przy regulacyach płac wszystkich innych funkcyonaryuszy państwowych. Przewodniczący dr Zoll wykazywał, że lekarzy kolejowych pominięto, mimo, iż wielu z nich jest urzędnikami państwowymi i że wogóle wynagrodzenie ich jest bardzo liche. W kolejowych kasach chorych w Austryi otrzymują lekarze mało co ponad 1 koronę za leczenie przypadku chorobowego. W r. 1905 leczono 378.755 przypadków; odliczywszy z kosztów lekarskich, wynoszących ogółem 675 182 K., wynagrodzenie za inne czynności urzędowe, za objazdy, za operacye i honorarya lekarzy prywatnych, przypadnie za leczenie w kolejowych kasach chorych zaledwo połowa tej kwoty, t. j. około 1 K. za przypadek. Jeszcze gorsze jest wynagrodzenie za czynności w interesie służbowym i tu przedewszystkiem domagać się trzeba poprawy. Awans lekarzy kolejowych jest gorszy, niż prawników i techników, a zamknięte są przed nimi te nawet wyższe rangi, które osiągają urzędnicy manipulacyjni. Dr Zgórski udowadniał, że w Galicyi są stosunki gorsze, niż w reszcie Austryi i że tu otrzymuje lekarz kolejowy za wizytę ledwo około 16 halerzy. W dalszej dyskusyi podnoszono, że obecnie jest chwila odpowiednia do żądania poprawy i wyrażono ubolewanie, że akcya Izby lek. wsch.-gal. w sprawie lekarzy kolejowych nie została należycie poparta przez inne Izby. W końcu uchwalono jednomyślnie na wniosek dra Schwarzenberg-Czernego wnieść w porozumieniu z wiedeńskiem Tow. lek. kolejowych stosowny memoryał do Ministerstwa kolejowego i do Ministerstwa skarbu, czem zajmą się wyznaczeni przez Zarząd Towarzystwa delegaci. — Do sądu polubownego i komisyi kontrolującej wybrani zostali: Dr Walczyński, Bujniewicz i Jodłowski, poczem Zgromadzenie zamknięto. *Z.*

Związek lekarzy rządowych galicyjskich uchwalił 16. II. b. r. starać się o polepszenie bytu lekarzy powiatowych: przez 1) przyznanie całych dyet, 2) skrócenie czasu służby do lat 30, 3) przyznanie protomedykowi rangi V, inspektorom sanitarnym VI, $^1/_5$ lekarzy powiatowych rangi VII, a $^1/_5$ VIII, $^2/_5$ IX, $^1/_5$ X; połowa posad rangi X należałaby do asystentów sanitarnych. *R.*

[2]) Stwierdzamy z przyjemnością, że brak komunikatu o Walnem Zgromadzeniu Towarzystwa do pism lekarskich nie był winą Zarządu, lecz przypadkowego zbiegu okoliczności.

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków	à 4 h.	à 1 h.
Od r. 1904 do końca r. 1906	314.765	112.950
Od 1—31 stycznia 1907	7640	300
Od 1—15 lutego 1907	375	8000
Razem . .	322.780	121.250

Dr Żydłowicz, administrator.

Nowy przyrząd dezynfekcyjny dra Napoleona Gąsiorowskiego, przedstawiony na Walnem Zgromadzeniu »Związku lekarzy rządowych« we Lwowie 16. II. b. r. pozwala na odkażanie takich przedmiotów (futer, kożuchów, sieraków i t. p.), których dotychczasowymi sposobami nie można było odkazić i trzeba je było palić. Badania, jakby takie przedmioty najlepiej odkażać można, powierzyła na wniosek R. dw. dra Merunowicza drowi Gąsiorowskiemu ankieta, zwołana w r. 1905 celem zastanowienia się nad sposobami zwalczania chorób zakaźnych w kraju naszym, a w szczególności duru osutkowego. Na czele ankiety stał prof. dr Antoni Gluziński. Badania wykonał dr Gąsiorowski w uniwersyteckim zakładzie higienicznym prof. dra S. Bądzyńskiego, z niezwykłą ścisłością i benedyktyńską cierpliwością i cel w zupełności osiągnął.

Na podstawie przedwstępnych doświadczeń, udowadniających ogromny wpływ ciepłoty na odkażające działanie formaldehydu, zbudował dr G. przyrząd w formie walca, z nakrywą szczelnie go zamykającą, zaopatrzoną w kominek z nakrywką. W dnie walca znajduje się otwór, z brzegiem ku górze odgiętym, na którym osadza się najważniejsza część składową tego aparatu, t. j. przyrząd w kształcie grzyba, na którym osadzone jest płaskie naczynie z rozczynem formaliny. Pod otwór, znajdujący się w dnie grzyba, podstawia się lampę naftową. Gazy, powstające przy spaleniu się nafty, jakoteż ogrzane powietrze dostają się odpowiednimi przewodami wprost do wnętrza aparatu, ogrzewają rozczyn formaliny, a jako lżejsze unoszą się ku górze, przenikają zawarte w aparacie przedmioty i wartkim prądem wydostają się kominkiem na zewnątrz. Przy średnio zbitem wypakowaniu aparatu dochodzi ciepłota równomiernie w całym aparacie do 50° C. po upływie 1. godziny. Wówczas zamyka się kominek w nakrywie i pozostawia się przedmiot, zakażone działaniu mieszaniny gazów (t. j. gazów powstałych przy spalaniu nafty), oraz powietrza ogrzanego, wysyconego parą wodną i formaldehydem. Przy użyciu 30 prc. rozczynu formaliny giną po upływie dwu godzin od zamknięcia kominka zarodniki wąglika w kawałkach sukna, futra, kożucha, nawskróś nimi przesiąkniętych, wśród najtrudniejszych warunków. Wszystkie zaś te przedmioty (kożuchy, futra, skóra i t. p.) pozostają zupełnie nienaruszone, wcale się nie niszczą i barwy nie tracą. — Koszta przyrządu wynoszą około 120 K., koszt jednego odkażenia 1 K. 30 h. Zasada działania polega na: 1) uzyskaniu we wnętrzu aparatu ciepłoty około 50° C. drogą bezpośredniego wprowadzenia ogrzanego powietrza i gazów, powstających przy spalaniu się nafty, 2) wysyceniu wnętrza parą wodną i 3) chemicznem działaniu formaldehydu.

Uzyskane wyniki dowodzą, że wypompowywanie powietrza z wnętrza aparatu, uznane przez Esmarcha, Kistera i Trautmanna za niezbędne, jest w rzeczywistości zupełnie zbyteczne. Niemałą zaletą przyrządu jest jego nader prosta budowa i łatwość użycia, nie wymagająca żadnego specyalnego wyszkolenia.

Adam Szulisławski.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 17. do 23. lutego 1907 doniesiono o 59 nowych przypadkach duru plamistego w 16 gminach, a mianowicie: pow. Cieszanów (Nowe miasto 1), Horodenka (Dąbki 1, Horodenka 2), Jaworów (Zawadów 9, Kurniki 8), Kamionka (Ubinia 7), Lisko (Manasterzec 3), Mościska (Małnów 1), Nadwórna (Dobrotów 5, Pniów 5. Zarzecze 1, Pasieczna 6), Rawa (Zamek 2), Stryj (Pławie 2), Tarnopol (Kokutkowce 3), Złoczów (Krasnosielce 3). Ospy sprawdzono 1 przypadek w m. Brodach (zachorował wychodźca z gubernii wołyńskiej w przejeździe do Ameryki). Nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych sprawdzono 2 przypadki w Wulce mazowieckiej p. Rawa. *T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 17. do 23. II. 1907 przypadków: błonicy 10 † 2 (w tem obcych 1 † 1), krztuśca 3, płonicy 6 † 1, odry 14 † 3, duru osutkowego —, duru brzusznego 2 (1), gorączki połogowej 2 † 1, nagminnego zapalenia opon —. *L.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 17. II. do 23. II. 1907 urodziło się dzieci żywo 62, nieżywo 7; zmarło osób 53 (w tem obcych 21), z tych z gruźlicy 13 (7), zapalenia płuc 3, błonicy — (—), płonicy 1 (1), krztuśca 1, duru brzusznego — (—), śmiercią gwałtowną 2 (2).

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Stan prac organizacyjnych w sekcyach: XV. Sekcya otoryno-laryngologiczna. Gospodarz: Dr Lesław Gluziński; sekretarz: Dr Orest Litwinowicz (Akademicka 5). Tematy oficyalne: 1. »Rozpoznawanie i leczenie raka krtani«. Ref. prof. dr Pieniążek (Kraków) i dr Jan Sędziak (Warszawa). 2. »Rozpoznawanie ropni mózgu i móżdżku«. Ref. dr Teodor Heiman i dr Aleksander Żebrowski (Warszawa). 3. »Zaburzenia histeryczne górnego odcinka dróg oddechowych i narządu słuchowego«. Ref. dr Jan Sędziak i dr Ludwik Guranowski (Warszawa). — Prawdopodobnie przyjdzie pod obrady i temat czwarty: »O rozpoznawaniu i leczeniu chorób zatok nosowych«, do którego postanowiono uprosić na referenta dra Dmochowskiego z Warszawy. Zgłoszone dotychczas wykłady: 1) Dr J. Sędziak z Warszawy: »Etyologia porażeń nerwu krtaniowego dolnego, czyli wstecznego«. 2) Tenże: »Przyczynek do patologii i terapii ostrego podśluzowego zapalenia krtani (»laryngitis submucosa acuta«). 3) Tenże: »O t. zw. wyroślach adenoidalnych na podstawie przeszło 1000 dokonanych operacyi«. 4) Tenże: »Zaburzenia nosowo-gardłowo-krtaniowo-uszne w przebiegu chorób dolnych dróg oddechowych«. 5) Dr Teofil Stachiewicz ze Lwowa: »Związek chorób uszu, nosa i gardła z chorobami wewnętrznemi«.

XXII. Sekcya dentystyczna. Gospodarz: Doc. dr Andrzej Gońka (Kopernika 1). — Gospodarz sekcyi dentyst. komitetu warszawskiego, dr Gruszczyński (Al. Jerozolimskie 84), zgłosił następujące tematy: 1) Dr Leonard Leszczyński (Warszawa)- I. Referaty: *a*) »O leczeniu korzeni«, *b*) »O plombach amalgamatowych«. II. Tematy do dyskusyi: *a*) »O regulowaniu zębów«. *b*) »O zapaleniu dziąseł (gingivitis)«. 2) Dr Leopold Brenneisen (Warszawa): I. Referat: »Aluminium w dentystyce ze szczególnem uwzględnieniem zastosowania przy robotach mostkowych«. II. Temat do dyskusyi: »Sprawa narkozy w dentystyce». 3) Dr Franciszek Meyer (Warszawa): Referat: »O krwawieniach po wyrwaniu zębów«. 4) Dr Aleksander Gruszczyński (Warszawa): Referat: »Leczenie przetok zębowych«. 5) Dr Tadeusz Sokołowski (Warszawa): »O leczeniu przetok zębowych sposobem Biera«.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 27. II. posiedzenie, na którem wybrano członkiem komisyi redakcyjnej »Przeglądu lekarskiego« doc. Rutkowskiego, poczem 1) prof. Kader przedstawił *a*) przypadek wycięcia krtani z powodu raka (3 lata bez nawrotu), *b*) przypadek przerzutu wola na czaszce, *c*) przypadek wycięcia nerki z powodu gruźlicy i szereg preparatów z podobnych przypadków, omawiając przytem cewnikowanie moczowodów, *d*) przyrząd do opatrunków, dozwalający unieść chorego dowolnie długo (cena 180 marek); 2) dr Pawlica przedstawił przypadek *hemiplegia spinalis spastica*, leczony wstrzykiwaniem wyskoku w nerwy jednej, a plastyką ścięgna Achillesa drugiej nogi z wynikiem lepszym po stronie plastyki, a 3) dr Radliński przypadek wycięcia podniebienia i gardła z powodu raka. W dyskusyi przemawiali: prym. dr Borzęcki, prof. Ciechanowski i Kader. W końcu mówił 4) prof. Ciechanowski: O brakach i potrzebach szpitalnictwa galicyjskiego. Dyskusyę odłożono.

— Miejska Komisya sanitarna odbyła 23. II. b. r. posiedzenie, na którem fizyk miejski przedłożył sprawozdanie o śmiertelności i o przebiegu chorób nagminnych w r. 1906. W roku tym zmarło 1,754 mieszkańców (17·3°/₀₀ bez obcych, w porównaniu z r. 1905 mniej o 1·6). Doniesiono o 316 przypadkach płonicy († 20), 459 odry († 51), 53 duru brzusznego († 15), 123 błonicy († 15), 128 krztuśca († 11), 19 zapalenia nagminnego opon († 7); czerwonki nie było ani jednego przypadku. Nad sprawozdaniem fizyka rozwinęła się dyskusya, po której oświadczyła się Komisya za tem, aby biuro sanitarne miejskie ogłaszało w »Przeglądzie lekarskim« tygodniowe sprawozdania o przebiegu chorób zakaźnych. Następnie przedłożył lekarz miejski dr Schaitter wypracowany przez siebie projekt instrukcyi co do postępo-

wania ze zwłokami w m. Krakowie, który odesłano do subkomitetu, złożonego z pp.: fizyka dra Bielańskiego, prof. dra Łazarskiego, dyrektora magistratu p. Grodyńskiego i referenta dra Schaittra.

— W krakowskim oddziale »Towarzystwa przyrodników im. Kopernika« wybrany został na r. b. prezesem prof. L. Marchlewski, zastępcą prof. E. Godlewski jun.

— Towarzystwo ratunkowe krakowskie wydało sprawozdanie za rok 1906 (szesnasty swego istnienia). W roku tym udzieliło Pogotowie pomocy 3,844 razy (od założenia 41,054), z tego w nocy 952 (25%), przeważnie w przypadkach chirurgicznych. Dochodu było 10,870 kor., rozchodu 6,691 kor., majątek w walorach wynosi 24,024 kor. Członków zwyczajnych (opłata 8 kor. rocznie) było ledwo 172. Służbę ratunkową pełniło 109 ochotników medyków; członków czynnych lekarzy było 14.

Lwów. W Sejmie wniósł poseł prof. Mars o kredyt na podróże naukowe lekarzy w służbie krajowej (po 6,000 kor. rocznie), a poseł Oleśnicki o rozszerzenie szpitala w Stryju przez zbudowanie pawilonu dla chorych wenerycznych.

— Komitet budowy pomnika Marcelego Nenckiego w gmachu chemii lekarskiej uchwalił 17. II. b. r. powierzyć p. Antoniemu Popielowi wykonanie za 5,200 kor. marmurowego biustu, który będzie odsłonięty w czasie X. Zjazdu lekarzy i przyrodników, stanowiąc niejako dar Zjazdu.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskał p. Bogusław Klarfeld, rodem ze Lwowa.

Warszawa. »Gazeta lekarska« (Nr 6) donosi, że na posiedzeniu poważnego grona w d. 10. II. b. r. postanowiono zmierzać do założenia w Warszawie Wszechnicy polskiej z wszystkimi wydziałami.

— Towarzystwo higieniczne opracowuje projekt reform prawodawczych w sprawach zdrowia publicznego. Pracą tą zajmuje się komisya, którą składają: drdr Polak, Zenczykowski, B. Sawicki, J. Jaworski, Paderewski i mec. Suligowski.

— Bezpłatne szczepienie ospy odbywać się ma w kancelaryach cyrkułowych, a pouczać ludność o jego pożytku mają rewirowi. »Gaz. lek.« (Nr 6) zwraca uwagę na niewłaściwość jednego i drugiego; pouczenie należałoby powierzyć Towarzystwu higien., lekarzom fabryk i t. d.

— »Koła Pracy kobiet«, zawiązywane na prowincyi, zajmować się poczęły także sprawami sanitarnemi (sandomierskie np. szpitalem, miechowskie pomocą położniczą dla ludności itd.). »Gaz. lek.« (Nr 6) wzywa Towarzystwo hig., lub Stowarzyszenie lek. polskich, aby usiłowania te poparły, urządzając kursa higieny i pielęgnowania chorych dla słuchaczek z prowincyi.

— Zarządy niektórych szpitali musiały się już 19. II. b. r. zwrócić do prezydenta miasta z prośbą o niezwłoczny zasiłek pieniężny, ponieważ dostawcy odmówili dalszego prowiantowania na kredyt.

— Prywatny szpitalik dziecięcy przy ul. Ogrodowej, kierowany przez dra J. Bączkiewicza, został dzięki pomocy p. Szlenkerowej rozszerzony. Szpitalik ma 20 łóżek; porad ambulatoryjnych 13,000 rocznie.

— Inspektor szpitali Troickij na zasadzie wyniku narady lekarzy szpitalnych wniósł do Rady Dobroczynności, by na przyszłość nie przyjmowano felczerów do warszawskich szpitali; miejsce ich mają zająć dozorcy i dozorczynie, odpowiednio wykształceni. Zawieszone w szkole felczerskiej wykłady już nie mają być wznowione.

— Ostatni (3 i 4) zeszyt »Przeglądu felczerskiego« poświęcony jest niedawno odbytemu w Warszawie I. Zjazdowi felczerów i zawiera szczegółowe sprawozdanie z obrad (por. »Przegląd lekarski« Nr 5, str. 62).

— Wobec kilku przypadków włośnicy zbadano wszystkie jatki i masarnie warszawskie i znaleziono w 2 mięso, zakażone włośniami. Ponieważ w rzeźniach miejskich stacye badań mikroskopowych mięsa nie istnieją, przeto stacyę taką ma otworzyć pracownia higieniczna miejska.

— Dr A. Rosensal uzyskał koncesyę na założenie w Warszawie szkoły dentystycznej.

— Łódzkie Towarzystwo lekarskie wybrało na rok 1907: prezesem dra Ksaw. Jasińskiego, wiceprezesem dr Sew. Sterlinga, sekretarzami dra Grabowskiego i Michalskiego, bibliotekarzami dra Fankanowskiego i Prechnera, skarbnikiem dra Littanera. Dla zwalczania nędzy, szerzącej się wskutek lokautu, zainicyowało Towarzystwo »Czasowy komitet obywatelski« dla udzielania pomocy rodzinom robotników, pozbawionych pracy (»Czas. lek.« 1).

— Łódzki oddział Towarzystwa higienicznego rozpoczął wydawnictwo 20-groszowe: »Robotnicza biblioteka higieniczna«.

— Łódzkie Pogotowie ratunkowe, jak prostuje autentyczne źródło, »Czasopismo lek.« (1), działało i działa bez przeszkód; jedynem utrudnieniem jest brak funduszów.

— W Łodzi uwięziono dra Antoniego Tomaszewskiego, lekarza Pogotowia ratunkowego.

— Prócz dra Harusewicza wybrani zostali z lekarzy-Polaków posłami do Dumy: dr Henryk Fidler, prezes Tow. lekarsk. w Radomiu i dr Wincenty Lisowski w Kamieńcu podolskim.

Z różnych stron. Towarzystwo lekarzy chorwackich (Sbor liječnika kraljevina Hrvatske i Slavonije) liczyło z końcem roku 1906 członków zwyczajnych 444, korespondentów 8, honorowych 24; na 10 posiedzeniach naukowych było w r. z. 35 odczytów i demonstracyi. Obrót kasowy doszedł 13,168 kor., majątek wynosił 20,722 kor., fundusz zapomogowy 15,941 kor. (Liječ. Vijest. Nr 2). Prezesem na r. 1907 obrano dra Kosirnika.

— W końcu r. z. dwaj pionierzy laryngologii: prof. B. Fraenkel z Berlina i prof. L. v. Schroetter z Wiednia obchodzili 70-tą rocznicę swoich urodzin. Z tego powodu amerykańskie »Annals of Otol., Rhin. and Laryngology«, oraz »Zeitschrift für klin. Medizin«, wydały okazałe numery jubileuszowe, w których opracowaniu z Polaków wzięli udział: prof. Pieniążek z Krakowa (»Die Atem bewegungen und die Atemnot in krankhaften Zuständen des Organismus«), oraz dr Sędziak z Warszawy (»Contribution to the Etiology of Atrophic Rhinitis« i »Beitrag zur Diagnose und Therapie des Larynxkarcinoms«).

— Na odbytym niedawno w Moskwie Zjeździe postanowili felczerzy dla obrony swych interesów utworzyć wszechrosyjski związek felczerski.

— W Berlinie utworzono w instytucie uzupełniających studyów lekarskich (Kaiserin-Friedrich-Haus f. d. aerztliche Fortbildungswesen. Berlin N. W. 6, Luisenplatz 2) bezpłatne biuro informacyjne dla lekarzy, przybywających na studya.

— Międzynarodowy zjazd psychiatryczno-neurologiczny odbędzie się 2—7. września b. r. w Amsterdamie.

— Według »Med. Record.« wynosi liczba lekarzy na całym świecie 228,234, z czego w Europie 162,333, w Angli 34,967, w Niemczech 22,518, w Rosyi 21,489, we Francyi 20,348, we Włoszech 18,245.

— Zakład Pasteura w Paryżu został rzeczywiście głównym spadkobiercą bankiera Osirisa i ma otrzymać 30 milionów fr.

— We Francyi było w r. z. na medycynie 454 słuchaczek.

— W Holandyi wydano marki pocztowe, o połowę droższe od zwykłych; zysk z nich, zebrany pod kontrolą państwa, posłuży na zwalczanie gruźlicy, budowę szpitali, przytułków, kolonii wakacyjnych i t. d.

Mianowani. Doc. Hedinger profesorem nadzw. anatomii patol. w Bazylei;
inspektor sanitarny dr J. Barzycki radcą rządu.

Zmarli: Chirurg prof. Roux w Lozannie;
dr Isak w Botusani (Rumunia). Przyjechał do Rumunii po rozbiciu ostatniego powstania, nosząc w sercu ciągle to samo uczucie, za które w młodości walczył orężnie. Jako lekarz nie szczędził swej pracy i swego grosza dla biednych. W minionych latach, kiedy częściej Polacy przyjeżdżali do Rumunii za zarobkiem i utrzymaniem, dawał wszystkim bez różnicy stanu i pochodzenia pomoc i wskazówki. Z powodu jego szlachetności kochali go także Rumuni.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w lutym 1907: *Gazeta lekarska Nr 2—4:* Pawiński: Ś. p. Hołowiński. Bornstein: Migraine ophalmoplégique. Bernhardt: Epithelioma adenoides cysticum. Neugebauer: Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu i zabiegach operacyjnych przy potworności podwójnej płodu. Sędziak: Zaburzenia nosowe, gardlane, krtaniowe i uszne w przebiegu chorób narządów płciowych. Bregman i Steinhaus: Nowotwory przysadki i okolicy przysadkowej. Dębiński: O bakteryolizie laseczników rzekomogruźliczych. — *Medycyna Nr 5—8:* Sterling Władysław: Dystrophia ossium progressiva. Solman: (dok.). Dunin: Materyały do nauki o stwardnieniu tętnic. — *Kronika lekarska Nr 3:* Miklaszewski: Kąpiele słoneczno-powietrzne. Giedroyć: (c. d.). — *Tygodnik lekarski Nr 5—8:* Reis W.: Gruźlica pierwotna spojówki gałkowej. Progulski: W sprawie rozpoznawania nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u oseskรw. Herman: O znieczulaniu w chirurgii. Moraczewski: O lewulozuryi. — *Głos lekarzy Nr 3:* Apteki zakładowe w nowej ustawie aptekarskiej. — Czeska ustawa o funduszu pensyj-

nym dla lekarzy gminnych i okręgowych. Mikołajski: Kodeks deontologii lekarskiej (c. d.). — *Nowiny lekarskie Nr 2:* Gizelt: Ciała gorzkie i alkohol jako środki trawienne. — *Czasopismo lek. Nr 1:* Goldman: Z kazuistyki ran postrzałowych wątroby. Schoeneich: Rozedma podskórna w przebiegu odry powikłanej płonicą u dziecka. Sterling: O wpływie ciąży i porodu na przebieg gruźlicy płuc. Mazurkiewicz, Sochacki, Borowiecki i Morawski: Czwarty rok zakładu w Kochanówce. Rosenthal: Ruch chorych w ambulatoryum przy szpitalu im. Poznańskich w r. 1906. — *Zdrowie Nr 2:* Ziemiński: W sprawie walki ze ślepotą. Cetnarowicz: Kilka słów z higieny wzroku u młodzieży szkolnej. — *Przegląd higieniczny Nr 2:* Lewiński, Panek, Barzycki (c. d.). — *Krytyka lekarska Nr 2:* Goldszmit. 1) O filantropii lekarskiej. 2) Tajemnice zawodowej pracy akuszerek. — *Kronika dentystyczna Nr 2:* P. Klejn: Odciągadło zwierciadłowe policzka. Friedländer: Kilka słów o szkodliwości mineralnych wód żelezistych na zęby. Krakowski (c. d.). — *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych Nr 1:* Otto: O komórkach plazmatycznych. — *Postęp okulistyczny Nr 1:* Wicherkiewicz: Nowokaina jako środek znieczulający w okulistyce. Witaliński: Przyczynek do kazuistyki skaleczenia ócz przez ciała wybuchowe.

Redakcya otrzymała: Odczet charkowskoj obszczestwiennoj biblioteki za g. 1905/6. — Doc. Droba i doc. Lemberger: Komentarz do VIII. wydania farmakopei austryackiej. Tom I. Część ogólna. Kraków 1907. — Szumowski: 1) Galicya za J. Krupińskiego, pierwszego protomedyka. »Tyg. lek.« 1906. 2) Dwa kursa propedeutyki medycyny. »Kryt. lek.« 1907. — Crandon i Wilson: Fracture of base of skull. »Ann. of Surg.« 1906. — Kostanecki: Ub. die Herkunft der Theilungscentren der ersten Furchungsspindel im befruchteten Ei. Odb. »Arch. f. mikr. Anat.« 1906. — Robotnicza biblioteczka higieniczna: 1) Schoeneich: Dziecko w pierwszym roku życia, 2) Jasiński: Choroby dzieci w wieku szkolnym. Łódź 1907. Nakł. Oddziału Towarz. higien.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 6. marca o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Wachholz: Demonstracya narzędzi sekcyjnych nowego typu. 2) Dyskusya nad wykładem prof. Ciechanowskiego: W sprawie braków i potrzeb szpitalnictwa galicyjskiego. 3) Dr Bier: Zafałszowania herbaty i kawy, napotykane w Galicyi. 4) Dr M. Godlewski: Zjawisko fizycznego zmęczenia w świetle współczesnych teoretycznych pojęć oraz klinicznych spostrzeżeń. Po posiedzeniu wspólna wieczerza.

Posiedzenie komisyi dla higieny wieku dziecięcego odbędzie się **we wtorek 5. marca 1907 o godz. 6 wieczór** w **Domu Tow. lekarskiego** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Sprawa ułożenia planu dalszej akcyi.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Arhovinę, jako znakomity środek przeciwwiewiórowy, omawia dr Stock z Kolonii n. R. (*Medico* 1907, Nr 7) w pracy p. t. »Zur Behandl. d. Gonorrhoea masculina«. Dawszy pogląd na postępowe sposoby leczenia wiewióra, zatrzymuje się autor dłużej nad leczeniem wewnętrznem, któremu przypisuje duże znaczenie. Jest to zresztą stanowisko, jakie przeważnie nowsi autorowie w tej sprawie zajmują. Pomiędzy przyczynami, przemawiającemi przeciw czysto miejscowemu leczeniu, przytacza S. w pierwszym rzędzie liche wyniki, nie mogące zadowolnić ani lekarza, ani chorego, jakoteż niemożność przeprowadzenia stałego leczenia przy powikłaniach. Pomiędzy środkami, nadającymi się do leczenia wewnętrznego, przypisuje S. arhovinie (wyrobu dra Horowitza) największą wartość, jako środkowi, którzy posiadając najsilniejsze własności przeciwwiewiórowe, niema niemiłych działań ubocznych, właściwych środkom balsamicznym. Nadto tylko arhovinę można stosować w rozczynie z oliwą, a więc w postaci bardzo łagodnej, a zarazem skutecznej.

Wewnętrzne podawanie arhoviny jest w ostrym wiewiórze przedewszystkiem wówczas wskazane, gdy istnieją gwałtowne objawy zapalne, bole przy oddawaniu moczu i obrzęk ujścia cewki moczowej. Arhoviną podaną wewnętrznie, można też zastąpić zupełnie wszelkie leczenia swoiste, stosowane przy powikłaniach w zakresie przyjądrza i dróg moczowych. Także przy wiewiórze przewlekłym otrzymuje się niekiedy niezwykle dobre wyniki. Działanie arhoviny polega na jej własnościach odkażających.

Leczenie miejscowe wskazane po zelżeniu objawów zapalnych. Wtedy stosuje S. 2—5 prc. rozczyn oliwny arhoviny. Bardzo wygodne są świeczki, sporządzone z 0·5 arhoviny, zakładane kilka razy dziennie, szczególnie przy zwężeniach. *Hr.*

Nowokainy marki Meister Lucius u. Brüning, Hoechst a. M. używał i poleca dr R. Henking (z klin. chir. Prof. Küstera w Marburgu) do znieczuleń lędźwiowych. Materyał jego obejmuje 160 przypadków. H. jest stanowczym zwolennikiem znieczulenia lędźwiowego. Po nowokainie nie spostrzegał nigdy owych zaburzeń oddechowych, jakie inni opisują po użyciu stovainy.

Tejże firmy kołaczyki **novokain-suprarenin** stosował dr Dietze (z oddz. chir. szpit. garnizon. Wurzen) z równie dobrym skutkiem w 120 przypadkach. Kołaczyk Höchst A. zawiera 0,125 gr. nowokainy i 0,00016 gr. *suprarenin. boric.*, zaś do mniejszych zabiegów, jak wyjęcie zęba i t. p. wystarcza kołaczyk Höchst B. zawierający 0,1 gr. nowokainy i 0,00045 gr. *supraren. boric.* Do użycia rozpuszcza się kołaczyk w 0,9 proc. rozczynie NaCl.

Nowokainę poleca wreszcie dr O. Steim (z chir. ginek. oddz. w Hildesheim) do znieczuleń lędźwiowych, opierając się na 59 przypadkach. *L.*



Rok XLVI. Kraków, dnia 9. marca 1907. Nr 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Obustronne, całkowite porażenie nerwu krtaniowego dolnego czyli wstecznego *(paralysis bilateralis nervi recurrentis.*

Napisał

Dr Jan Sędziak (Warszawa).

(Dokończenie.)

Następnem co do częstości cierpieniem, w którem występuje obustronne całkowite porażenie nerwu wstecznego, jest porażenie opuszkowe postępujące. Takich przypadków zebrałem 9, w tem 1 mój: 45-letnia wyrobnica: *paralysis n. recurrentis dex. et postici sin.* W przypadku Müntzera było rzekomo-opuszkowe porażenie.

I w syryngomyelii stosunkowo dość często występują tego rodzaju zaburzenia krtaniowe, mianowicie zebrałem takich przypadków 5; również w stwardnieniu rozsianem rdzenia i mózgu — przyp. 4, wreszcie w zaniku mięśni postępowym — przyp. 2. O wiele już rzadziej, gdyż po razu tylko, spostrzegano obustronne całkowite porażenie nerwów wstecznych w zapaleniu szarej istoty opuszki *(poliomyelitis bulbi)* (przyp. Granta) w kiłowych zmianach opony twardej *(pachymeningitis syphilitica)* (przyp. Remaka), w porażeniu naprzemiennem *(hemiplegia alternans)* (przyp. Lanneisa), zewnętrznem zapaleniu opony twardej *(pachymeningitis spinalis ext.)* i ostrem zapaleniu opon miękkich rdzenia *(leptomeningitis spinalis acuta)* (oba przyp. Loeriego), w kile rdzenia (przyp. Granta), stwardnieniu bocznem rdzenia *(sclerosis lateralis amyotrophica)* (przyp. Loeriego), wreszcie z czynnościowych cierpień układu nerwowego ośrodkowego w drżączce poraźnej (przyp. Cislera).

Co do przypadku Cislera, to muszę tu zauważyć, że tego rodzaju spostrzeżenia, t. j. porażenia nerwu wstecznego w czynnościowych cierpieniach układu nerwowego ośrodkowego należy przyjmować z zastrzeżeniem, jako sprzeciwiające się zasadniczemu prawu Semona, że porażenia te występują tylko przy organicznych cierpieniach układu nerwowego ośrodkowego, natomiast przy czynnościowych zdarza się jedynie porażenie zwieraczy głośni. I dlatego to, jeśli już koniecznie przyjmować te przypadki, w których (n. p. w histeryi, neurastenii, padaczce, drżączce poraźnej i t. d.) spostrzegano jednostronne lub obustronne, całkowite lub częściowe porażenia nerwu wstecznego, to prawdopodobnie nie były to stałe porażenia tego nerwu, lecz przejściowe. Do tej kategoryi prawdopodobnie należy zaliczyć jeden z moich przypadków, dotyczący 28-letniej kobiety, będącej w 6 miesiącu ciąży, a dotkniętej niedowładem obu nerwów wstecznych.

B) Porażenia obustronne całkowite nerwu wstecznego pochodzenia obwodowego. Przypadków takich znajduje się w mojej statystyce 53, w tem własnych 3.

Przypadki te podług wywołujących je przyczyn przedstawiają się w sposób następujący:

Carcinoma oesophagi	19
Aneurysma aortae	6
Glandulae hypertrophicae (tuberculosae)	3
Pericarditis	2
Strumectomia	2
Carcinoma pharyngis	1
» laryngis	1
» pleurae	1
Tumor mediastini	1
Pneumonia catarrhalis	1
Synechiae pleurae	1
Trauma (Corpus alienum)	1
Lues	1
Typhus abdominalis	1
Rheumatismus	1
Pneumonia fibrinosa	1
Intoxicatio saturnina	1
Causa peripherica (?)	6
» ignota	1
Razem	51.

Z zestawienia tego widać, że najczęstszą przyczyną obwodową obustronnych całkowitych porażeń nerwu wstecznego jest rak przełyku. Takich przypadków zebrałem 19, z tych w jednym (Bealea) jednocześnie istniał rak tchawicy, zaś w przypadkach Alexandera i Myginda rak gruczołów.

Tym sposobem obustronne porażenie nerwu krtaniowego dolnego można uważać do pewnego stopnia za znamienny objaw tego cierpienia i w każdym przypadku, w którym istnieje przypuszczenie raka przełyku, należy dokonać badania laryngoskopowego.

Porażenia te w tych razach mogą powstawać na drodze podwójnej: albo bezpośrednio wskutek przejścia sprawy nowotworowej, usadowionej w górnej $^1/_3$ przełyku, na sąsiednie narządy (tchawica), przyczem, jak to mianowicie było w przypadku Saundbyego (sekcyjnym) oba nerwy wsteczne objęte są masą rakowatą, wywołującą ich porażenie całkowite, lub też porażenie nerwu krtaniowego dolnego może być pośrednie wskutek tego, że na nerw wsteczny uciskają rakowato zwyrodniałe gruczoły (przypadki Alexandera i Myginda).

Niezmiernie zajmującym jest przypadek Saundbyego, dotyczący 50-letniego mężczyzny, u którego w następstwie raka przełyku wystąpiło najpierw porażenie zwieraczy, następnie rozwieraczy głośni, wreszcie całkowite porażenie obu nerwów wstecznych. Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego względu, że jest on unikatem, przemawiającym przeciw prawu Semona o większej wrażliwości *(vulnerabilitas)* włókien, rozszerzających głośnię. Drugiem, co do częstości porażeń obustronnych nerwu wstecznego, cierpieniem jest tętniak aorty (przypadków 6). Jak to jednak w oddzielnej pracy[5]) szczegółowo wyłuszczyłem, znamiennym dla tego cierpienia objawem jest lewostronne porażenie

[5]) »Przyczynek do ważności badania krtani, oraz zastosowanie promieni Roentgena przy tętniakach aorty«. (Gazeta lekarska 1898).

nerwu wstecznego (M. Schmidt), co się tłómaczy stosunkami anatomicznymi, zachodzącymi między nerwem wstecznym lewym z jednej, a łukiem aorty — najczęstszem siedliskiem tętniaka — z drugiej strony. Obustronne porażenia całkowite nerwu wstecznego można sobie tu tłómaczyć, albo znacznymi rozmiarami samego tętniaka, albo jednoczesnem istnieniem dwóch tętniaków t. j. aorty wzgl. łuku i tętnicy podobojczykowej prawej; wreszcie niektórzy autorowie (Hav. Hall, Cartaz, Perry i Newmann) przypuszczają możliwość obustronnego porażenia przy ucisku tylko na jeden nerw. W tych razach należy przypuścić istnienie w nerwie błędnym włókien dośrodkowych, zapomocą których podrażnienie obwodowe przenosi się na ośrodki mózgowe (jądra nerwu dodatkowego Wilisa), wywołując obustronne zaburzenia ruchowe w krtani. Będzie to więc po prostu porażenie odruchowe, stanowiące istotę teoryi G, Johnsona, która jednak dotąd nie jest stanowczo stwierdzoną.

Następnie w 3 przypadkach podano jako przyczynę obustronnych porażeń nerwu wstecznego, powiększenie gruczołów tchawiczno-oskrzelowych przyrody gruźliczej. Sądzę, że ten rodzaj porażeń »uciskowych«, zwłaszcza jednostronnych, zdarzać się musi o wiele częściej, aniżeli się to przypuszcza i że taka jest przyczyna w większości tych przypadków, w których podano przyczynę, jako nieznaną. W tych razach badanie promieniami Roentgena może być pomocnem, jak to mianowicie było w jednym z moich przypadków.

Wysięk osierdzia *(pericarditis)* może też wywołać obustronne porażenie całkowite nerwu wstecznego (przypadki Riegela i Loeriego).

Spostrzegano też (2 przypadki: Gorisa i Pleskoffa) obustronne porażenie całkowite nerwu wstecznego po operacyi wycięcia wola. W przypadku Gorisa, dotyczącym 15-letniej dziewczyny, prawy nerw przecięto podczas wycięcia wola, lewy zaś został obnażony podczas podwiązywania tętnicy tarczowej dolnej. Wogóle jednakże częściej przy tej operacyi zdarza się obrażenie lewego nerwu wstecznego, który leży w przeważnej liczbie przypadków z tyłu od dolnej tętnicy tarczowej (Dwight, Jaboulay i Villard), łatwo więc może być obrażonym podczas podwiązywania tej tętnicy [6]).

Również urazowego pochodzenia jest przypadek Kempa, dotyczący 6-letniego chłopca (w następstwie ciała obcego — porażenia obustronne całkowite nerwu wstecznego, tracheotomia).

Wreszcie po razu spostrzegano obustronne porażenia całkowite nerwów wstecznych w przypadkach raków gardła (Neumanna), krtani (w zatoce gruszkowatej — przypadek Chiariego), opłucnej (przyp. Loeriego), wreszcie przy guzie śródpiersia (przyp. Navratila).

Z innych cierpień dróg oddechowych obustronne porażenie nerwu krtaniowego dolnego spostrzegano w przypadku nieżytowego zapalenia płuc (przyp. Loeriego) z jednoczesnym przerostem gruczołów, od których porażenie to mogło też zależeć, następnie w przypadku zrostów opłucnych (przyp. Dehio), wreszcie w przymiocie (Remak) prawdopodobnie w następstwie ucisku przez chorobowo zmienione gruczoły. Z toksycznych obustronnych całkowitych porażeń nerwu wstecznego spostrzegano po jednym przypadku w durze brzusznym (Lublińsky), ostrym gośćcu stawowym (Margarie), ostrem zapaleniu płuc (Dege), wreszcie w zatruciu ołowiem (Chodźko [7]).

Wreszcie tu należą 6 przypadków Deygasa (»przyczyna obwodowa«), oraz jeden mój (»przyczyna nieznana«).

[6]) Bliższe szczegóły znajdują się w mojej pracy: »Przyczynek do porażeń nerwu krtaniowego dolnego, czyli wstecznego pochodzenia urazowego«, która się obecnie drukuje w Nowinach lekarskich w Poznaniu.

[7]) Bliższe szczegóły znajdują się w oddzielnej pracy p. t. »Przyczynek do kwestyi porażeń nerwu krtaniowego dolnego, czyli wstecznego (n. recurrentis) pochodzenia toksycznego«, która się obecnie drukuje w Tygodniku lekarskim we Lwowie.

Wogóle obustronne porażenia nerwu wstecznego występują albo w postaci porażeń mniej więcej całkowitych, albo w postaci całkowitego porażenia z jednej strony, zaś porażeń mięśni rozwieraczy głośni *(m. postici)*, z drugiej strony. Te częściowe porażenia opisano 15 razy, przeważnie w cierpieniach układu nerwowego ośrodkowego.

Objawy podmiotowe polegają na stałej chrypce, przyczem bardzo często dają się zauważyć dwa okresy: w pierwszym t. zw. *diphtongia*, w drugim zaś bezgłos *(aphonia)*, przyczem niekiedy przejście od jednej postaci do drugiej bywa raptowne (t. zw. *ictus laryngoplégique* — Garel). Oddechanie natomiast stale, zwłaszcza w spokoju, jest niezmienione. Badanie lusterkiem krtaniowem stwierdza położenie strun trupie z zagłębieniem *(excavatio)* wolnego brzegu, zależnie od wtórnego porażenia mięśni strun *(mm. thyreoarytaenoidei int.)*.

Rozpoznanie wobec powyżej podanego, wielce znamiennego obrazu laryngoskopowego nie jest trudne.

Rokowanie zależy od cierpienia podstawowego, wywołującego takie porażenia: w większości przypadków, zwłaszcza tam, gdzie przyczyna jest ośrodkowa, jest ono niepomyślne.

Nawet w przypadkach poprawy stanu miejscowego w krtani, t. j. w razie przejścia całkowitego porażenia nerwu wstecznego w częściowe, t. j. porażenie rozwieraczy głośni może zajść potrzeba przecięcia tchawicy wskutek napadów duszności, wywołanych położeniem środkowem (fonacyjnem) strun.

Leczenie powinno być przedewszystkiem przyczynowe; niestety, w większości przypadków jest bezskuteczne. Miejscowo stosujemy elektryzacyę (faradyzacyę), oraz miesienie — wewnętrzne i zewnętrzne — zresztą również z wątpliwym wynikiem.

O wahaniach chorobliwości miesięcznej w europejskich epidemiach zimniczych.

Napisał

Dr Zenon Grossek

lekarz miejski w Kołaczycach.

(Dokończenie.)

Przytaczam najpierw przykłady, w których krzywizna wiosenna góruje nad krzywizną letnio-jesienną:

1) Krzywa chorych zimniczych z wszystkich szpitali w Mnichowie (48° 4′) z lat 1860—4, 2,953 przypadków, — ułożona podług daty przyjęcia [14]).

2) Krzywa 401 przypadków zim. ze spostrzeżeń prof. C. A. Wunderlicha [15]) w Lipsku (51° 20′) z lat 1851—6, ułożona podług daty zachorowania.

3) Krzywa chorych na zimnicę żołnierzy Praskiej generalnej komendy z lat 1873—6, 4,640 przyp. [12]).

4) Krzywa Gradeckiej gen. komendy z lat 1873—6, 5,032 przyp. zim. [12]).

5) Krzywa z Celowca (46° 36′), na podstawie 25-letnich spostrzeżeń 1,101 przyp. zim. (przed r. 1859) podług Hussy i Hirscha (l. c.).

6) Krzywa gen. komendy Berneńskiej z lat 1873—6, 3,207 przyp. zim. [12]).

7) Krzywa z kliniki prof. Canstatta z Erlangen (49° 36′) w latach 1848—8, 151 przyp. zim. [16]). W tej epi-

[12]) Obacz zestawienia liczbowe w dołączonej tablicy, ułożone podług danych urzędowych zawartych w »Militärstatis. Jahrb. f. d. J. 1873—6«.

[14]) Archiv d. Heilkunde 1866. Str. 295.

[15]) Handb. der Path. und Ther. 2 wyd. 1856. Tom IV. Str. 473.

[16]) Vierteljahrschrift f. d. prakt. Heilkunde 1850. IV. Str. 89.

demii wydarzały się przypadki bagiennicy [17]), a gdy te bywają właściwe epidemiom drugiego typu, przeto odpowiednio do tego widzimy w tej krzywej wyraźną wyniosłość w miesiącach wrześniu i październiku.

8) Krzywa chorych zimniczych przyjętych do szpitala powszechnego we Wiedniu (48° 13') w ciągu lat 10 (przed r. 1859), 7,392 przyp. zimnicy, podług Hussy i Hirscha (l. c.), fig. 6.

Trzy ostatnie krzywe odznaczają się wybitnem siodełkowatem zagłębieniem pomiędzy szczytami wzniesień pierwszego i drugiego typu.

9) Krzywa Lwowskiej gen. komendy z lat 1873—6, 11,739 przyp. zim.[12]).

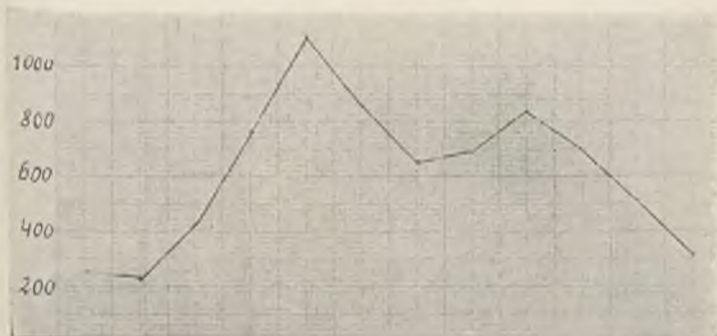


Fig. 6. — Wiedeń, 48° 13', przed r. 1859, 7,392 przyp. z. — Hussa-Hirsch.

10) Krzywa załogi Krakowa (50° 4') z lat 1894—8, 2,552 przyp. zim.[18]). Z współczesnych badań, dokonywanych w krakowskich szpitalach cywilnych i klinikach wiadomo, że wówczas wydarzały się w Krakowie i okolicach przypadki bagiennicy; zgodnie z tą okolicznością widzimy w tej krzywej stosunkowo znaczne nasilenie chorobliwości w czasie od lipca do września. Jednakowoż zaklęśnięcie lipcowe mało się tu uwydatnia, prawdopodobnie dlatego, że domniemany w tym miesiącu ubytek chorobliwości wiosennego okresu epidemicznego został wyrównany przez przybytek chorobliwości okresu letnio-jesiennego.

Obok tych krzywych przejściowych od krzywych mieszanych ku krzywym typu pierwszego, znanym jest szereg epidemii, w których wykreślnem przedstawieniu krzywizna typu drugiego wznosi się wyżej, aniżeli krzywizna typu pierwszego. Tu należą następujące krzywe (wszystkie okazują bardzo wyraźne rozgraniczenie obu krzywizn).

1) Krzywa gen. komendy Wiedeńskiej 1873—6, 8,325 przyp. zim.[12]).

2) Krzywa wojsk. komendy Krakowskiej 1873—6, 13,030 przyp. zim.[12]).

3) Krzywa z Szent-Miklos, 1854—6, 5,920 przyp. zim. podług Lacha i Hirscha (l. c.).

4) Krzywa z Corbeil (48° 35'), 4.807 przyp. zim. podług 20-letnich spostrzeżeń Petita, zestawionych przez Hirscha (l. c.).

5) Krzywa z Meldorf (54° 5'), 1842—63, 6,896 przyp. zim. spostrzeganych przez Michaelsena[19]).

6) Krzywa z Wilhelmshaven (53° 30'), 1864—9, 7,750 przyp. zim.[20]).

7) Krzywa załogi wojskowej w Komornie (47° 45'), 1873—6, 6,165 przyp. zim.[12]).

8) Krzywa wojskowej komendy Preszburskiej, 1873—6, 19,963 przyp. zim.[12]).

9) Krzywa wojskowej komendy Koszyckiej, 1873—6, 17,102 przyp. zim.[12]).

10) Krzywa gen. komendy Budapeszteńskiej, 1873—6, 23,660 przyp. zim.[12]), fig. 7.

11) Krzywa wojskowej komendy Sybińskiej, 1873—6, 14,156 przyp. zim.[12]).

12) Krzywa ze szpitalu cywilnego w Udine (46° 4'),

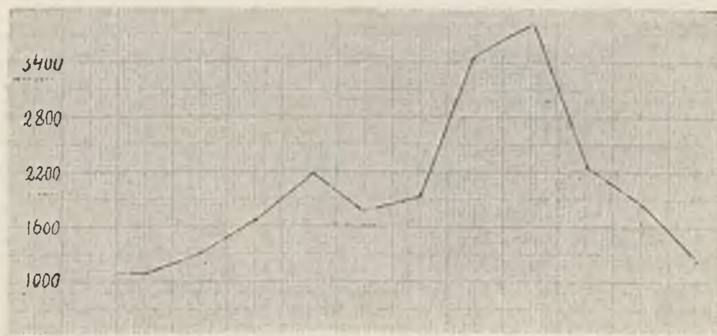


Fig. 7. — Gen. kom. Budapeszt, 1873—6, 23,660 przyp. zim.

1883—98, 170 przyp. zim. spostrzeganych przez Berghinza, podanych przez Celliego (l. c.).

13) Krzywa załogi wojskowej w Aradzie (46° 4'), 1873—6, 2,380 przyp. zim.[12]).

14) Krzywa wojsk. komendy Tryesteńskiej, 1873—6, 3,662 przyp. zim.[12]).

15) Krzywa załogi Piotrowaradynu (45° 18'), 1873—6, 3,965 przyp. zim.[12]).

16) Krzywa wojs. komendy Temeszwarskiej, 1873—6, 30,566 przyp. zim.[12]). Podobny przebieg epidemii zauważył w Banackim okręgu górskim w r. 1862 Weinberger[21]).

17) Krzywa załogi Osieku (45° 34'), 1873—6, 3,552 przyp. zim.[12]).

18) Krzywa gen. komendy Zagrzebskiej, 1873—6, 28,051 przyp. zim.[12]).

19) Krzywa chorych szpitalu w Terracinie (41° 18'), 6,945 przyp. zim., spostrzeganych przez Minziego, podanych przez Celliego (l. c.).

20) Krzywa wojskowej komendy Zadarskiej, 1873—6, 6,162 przyp. zim.[12]).

Ostatnie dwie krzywe są już bardzo zbliżone do krzywych czystego drugiego typu (fig. 2).

Widzimy w tych krzywych złożonych wyniosłość typu pierwszego w epidemiach krajów bardziej na północ położonych znacznie górującą, zaś obniżającą się pomiędzy 48 a 45° półn. szer. geogr.; wyjątkowo tylko spotykamy ją jeszcze zaznaczoną pod 41°.

Pomiędzy krzywemi złożonemi odrębne miejsce i uwaga

[17]) Patrz: Przegl. lek. 1906. Str. 583.

[18]) Obacz zestawienia liczbowe w dołączonej tablicy, ułożone podług urzędowych źródeł, zawartych w »Statistik der Sanitätsverhältnisse der Mannschaft des k. u. k. Heeres f. d. J. 1894—8.

[19]) Beiträge zur Medicinal-Statistik 1878, zeszyt III. Rysunek krzywej podaje Martini w Zeitschr. f. Hyg. und Infectionskrankheiten 1902. T. 41.

[20]) Podana przez Wenzla l. c. Tablica V. Krzywa B.

[21]) Ref. w Vierteljahrschr. f. d. prakt. Heilkd. 1862. III. An. Str. 14. W szpitalu garnizonowym Temeszwarskim rozpoznano 27. VI. 1898 napad malariae comatosae z plazmodyami we krwi, chory uleczony. Patrz: Statistik der Sanitätsverhältnisse d. M. d. k. u. k. Heeres 1898. Str. 53.

Wahania chorobliwości miesięcznej w wojsku austryackiem podług źródeł urzędowych. (Zestawienie własne.)

Było przypadków zimnicy	W roku	w styczniu	w lutym	w marcu	w kwietniu	w maju	w czerwcu	w lipcu	w sierpniu	w wrześniu	w paździer.	w listopadzie	w grudniu	Razem
W załodze wojskowej w Temeszwarze	1873	182	186	300	292	303	204	174	224	158	163	127	109	2422
	1874	20	31	23	25	26	31	36	39	46	29	20	21	347
	1875	11	9	23	19	16	26	25	40	63	67	45	15	359
	1876	37	29	38	28	25	27	28	81	129	54	40	42	558
	Suma	250	255	384	364	370	288	263	384	396	313	232	187	3686
W załodze wojskowej Krakowskiej	1873—1876	169	221	312	442	694	728	660	730	705	330	337	187	5515
W wojsku generalnej komendy Praskiej	1873—1876	189	191	264	309	595	698	640	498	465	310	277	204	4640
W wojsku generalnej komendy Gradeckiej	1873—1876	209	248	308	340	566	570	529	485	409	404	439	405	5032
W wojsku generalnej komendy Berneńskiej	1873 1876	117	81	133	179	368	467	467	330	405	278	220	162	3207
W wojsku generalnej komendy Lwowskiej	1873	35	31	76	98	182	258	283	281	229	190	166	66	1835
	1874	146	124	205	241	431	579	388	409	398	314	162	108	3505
	1875	87	56	88	148	330	467	439	396	349	213	90	76	2739
	1876	41	64	108	248	660	815	496	424	349	234	144	77	3660
	Suma	309	275	477	735	1603	2119	1606	1510	1325	951	502	327	11739
W załodze wojskowej Krakowskiej	1894—1898	84	87	82	157	286	463	421	382	299	142	93	62	2552
W wojsku generalnej komendy Wiedeńskiej	1873—1876	410	389	447	569	982	940	821	768	1097	694	672	536	8325
W wojsku wojskowej komendy Krakowskiej	1873—1876	434	479	692	942	1545	1566	1408	1645	1925	1166	818	470	13030
W załodze wojskowej w Komornie	1873—1876	159	133	347	367	515	409	549	1084	1085	676	527	314	6165
Wśród żołnierzy wojskowej komendy Preszburskiej	1873—1876	672	584	913	1179	1866	1696	1664	3058	3446	2199	1631	1055	19963
Wśród żołnierzy wojskowej komendy Koszyckiej	1873—1876	813	575	785	984	1527	1311	1276	2368	2902	1810	1631	1120	17102
W wojsku generalnej komendy Budapeszteńskiej	1873—1876	1125	1095	1320	1632	2190	1789	1933	3429	3822	2239	1837	1249	23660
Wśród żołnierzy wojskowej komendy Sybińskiej	1873—1876	753	777	788	739	1253	1155	1355	1597	1980	1534	1312	933	14156
W załodze wojskowej w Arad	1873—1876	102	107	128	120	205	194	206	423	355	272	202	66	2380
Wśród żołnierzy wojskowej komendy Tryesteńskiej	1873—1876	235	160	214	204	286	291	449	482	443	345	336	217	3662
W załodze wojskowej w Piotrowaradynie	1873—1876	222	204	262	355	204	168	282	665	839	240	277	187	3965
Wśród żołnierzy wojskowej komendy Temeszwarskiej	1873—1876	1844	1731	2097	2096	2346	2132	2321	4204	4614	3144	2442	1595	30566
W załodze wojskowej w Osieku	1873—1876	165	136	192	202	245	164	368	673	587	371	289	160	3552
Wśród żołnierzy generalnej komendy Zagrzebskiej	1873—1876	1188	1189	1346	1566	1835	1386	1913	4201	5710	3278	2611	1888	28051
Wśród żołnierzy wojskowej komendy Zadarskiej	1873—1876	163	127	97	134	193	268	414	1096	1288	1100	825	457	6162

Uwaga. W jednej miejscowości nie występują epidemie po sobie z szablonową jednostajnością, lecz często charakter ich się zmienia, o ile o tem z liczbowego nasilenia przypadków zimnicy wnosić można. Jako przykład podaję tu liczby z poszczególnych lat w załodze temeszwarskiej i lwowskiej. W lwowskiej n. p. było największe nasilenie zimnicy w r. 1873 w lipcu i sierpniu, natomiast w 3 następnych latach w czerwcu (w roku 1876: 815!). Z innych miejscowości musiałem dla oszczędności miejsca ograniczyć się do podania ogólnych liczb z lat kilku razem.

należy się krzywej z Krommenie, 1901, z 325 przyp. zim., narysowanej na podstawie H. J. M. Schoo[22]) w fig. 8.

Krzywa ta zarówno w linii (pełnej) chorobliwości ogólnej, jakoteż w linii (kreskowanej) pierwszych zakażeń, okazuje 2 wzniesienia, czerwcowe i sierpniowe, oddzielone zaklęśnięciem w lipcu. Znalezione przez tego autora widlisze gatunku *an. claviger* (zakażone), tłómaczą oczywiście tylko wzniesienie typu drugiego, w czasie bowiem, odpowiadającym pierwszej wyniosłości, Schoo wcale nie zauważył liczniejszego pojawiania się tych owadów.

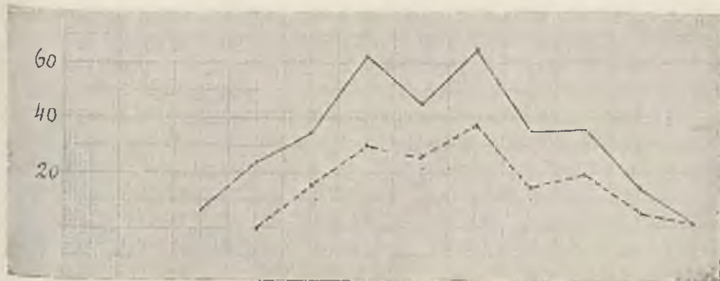


Fig. 8. — Krommenie, 1901, 325 przyp. zim. — Schoo.

Krzywa ta daje przykład na poparcie twierdzenia, iż leczenie chininą, umiejętnie w tym przypadku prowadzone wśród ludności holenderskiego miasteczka, zamożnej i darzącej lekarzy pełnem zaufaniem, nie wystarczyło przecież do stłumienia epidemii w miesiącu lipcu, jakby tego należało oczekiwać podług teoryi szkoły Kocha, lecz owszem, nasilenie chorobliwości dopiero w sierpniu dochodzi do zenitu.

Natomiast pośród wszystkich innych ta epidemia zajmuje wyjątkowe stanowisko przez to, iż pomimo wyraźnych cech typu drugiego nie stwierdzono w niej ani jednego przypadku bagiennicy. Jestto dotychczas jedyny znany przykład braku pasorzytów bagienniczych wśród epidemii, szerzonej przez widlisze gatunku *an. claviger;* z tego jednak daleko idących wniosków epidemiologicznych wyciągać nie możemy.

Przeciwnie, wszystkie znane szczegóły potwierdzają główną treść przypuszczenia Grawitza, że dla obu typów nagminnego szerzenia się zimnicy istnieją czynniki wywołujące oddzielne i odmienne. Przytoczone spostrzeżenia dostatecznie usprawiedliwiają następujące bliższe określenia tego przypuszczenia: iż mianowicie w Europie środkowej i północnej oprócz widliszów gatunku *an. claviger*, istnieje jeszcze inny przenośnik zimnicy, względnie żywiciel pasorzytów łagodnej trzeciaczki i czwartaczki, który żyje na stałym lądzie Europy, w obecności wód słodkich, głównie pomiędzy 45 a 64⁰ szer. półn., a wchodząc w najczęstszą styczność z ludźmi od lutego do maja, wywołuje szerzenie się epidemii pierwszego typu.

Czy to jest inny gatunek widliszów, czy inny komar lub wreszcie twór, przynależny do innej klasy zoologicznej, tego przesądzać nie można; wykrycie tego przenośnika stanowi wdzięczne zadanie dla badań przyszłych, które z natury rzeczy mogą i powinnyby być dokonane w tym kraju Europy środkowej, gdzie współcześnie zimnica nagminnie w obu typach najrozleglej się szerzy, to jest w Galicyi.

[22]) Malaria in Krommenie. Weekblad van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. 1902. I. 10. Str. 507.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Huber. **Dziedziczność wrzodu żołądka.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 5). Teorye, które podawano dla wytłómaczenia powstawania wrzodu żołądka, przeważnie nie wytrzymują krytyki. Stwierdzono już n. p., że przy wrzodzie żołądka może być i obniżenie kwaśności, a nadmierna kwaśność jest dopiero skutkiem drażnienia żołądka przez wrzód. Najlepiej jeszcze tłómaczy się powstawanie wrzodu zmianami trofoneurotycznemi. Po przecięciu nerwu błędnego tworzą się u zwierząt nieraz wrzody. Te zaś zmiany trofoneurotyczne są, zdaniem H., dziedziczne. *Klęsk.*

Prof. Eiselsberg. **W sprawie leczenia wrzodów żołądka i dwunastnicy, przedziurawiających do jamy otrzewnej.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 50, 1906). Po przebiciu się wrzodu do jamy otrzewnej zaledwo 5 prc. chorych bez operacyi zdrowieje. Natomiast rychła operacya zapewnia 60 prc. i więcej wyzdrowień. Po opisaniu swych 12 przypadków zachęca autor gorąco do zakładania chwilowej przetoki jelita czczego przy operacyi. Przetoka wymaga zaledwo kilku chwil czasu i nie przedłuża zbyt operacyi. Chorych odżywiać wtedy można zaraz i odnosi się wrażenie, że znoszą oni lepiej ciężkie zakażenia. *Klęsk.*

Katzenstein. **Zmiany mechanizmu żołądka po połączeniu tegoż z jelitem i wpływ tej operacyi na wrzód i na raka.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 3, 1907). Badania autora na zwierzętach dowiodły, że po połączeniu żołądka z jelitem sok trzustkowy dostaje się obficie do żołądka. Przy niepodawaniu tłuszczów w $1^1/_2$ godziny po jedzeniu wykryć można w żołądku żółć i sok trzustkowy, przy podawaniu zaś tłuszczów w $^1/_2$ godziny. Wpływ soku trzustkowego objawia się obniżeniem kwaśności żołądka. Wskutek tego działanie pepsyny się zmniejsza, trypsyna natomiast działać może mimo chwilowego kwaśnego odczynu. Połączenie żołądka z jelitem nie wpływa wybitnie na poprawę mechanizmu żołądka. Wrzód jelita występuje tylko po operacyi z powodu wrzodu żołądka, nigdy przy raku. Wrzód żołądka po operacyi leczy się właśnie przez alkalizacyę treści żołądkowej. Chorym na wrzód podawać się powinno po operacyi tłuszcze i węglowodany; żołądek nie powinien być nigdy pusty, najlepiej też co 2 godziny podawać płyny. Po operacyi przy raku działanie korzystne polega także na tem, że trypsyna trawi częściowo tkankę rakową; dlatego też, jeżeli wyciąć raka nie można, powinno się i tak operować, wykonać gastroenterostomię, choćby nowotwór był duży i rozległy. *Klęsk.*

Hans. **Sączek nitkowy.** (*Zentr. f. Chir.* 1906, Nr 47). Żaden chirurg, nawet w najdoskonalszych warunkach obecnej aseptyki operujący, nie może po operacyi ręczyć, że rana pozostała czystą i nie nastąpi ropienie i że wobec tego nie byłoby korzystniej pozostawić ranę otwartą i założyć sączek. Stosowanie atoli sączków, obecnie używanych, zwłaszcza przy zabiegach w jamie brzusznej, usposabia do przepuklin. Z tych względów stosuje autor sączek z nitek katgutowych, który dozwala na zupełne zamknięcie rany, a jednak ułatwia doskonale odpływ wydzieliny na zasadzie włoskowatości. Przy operacyach w jamie brzusznej po zeszyciu rany wewnętrznej odcina H. jedną nitkę katgutową dostatecznie długo, następnie przeprowadza ją najkrótszą drogą przez ranę zewnętrzną i umocowuje tymczasem szczypczykami, a później przylepcem. Jeżeli jest wskazane założenie grubszego sączka, pozostawia H. takich nitek kilka, które następnie skręca i przeprowadza na zewnątrz. Grubszego katgutu, niż Nr 2, nie używa, w tym celu często zastępuje go jedwabiem, który w tych przypadkach przywiązuje do krótko odciętego szwu katgutowego. Przy plastyce ścięgien, nawet w ranach nieczystych, postępował H. również podobnie; zszywał najprzód ścięgna jedwabiem, następnie katgutem, przeprowadzając go przez ścięgno i pochewkę, poczem końce wyprowadzał na zewnątrz. *Dr Kasprzyk.*

Gelpke. **O gruźliczem zapaleniu otrzewnej na mocy 64 częściowo operacyjnie, częściowo wewnętrznie leczonych przypadków.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 84, Z. 4—6). Gruźliczy wysięk otrzewnej jest, zdaniem G., niejako naturalną surowicą, niszczącą prątki; im tego wysięku więcej, tem rokowanie lepsze. Wobec tego nie należy zawsze i wszędzie usuwać odrazu wysięku; konieczna potrzeba usunięcia wysięku zachodzi tylko wtedy, gdy jest on bardzo duży lub trwa długo. *Klęsk.*

Barth. **Wskazówki do rozpoznawania różniczkowego zapalenia otrzewnej.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 51, 1906). Objawy zapalenia otrzewnej, podawane w podręcznikach, nie są

dla chirurga dostateczne, albowiem są to już objawy bardzo rozwiniętej sprawy i wtedy często już na operacyę za późno. Nie należy też czekać na wystąpienie silnego wzdęcia i nitkowatego tętna, lecz trzeba starać się rozpoznać zapalenie otrzewnej w początkach, wtedy, kiedy daje ono jeszcze objawy tak zwanego podrażnienia otrzewnej. Wczesne rozpoznanie oprzeć można na następujących wskazówkach: 1) podmiotowe uczucie bolu, 2) odruchowe napięcie powłok brzusznych, 3) podniesienie się ciepłoty, 4) wymioty. W zapaleniach otrzewnej surowiczych i w zapaleniach tryprowych, gdzie nie powinno się operować, brakuje zawsze napięcia powłok, natomiast w zapaleniach po pęknięciu jelit i t. d. występuje to napięcie bardzo rychło. *Klęsk.*

Hotchkiss. **Postępowanie przy rozlanem ropnem zapaleniu otrzewnej w następstwie zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Annals of. surg.* 1906, sierpień). Postępowanie H. przy rozlanem ropnem zapaleniu otrzewnej wskutek zapalenia wyrostka robaczkowego, które niema skłonności do wytwarzania zlepów, jest następujące: Małe cięcie mięśniowe według Mc Burneya, do uśpienia mało eteru, usunięcie wyrostka, przepłukanie jamy brzusznej znaczną ilością soli, szew otrzewny i sączkowanie rany zewnętrznej. Sączkowanie (sączkiem, czy gazą) jamy otrzewnej uważa H. nawet za szkodliwe; tylko wtedy może ono być wskazane, jeżeli po usunięciu wyrostka pozostała jeszcze nekrotyczna tkanka. Z 28 w ten sposób operowanych chorych zmarło tylko 5. *Dr Kasprzyk.*

Prof. Fiori. **Leczenie chirurgiczne ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego w okresie pośrednim.** (*Zentralbl. f. Chir.* 1906, Nr 41). O ile w okresie pierwszym ostrego zapalenia wyrostka zgodzono się powszechnie na niemieckiem Zjeździe chirurgów (kwiecień, 1905) na chirurgiczny sposób leczenia, o tyle co do postępowania od 3 dnia choroby zapatrywania są podzielone, a często wprost sprzeczne. Hagen i inni, obliczając śmiertelność w tym okresie przy postępowaniu chirurgicznem na 35 prc., odradzają stanowczo operacyi. Przeciw temu zapatrywaniu występuje Biondi, który w 53 własnych przypadkach operowanych, począwszy od 3 dnia choroby, miał tylko 8 prc. śmiertelności i uważa zabieg chirurgiczny za konieczny. Fiori popiera w zupełności zapatrywanie Biondiego. Operował on 10 przypadków między 3—17 dniem choroby i stracił tylko jednego chorego. Były to przeważnie takie przypadki, w których wyrostek robaczkowy uległ już zgorzeli lub zropieniu, w 4 przypadkach doszło już do przedziurawienia, w jednym zaś było rozlane ropne zapalenie otrzewnej. F. podkreśla wbrew dotychczasowemu przypuszczeniu brak rozszerzania się zapalenia po operacyi. Zwraca również uwagę, że nie każdemu zapaleniu wyrostka towarzyszy zapalenie okołowyrostkowe, a symptomatologia nieraz stoi w sprzeczności ze zmianami anatomicznemi. Ujemną stroną leczenia wyczekującego jest właśnie to, że sprawa ropna często się zaostrza, szerzy się dalej, wywołując nieraz odległe przerzuty, lub przebijając do różnych narządów. W razie zropienia lub przebicia kątnicy radzi F. wyrostek usunąć, o ile niema zbyt silnych zrostów, i miejsce przebicia zaszyć. W każdym przypadku, nawet przy nacieku surowiczym pozostawia ranę otwartą i zakłada sączek, w przypadkach zaś znacznych zmian wyrostka, a braku zrostów, układa operowaną część jelita w ranie, otaczając ją aseptyczną gazą. *Dr Kasprzyk.*

Haim. **W sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Zentralbl. für Chir.* 1907, Nr 2). Badania bakteryologiczne w ostrych zapaleniach wyrostka robaczkowego doprowadzają H. do ciekawych wyników. Tak n. p. ciężkie rozlane formy, wywoływane przez paciorkowce, występują podług H. głównie na wiosnę i w jesieni. W krajach północnych wywołuje najczęściej tę chorobę prątek okrężnicowy i dwoinka zapalenia płuc, w Niemczech, Francyi, Ameryce prątek okrężnicowy i paciorkowiec i t. p. Te różnice, zależne od położenia geograficznego, uważa H. za przyczynę tak znacznych różnic śmiertelności w statystykach różnych krajów. Ciężkie postacie choroby, polegające na zakażeniu paciorkowcem, wydarzają się głównie u ludzi młodszych i dają u nich rokowanie o wiele lepsze, niż takież cierpienie u starszych osób. Rokowanie zależy zresztą bardzo od operacyi, którą się powinno podejmować jaknajwcześniej. *Klęsk.*

Prof. Fiori. **Utajone zmiany wyrostka robaczkowego przy leczeniu wyczekującem.** (*Zentralbl. f. Chir.* Nr. 5, 1907). Autor, powołując się na 4 przypadki, w których wykonał zabieg chirurgiczny w 2½—5 miesięcy po typowym napadzie i znalazł znaczne i groźne zmiany około wyrostka, pomimo że przez ten czas nie było żadnych dolegliwości, zwraca uwagę na ten utajony przebieg zapalenia i na niebezpieczeństwo, w jakiem chory ciągle się znajduje. W przypadkach owych jedynie badanie krwi stwierdzało leukocytozę i polynukleozę. Na badanie to kładzie przeto F. nacisk. *Kasprzyk.*

Franke. **Przyczynek do chirurgicznego leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego i jego następstw.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 51, 1906). Zdaniem autora każde zapalenie wyrostka robaczkowego należy do chirurga. Wyleczeń samoistnych niema. Choroba w każdym okresie nadaje się do operacyi z wyjątkiem niewielu wyjątków. Jednorazowy napad bez nawrotów nie dowodzi wyleczenia, ani pewności żadnej nie daje. Ropnie należy otwierać o ile możności nie zaotrzewnie. Sprawy ropne radzi autor szeroko tamponować, a nie sączkować po częściowem zaszyciu. *Dr Klęsk.*

Bühlmann. **O leczeniu operacyjnem przepuklin pachwinowych u dzieci.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 83). Prof. Tavel w Bernie bez względu na wiek dziecka, o ile można natychmiast po pojawieniu się przepukliny, przystępuje do zabiegu chirurgicznego metodą, podobną do podanej przez Broca i Stilesa. W uśpieniu — zwykle eterowem, — prowadzi cięcie przez szyjkę worka, równolegle do więzadła Pouparta, bez otwierania kanału pachwinowego, następnie po nacięciu osłonki wspólnej (*tunica vag. comm.*) i oddzieleniu od worka powrózka nasiennego wraz z jego dodatkami, nie otwierając worka przepuklinowego, odprowadza przepuklinę, do czego zwyczajnie wystarcza skręcenie worka, które wykonywa w sposób następujący: ująwszy koniec worka szczypczykami, skręca go i nawija, pociągając silnie na zewnątrz. Następnie odciąwszy worek po podwiązaniu, odpreparowuje nieco otoczenie pierścienia, ściąga go trzema szwami; wreszcie szew skórny i opatrunek. Operując tym sposobem 144 przepukliny u 117 dzieci (10 dziewcząt, 107 chłopców) miał prof. Tavel jeden przypadek śmierci i jeden nawrót, w 5 przypadkach zgojenie *per secundam* bez nawrotu przepukliny. Statystycznie stwierdził B. jako czynniki, usposabiające do przepuklin, dziedziczność i poród przedwczesny. B. zwraca uwagę na topograficzne stosunki kanału pachwinowego u dzieci. Gdy u dorosłych kanał przebiega skośnie, to u dzieci biegnie on prawie wprost w kierunku strzałkowym do jamy brzusznej. Nadto fałdy otrzewne przedniej ściany brzusznej są u dzieci więcej do siebie zbliżone i silnie rozwinięte, zwłaszcza fałd, zawierający więzadło pęcherzowo-pępkowe boczne, wskutek czego dołek pachwinowy środkowy jest oporniejszy. Tem się tłómaczy stosunkowa rzadkość przepuklin pachwinowych środkowych u dzieci.

Dr Kasprzyk.

K. Fiedler. **Idealny pasek przepuklinowy dla osesków.** (*Zentralbl. f. Chir.* 1906, Nr 44). Używanie zwykłych pasków przepuklinowych u osesków i małych dzieci o tyle jest niedogodne, że trudno się trzymają na małem i ruchliwem ciele dziecka, łatwo ulegają zanieczyszczeniu, wywołując następnie wypryski. Dlatego F. improwizuje pasek przepuklinowy w następujący sposób: Z 20—30 wełnianych białych nitek tworzy pętlę około 40 ctm. długą; do jednego końca pętli przywiązuje dwie zwykłe tasiemki. Po odprowadzeniu przepukliny, zakłada pętlę około brzucha, a przez jej oko przeprowadza koniec z tasiemkami w ten sposób, że węzeł pętli leży na wrotach przepuklinowych. Pod węzeł podkłada poduszeczkę (pelotę) z czystej waty, przyciąga dostatecznie pętlę i taśmy związuje około uda. Prosta, a elastyczna ta opaska zapobiega według F. zupełnie występowaniu przepukliny, a posiada tę zaletę, że matka, zaopatrzywszy się w kilka podobnych opasek, może je sama zmieniać w miarę zanieczyszczenia, przepierać i w ten sposób dziecko zawsze utrzymywać w czystości. *Dr Kasprzyk.*

Sławiński. **O częściowej resekcyi powrózka nasiennego przy doszczętnej operacyi przepuklin pachwinowych.** (*Zentralblatt für Chirurgie* Nr 50, 1906). Przecięcie tętnicy nasiennej nie wywołuje — wbrew dotychczasowym zapatrywaniom — ani zgorzeli, ani zaniku jądra. Już Pólya zmieniając sposób Bassiniego, radzi wobec grubego sznura nasiennego usuwać dźwigacz jądra (*m. cremaster*) i żyły, które opuszczają powrózek nasienny przy pierścieniu zewnętrznym i biegną ku środkowi do żyły nabrzusznej (*v. epigastrica*). S. idzie jeszcze dalej, gdyż w przypadkach olbrzymich przepuklin i znacznej grubości powrózka usuwa na pewnej przestrzeni wszystkie naczynia wraz z otaczającą je tkanką, pozostawiając tylko przewód nasienny. Na podstawie topograficznego ułożenia tętnic, zaopatrujących jądro, wywodzi S., że zachowanie tętnicy przewodu nasiennego (*art. deferentialis*) wystarcza zupełnie do odżywienia jądra. S. postępuje w ten sposób: Po wyosobnieniu szyjki worka, odprowadzeniu przepukliny, podwiązaniu i zeszyciu szyjki, oddziela się przewód nasienny od otaczającej go tkanki na przestrzeni między obydwoma pierścieniami, następnie tkankę tę odcina się tuż

przy pierścieniu przepuklinowym. Dalsze postępowanie, jak przemieszczenie sznura z wytworzeniem nowego kanału, wykonuje się według znanego sposobu Bassiniego. W 7 przypadkach w ten sposób operowanych, nie zauważył S. żadnego ujemnego wpływu na jądro. *Kasprzyk.*

Girgolaff. **Plastyka otrzewna wolnymi kawałkami sieci.** (*Zentralbl. f. Chir.* 1906, Nr 46). O ile plastyka przy pomocy sieci nieresekowanej zyskała sobie już uznanie, o tyle pokrywanie ubytków w jamie otrzewnej przy pomocy wolnych kawałków sieci wymaga jeszcze doświadczalnego uzasadnienia. Doświadczenia takie wprawdzie już przedsiębrano, ale tylko na królikach i świnkach morskich, u których sieć różni się znacznie od sieci u ludzi. Dlatego G. użył do swych doświadczeń psów i kotów, których sieć podobna jest pod każdym względem do sieci ludzkiej. Sztuczne ubytki w żołądku, pęcherzu i różnych częściach jelita, pokrywał odciętymi płatami sieci. Już 48 godzin wystarcza, by wszczepiony wolny płat sieci przyrósł dostatecznie do podłoża. Płaty te nie ulegały nigdy obumarciu, nawet przy ropieniu rany. Korzystne wyniki pod każdym względem uzyskał G. przy przeszczepianiu sieci na żołądek, jelito grube i pęcherz; na jelicie cienkiem natomiast były wyniki o tyle gorsze, że przeszczepione kawałki zrastały się napowrót z siecią, lub z otrzewną ścienną. Przy wszczepianiu wolnych kawałków sieci w ubytki wątroby przekonał się G., że takie »żywe tampony« doskonale zapobiegają następowym krwawieniom pooperacyjnym. Dalsze wyniki swych doświadczeń ogłosi autor później. *Dr Kasprzyk.*

Springer. **W sprawie plastyki otrzewnej wolnymi kawałkami sieci.** (*Zentralbl. f. Chir.* Nr 49, 1906). Wobec wyników, ogłoszonych przez Girgolaffa, podaje S. wyniki swoich doświadczeń, podjętych również na psach przed $2^1/_2$ roku. Według niego sposób ten nie rokuje wielkich nadziei dla chirurgii praktycznej, wbrew optymistycznym zapatrywaniom Girgolaffa. Już to samo, że sieć u psów jest cienka, a u człowieka gruba i bogata w tłuszcz, nie pozwala na porównania, wiadomo bowiem, że tkanka tłuszczowa jest bardzo skłonna do martwicy. Następnie sieć przeszczepiona wytwarza silne zrosty, zwłaszcza na jelicie cienkiem, gdzie właśnie mogłaby oddać wielkie usługi w chirurgii. Kawałki wszczepione nie chronią wcale jelita od przedziurawienia. Stwierdził to S. własnemi doświadczeniami, pokrywając niedostateczne szwy. We wszystkich tych przypadkach nastąpiło przedziurawienie jelita i zwierzęta ginęły. Wobec tego przeszczepianie sieci dałoby się zastosować tylko w dosyć szczupłych granicach. Powyżej pępka i przy resekcyach wątroby, można z doskonałym skutkiem wszczepiać sieć bez odcinania z niej wolnych płatów. Jedynie przy plastyce narządów, poniżej pępka leżących, mogą zajść wskazania, gdzie przeszczepianie wolnych płatów sieci oddałoby znaczne usługi. S. spodziewał się, że uda się mu przez takie przeszczepianie zapobiedz zrostom pooperacyjnym. Doświadczenia jednak dowiodły, że płaty przeszczepione aż do 2. dnia, t. j. do czasu przyrośnięcia do podłoża, wytwarzają zlepy wskutek niedokrwienia; albowiem jeżeli wywołał czasowe niedokrwienie w obwodowej części sieci przez zaciśnięcie jej u podstawy, cała ta część sieci zrastała się silnie z sąsiednimi narządami i ścianą brzuszną. *Dr Kasprzyk.*

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Eichelberg. **W sprawie pourazowych zwężeń żołądka w następstwie zrostów zapalnych w jamie brzusznej.** (*Aerzt. Sachverst.-Ztg.* Nr 1, 1907). Murarz, l. 51, przedtem zdrowy, spadając z wysokości 10 m., doznał zwichnięcia lewego stawu łokciowego i złamania 7—9. lewego żebra, powikłanego zranieniem płuca. Obrażeń narządów jamy brzusznej nie stwierdzono. W pół roku po wypadku powrócił do pracy, skarżąc się jedynie na bolesność w okolicy żołądka. Po kilku miesiącach zachorował nagle wśród duszności i gorączki. Stwierdziwszy ropniaka opłucnej, wypuszczono ropę, wśród której znalazły się odłamki kostne. W kilka miesięcy później wystąpiły objawy potęgującego się zwężenia odźwiernika i chory z wyniszczenia zginął. Sekcya stwierdziła silne zrosty płuca lewego z przeponą, przepony z przednią ścianą żołądka, oraz zrosty między krzywizną małą żołądka, odźwiernikiem i wątrobą, które zagięły kolankowato żołądek. Prócz tego na tylnej ścianie żołądka poniżej wpustu na błonie śluzowej bliznę, zwężającą światło. Nadto stwierdzono ślady złamania dwóch kręgów (12 piers. i 1 lędźw.). Eichelberg przyjmuje, że upadek stał się przyczyną pęknięcia błony surowiczej i śluzowej żołądka, wskutek czego powstały zrosty z otoczeniem i zbliznowacenie warstwy wewnętrznej. Wrzód okrągły wyłącza na podstawie wywiadów i wyglądania blizny. Odłamki kostne wywołały na opłucnej i przeponie sprawę ropną, a zejściem jej stały się zrosty, zacieśniające odźwiernik. W końcu przytacza E. dwa znane mu, zupełnie podobne przypadki, w których, mimo braku wybadalnych uszkodzeń po tępym urazie, doszło do groźnych objawów niedrożności żołądka skutkiem zrostów. *Bujak.*

Schweckendick. **Przypadek urazowej cukrzycy.** (*Allgem. med. Centr. Ztg.* 1907, Nr. 1). Autora wezwano do 6-letniego chłopca, który poprzedniego dnia kopnięty został w okolicę pępka, upadł na ziemię wśród gwałtownych bolów, trwających 10 minut, i odtąd odczuwa gwałtowne pragnienie i oddaje bardzo dużo moczu. Tętno 60, ciepł. 37·1, twarz blada, kończyny zimne, brzuch miernie wzdęty, w okolicy pępka tkliwy. Badanie moczu o c. wł. 1020 nie stwierdziło w dniu następnym ani białka, ani cukru, natomiast w 2 dni później znaleziono c. wł. 1030, cukru $4^3/_4$ prc., aceton i kw. acetooctowy. W 6 dni po urażie śmierć wśród śpiączki; na kilka godzin przed śmiercią krwawe stolce. Na sekcyę rodzice nie zezwolili. Należy przyjąć, że ta cukrzyca, bardzo ostro przebiegająca, pozostawała w związku z urazowym krwotokiem trzustkowym i martwicą trzustki, lub też z uszkodzeniem nerwu trzewnego. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Tetzer. **Zanik mięśni rdzeniowy postępujący (typ Duchenne-Aran) po urazie.** (*Aerztl. Sachverst.-Ztg.* Nr 1, 1907). Tak, jak powstanie jamistości rdzenia (syringomyelii), wiądu rdzenia i bocznego stwardnienia rdzenia z zanikiem mięśni (*sclerosis lateralis amyotrophica*) pod wpływem urazu jest rzeczą niepewną, tak samo i co do rdzeniowego zaniku mięśni ostatniego zdania wypowiedzieć jeszcze nie można. Jedynie tylko przy stwardnieniu rozsianem (*sclerosis disseminata*) można się według Schmausa z większem prawdopodobieństwem dopatrywać tego związku przyczynowego z urazem. W wielu jednak razach uraz może stać się przyczyną pośrednią w powstawaniu chorób rdzenia, czyli może być czynnikiem wyzwalającym. To ma szczególnie ważne znaczenie dla lekarzy-znawców. Na dowód, że choroby rdzenia mogą występować po urazach, działających na powierzchnię ciała, przytacza autor następujący przypadek. U montera S., dotychczas zupełnie zdrowego, po naciągnięciu kciuka prawego, połączonem z bólem, występuje wychudnięcie mięśni palca wielkiego. W pół roku po wypadku wyraźny zanik mięśni dłoni prawej i tkliwość wzdłuż przebiegu nerwu środkowego i łokciowego. Sprawa zanikowa posunęła się potem dalej na mięśnie przedramienia i ramienia prawego, a następnie rozwinęła się, aczkolwiek w mniejszym stopniu, na ręce lewej i kończynach dolnych. Ponieważ brakowało zmian czucia, przemawiających za innemi schorzeniami rdzenia, przeto T. rozpoznał zanik mięśni rdzeniowy postępujący. W orzeczeniu lekarskiem trzeba rozważyć następujące możliwości: 1) Choroba mogłaby się była rozwinąć i bez urazu, uraz zaś dał powód choremu do bacznego zwracania uwagi na swe zdrowie. 2) Choroba istniała już przedtem, uraz zaś ją pogorszył. 3) Choroby przed urazem nie było, a było tylko pewne do niej usposobienie, z powodu czego uraz mógł się stać czynnikiem, wyzwalającym chorobę. 4) Choroby przedtem nie było, a uraz niema żadnego wpływu na jej powstanie. Ponieważ sprawa chorobowa rozpoczęła się w tej kończynie, której palec uległ naciągnięciu, należy przyjąć możliwość związku przyczynowego urazu z chorobą. — Orzeczenie wydał autor następujące: 1) S. stał się odrazu niezdolnym do pracy. 2) S. cierpi na zanik mięśni rdzeniowy postępujący, który albo mógł być wyzwolonym przez wypadek, albo istniał już przedtem, lecz nie został zauważonym, albo uraz doznany wywarł niekorzystny wpływ na przebieg tej choroby. 3) Czy w danym przypadku należy wypłacać rentę, jest rzeczą sędziów. *T. Kleczkowski.*

Sacher Masoch i Masochizm.

Szkic literacko-psychiatryczny według collegium publicum.

Skreślił

Prof. Dr L. Wachholz.

(Ciąg dalszy.)

III. Masochizm, a Słowiańszczyzna.

Eulenburg[25]) powiada: »Uderzające zamiłowanie Sacher-Masocha do bohaterów i bohaterek opisanego gatunku wypływa widocznie ze szczególnego, w słowiańskim pierwiastku ludowym

[25]) Sexuale Neuropathie l. c. str. 111 i Sadismus u. Masochismus l. c. str. 50.

czerpiącego swą podstawę zapatrywania na stosunek wzajemny płci; zapatrywania, które — nie bez słuszności — miłość pojmuje jako walkę płci, a w walce tej kobietę jako silniejszą, — jak to się zresztą niewątpliwie do pewnego stopnia zdarza u niektórych narodów słowiańskich z powodu bogatego uzdolnienia i większej siły woli ich kobiet«. Na innem miejscu czytamy znowu u Eulenburga zdanie: »Trzeba przyznać, że Sacher-Masoch czerpał z pewnego oznaczonego środowiska, jak również z pełnych wrażenia wspomnień młodocianych i że jego postacie przynajmniej w części opierają się na w istocie istniejących i etnologicznych stosunkach«. Powyższe zdania oparł Eulenburg, a raczej przejął je od Schlichtegrolla, na którego tak często się powołuje. Schlichtegroll zaś powiada w tonie wyroczni: Sacher-Masoch »znajdował modele swych bogiń miłości w swej ojczyźnie. Słowiańska kobieta jest inną, niż romańska lub niemiecka. Jest ona chciwszą władzy, lecz zarazem pierwotniejszą i mniej sprzeczną ze swą naturą, jak tamte. Jeźli dobra, to jest najlepsza, jeźli zła, to najgorsza na ziemi«. »Pewien wybitny autor powiada w swem w r. 1848 bezimiennie wydanem dziele »o Galicyi«: Kobiety w tym kraju mają do wyboru albo opanować swego męża zupełnie i uczynić zeń swego niewolnika, jak się to tam zdarza w regule, lub poniżyć się do rzędu najnędzniejszych stworzeń«. Wszystkie szczegóły, podane przez Schlichtegrolla, a dotyczące Słowian, nie zaopatrzone nigdzie podaniem źródła, z którego je czerpał, nie odpowiadają prawdzie, a są natomiast owocem bujnej wyobraźni. Niezgodnym z prawdą jest też podany przez niego przewodni wpływ kobiety na mężczyzn. Zapatrywania powyższe zaczerpnął Schlichtegroll niewątpliwie tylko od uwielbionego przez się Sacher-Masocha, który snując większość swych utworów na kanwie słowiańskiej i kreśląc tylko wampiryczne postacie niewiast słowiańskich, podziałał suggestywnie na swego biografa. Nadto zamieszcza Sacher-Masoch w swych utworach częste, pozornie zupełnie już ściśle dowiedzione zdania o dominującej roli kobiety słowiańskiej. Tak np. czytamy następujące zdanie w jego »Demonie dziewiczości«: »Kobiety Hebbla (autora niemieckich »Schauerdramen«) nie kochają nigdy, pozwalają się tylko uwielbiać. Ten rys kobiecej natury jest dziewiczy i germański, lecz ponieważ go Hebbel stale do kobiety odnosi, staje się słowiańskim«. Przyznaje on dalej, że »rys dziewiczości, połączonej z pewną dzikością i zimnem okrucieństwem« pojawia się już w starogermańskich sagach i poezyi, znajdując wcielenie swe w postaci Brunhildy, poczem powiada: »Znamiennem jest, że Hebbel na końcu swej twórczości napisał »Demetriusa«, że w końcu przecież skierował się tam, dokąd cała jego jaźń, jego pessymizm, a nadewszystko jego pojmowanie życia płciowego pierwotnie już ciążyły, do wielkiego słowiańskiego świata wschodu. Tutaj to zajmuje kobieta to wszechpotężne stanowisko w stosunku do mężczyzny, o jakiem ciągle Hebbel marzy. Kobieta, która jak Maryna (Mniszchówna) czyni mężczyznę swym niewolnikiem, która go niekiedy kopie nogą, batem znieważa, nie stanowi tutaj (w Słowiańszczyźnie) zjawiska anormalnego, lecz tylko typ«. Powyższe zdanie, przypisujące kobiecie słowiańskiej wyłącznie typ wampiryczny, poparte wyrażeniem się w innej powieści (»Don Juan z Kołomyi«), że »Niemiec obchodzi się z kobietą, jak ze swą poddaną, natomiast Słowianie i zwłaszcza Rosyanie, jak monarcha z monarchą, równy z równym«, lub poparte twierdzeniem, że najbardziej cnotliwą kobietą polską jest ta, która równocześnie ma tylko jednego kochanka, oraz że »jest to już utartym zwyczajem u naszych (?!) Polek« rozłączać się w kilka lat po ślubie ze swym mężem (»Hasara Raba«), sprzeciwia się innemu zdaniu, które autor także w formie pewnika wypowiada w swej »Nowej Pompadour«. Tam bowiem czytamy: »Francuzka jest miłą i uprzejmą, jeźli jest cnotliwą, jeźli nią nie jest, staje się lekkomyślną; cnotą Niemek jest surowość, a występek ich staje się okrucieństwem«. W Sacher-Masochu jest wiele sprzeczności, jak wogóle i on sam w swem życiu i popędach stanowi sprzeczność z tem, czem być powinien. (C. d. n.)

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie w dniu 1. marca 1907.

1) Doc. Bednarski przedstawił z kliniki okulistycznej dziecko, które straciło wzrok z powodu zapalenia nerwów wzrokowych i rozwijającej się wskutek tego sprawy zanikowej. Dziecko to odznacza się niekształtną czaszką. Prelegentowi znany już jest cały szereg przypadków, gdzie **upośledzenie wzroku szło w parze z wadliwościami w budowie i rozwoju czaszki.** W dyskusyi przemawiali proff.: Schramm, Barącz i A. Gluziński. — 2) Dr Wolff przedstawił chorego z oddziału chirurg. szpitala powsz., z **obustronnem zwichnięciem** ramion **w stawie barkowym.** W dyskusyi przemawiali prof.: Schramm i Barącz. — 3) Dr Bocheński w zastępstwie prof. Marsa omówił **sposób opukiwania przez pochwę** w celach rozpoznawczych (z demonstracyami). W dyskusyi przemawiali: dr Czyżewicz (jun.), prof. Bylicki, dr Skałkowski i prof. Gluziński. — 4) Dr Bocheński przedstawił: a) chorą z przerzutami złośliwego **nabłoniaka kosmówki** *(chorionepithelioma malignum)* w pochwie; przerzuty, pod postacią trzech guzów, wystąpiły w 2 miesiące po prawidłowym porodzie; b) chorą z **ropniem,** powstałym **po porodzie pomiędzy pęcherzem a powłokami brzusznemi** (*cavum Retzii*).

W. Ziembicki.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Od czasu ufundowania dla Wydziału lokalu z biblioteką i salą zebrań przez kol. Heliodora Święcickiego, wzmógł się znacznie ruch naukowy i społeczny. Obecnie regularnie co dwa tygodnie odbywają się w lokalu Wydziału zebrania z ożywionemi dyskusyami, a prócz tego jeszcze zebrania redakcyjne »Nowin Lekarskich« pod kierunkiem energicznego i niestrudzonego kolegi Łazarewicza.

Posiedzenie w dniu 4. stycznia 1907

miało cechę wyłącznie zawodową. Chodziło o zajęcie stanowiska wobec propozycyi lekarzy niemieckich, żeby połączyć się z nimi w jednolitą organizacyą, walczącą z nadużyciami pacyentów, kas chorych, władz i t. d. Sprawozdawcą był dr Karwowski. Mimo że zebrani uznawali potrzebę wspólnej obrony przeciw nadużyciom niesumiennych pacyentów oraz wyzyskowi ze strony kas chorych, ogólnie przychylono się do zapatrywania sprawozdawcy, że połączenie się z kolegami, którzy ze spokojem patrzyli, jak jednego po drugim lekarza Polaka usuwano z każdej posady rządowej, albo w jakikolwiek sposób od rządu zależnej, jak przeciw lekarzom Polakom ustanawiano lekarzy hakatystów, udzielając im zapomogi rządowej i t. d. — w obecnych warunkach nie dawałoby pewności, czy i w projektowanym Związku Polacy nie zostaliby przez większość niemiecką pokrzywdzeni. Postanowiono więc i nadal tylko w poszczególnych przypadkach naradzać się wspólnie z lekarzami niemieckimi.

Posiedzenie w dniu 17. stycznia 1907

przeznaczone było na dyskusyę nad odczytem dra Karwowskiego: **„O krętkach bladych Schaudinna".** Referent uzupełnił swój odczyt dokładniejszem przedstawieniem rozpoznania surowiczego według Neissera, Brucha i Wassermanna. W ożywionej dyskusyi brali udział kol.: Łazarewicz, Ksawery Zakrzewski, Pomorski i inni. Następnie omawiano sprawę Zjazdu lekarzy i przyrodników we Lwowie.

Posiedzenie w dniu 8. lutego 1907

Pomorski przedstawił a) mięsaka olbrzymiokomórkowego *(epulis)*, b) dziecko, u którego przez transplantacyę mięśni nogi udało mu się uzyskać bardzo dodatni wynik kosmetyczny i czynnościowy, wreszcie c) **polipa odbytnicy** (z preparatem drobnowidowym).

Gantkowski zdawał sprawę o broszurce Radcy dra Franciszka Chłapowskiego »O chorobach zakaźnych«, napisanej popularnie dla ludu i polecał gorąco jej rozszerzanie, następnie omówił bardzo ciekawą statystykę, odnoszącą się do odpowiedzi 150 słynnych uczonych i pisarzy: o ile im używanie wyskoku ułatwia pracę i twórczość umysłową. Statystyka ta dosadnie wykazuje, że wyskok usuwa samokrytykę, a nigdy nie daje podniety umysłowej. Z własnych spostrzeżeń referent wspomina o słynnym autorze wielkopolskim, w którego utworach w pewnej epoce życia uwydatniła się chaotyczność i niejasność idei i to właśnie w czasie, gdy nadużywał wyskoku. Z chwilą zupełnego zaniechania wyskoku utwory jego zaczęły się odznaczać jednolitością i jasnością myśli.

Wreszcie Gantkowski apeluje do kolegów, by wzięli udział w zainicyowanym przez Karwowskiego (z Tow. higieniczno-społecznego) cyklu odczytów popularnych o higienie.

Karwowski.

Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

W roku 1906 odbyło się 5 posiedzeń naukowych w szpitalu powszechnym w Jarosławiu.

I. posiedzenie dnia 13 lutego 1906.

1) Odczytanie protokołu z poprzedniego posiedzenia.

2) Sprawozdanie roczne naukowe sekretarza.

3) Dyskusya w sprawie **cholery azyatyckiej.**

4) Wybór Wydziału sekcyi na rok 1906. Wybrani zostali przewodniczącym dr Władysław Czyżewicz; zastępcą dr Adolf Dietzius; sekretarzem naukowym dr Tadeusz Fechter; sekretarzem administracyjnym dr Roman Puzon; wydziałowym dr Antoni Sawicki; delegatami na walne zgromadzenie: Dr Czyżewicz, dr Fechter, zastępcami dr Meisels, dr Sawicki.

5) Dr. Sawicki: **Taryfy lekarskie** (część ogólna).

6) Dr Puzon przedstawia: *a*) 2 dzieci (2—3 lat), chorych na **zapalenie nagminne opon** mózgowordzeniowych, które po kilkakrotnem nakłuciu lędźwiowem wyzdrowiały; *b*) kobietę 74-letnią z **kiłą trzeciorzędną,** u której prócz rozpadłych kilaków na obu goleniach istnieje **łuszczyca przymiotowa** skóry i błon śluzowych.

7) Dr Fechter przedstawia chorych, operowanych w szpitalu: *a*) chorego po zabiegu doszczętnym z powodu **zapalenia wyrostka robaczkowego,** operowanego w 24 godzin po napadzie; *b*) chorą wyleczoną z **zapalenia ropnego otrzewnej** po porodzie, (otwarcie jamy brzusznej w linii białej, wypuszczenie ropy, przepłukanie 3 prc. rozczynem dwutlenku wodoru, fizyologicznym rozczynem soli kuchennej, tamponowanie jamy brzusznej gazą wyjałowioną); *c*) chorą, u której był **włókniakonerwiak** wielkości ziarnka kawy na prawem udzie, tuż poniżej pośladka; chora uskarżała się na gwałtowne bole w kończynie dolnej prawej i miała być leczoną na rwę kulszową przez rok bez wyniku; wycięcie guzka w znieczuleniu miejscowem sposobem Schleicha; wyleczenie; *d*) chorego z **powikłanem złamaniem** uda lewego ze strzaskaniem (*fractura complicata comminutiva*), tuż powyżej stawu kolanowego i z wybroczyną śródstawową znacznego stopnia; w uśpieniu chloroformowem po odkażeniu pola operacyjnego nakłuto staw kolanowy nożem brzuszkowatym, wypuszczono krew, odprowadzono odłamki i założono opatrunek gipsowy szynowy; po 3 tygodniach opatrunek wyciągający Volkmana; wyleczenie ze skróceniem 1 ctm.

Sekretarz: *Dr Fechter.*

W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego.

III.

Braki i potrzeby.

Zestawił **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

Przynajmniej jednak doczekać się może szpital lwowski w roku przyszłym choć początku ulepszeń i inwestycyi, gdyż w tej sprawie przedkłada Wydział krajowy tegorocznemu Sejmowi osobne sprawozdanie [1]). Oprócz całego szeregu zmian i adaptacyi proponuje Wydział krajowy budowę nowego pawilonu zakaźnego na 60 łóżek, a przerobienie obecnego pawilonu na oddział obserwacyjny psychiatryczny; koszt wszystkich tych robót wyniesie 520,000 K. Niezależnie od tego zyska szpital lwowski sporo miejsca przez usunięcie 2, dotychczas w szpitalu mieszczących się klinik, do zbudować się mających nowych gmachów. Nie należy wątpić, że Sejm tegoroczny, uchwalając wnioski Wydziału krajowego, pozwoli doprowadzić szpital do takiego stanu, abyśmy się za główny szpital w stolicy kraju przynajmniej wstydzić nie potrzebowali. I po tych inwestycyach nie będzie się czem pysznić wobec tego, że od pierworodnego swego grzechu,—starego budynku głównego, który nigdy na cel obecny się właściwie nie nadawał i nie był przeznaczony,—nie uwolni się szpital lwowski ani za lat kilkadziesiąt. Obecnie przez Wydział krajowy żądane inwestycye uważać należy za »minimum« żądań.

Możnaby myśleć, że przynajmniej drugi szpital »stołeczny«, szpital krakowski, ma pomieszczenie zupełnie zadowalniające. Dość bowiem wstydliwym był ten szpital do niedawna w odsłanianiu swoich braków. Gdyby nie wzmianka jednego z członków ankiety szpitalnej w r. 1902, że »kto widział oddział położniczy szpitala krakowskiego, ten przyzna, że chyba na świecie równie złego niema, a zwłaszcza przestrzeń, w której umieszczone są ciężarne, wprost opisać się nie da« [2]), możnaby z obrad tej ankiety sądzić, że jedynem złem w szpitalu krakowskim, oprócz wad domu gospodarczego i pomieszczenia służby, było — co do chorych — pomieszczenie leczonych na wściekliznę (czemu zaradzić już mogło późniejsze otwarcie prywatnego, przez rząd subwencyonowanego dla nich zakładu) i ciasnota oddziału chorób wewnętrznych, zresztą »znośnego«, oraz poczekalni dla przyjmowanych chorych [1]).

Niemniej wstrzemięźliwe jest i przedostatnie Sprawozdanie Departamentu V., nie wspominające o żadnych zgoła brakach co do pomieszczenia szpitala [2]).

A jednak i szpital krakowski ma niektóre budynki pod wielu względami nielepsze od lwowskiego, niektóre oddziały pomieszczone wprost fatalnie. Niestety wskutek tego, że sprawa »jest w toku« [3]), do niedawna nie wspominano zupełnie już o tem, jak wyglądają oddziały położnicze szpitala krakowskiego. Pomieszczone w najgorszej części starego budynku poklasztornego, urągają one pod niektórymi względami nie już minimalnym wymaganiom szpitalnym, ale wprost poczuciu ludzkości. Gdyby w takich warunkach, w jakich tam przebywają ciężarne, położnice i chore ginekologiczne, mieszkali ludzie zdrowi, władze sanitarne miałyby obowiązek mieszkania opróżnić. Nie posiadam wszystkich danych o ilości powietrza, przypadającej tam na jedną osobę, ale nie wynosi ona z pewnością ani $^1/_6$ najniższej dozwolonej, nie licząc już stałego przepełnienia oddziału, przy którem np. w sali położnic oddziału, przeznaczonego na szkołę położnych, literalnie między łóżkami i leżącemi na ziemi siennikami przesunąć się może tylko jedna osoba; dwie w parze nie przejdą. Sala ta ma dwa małe okienka klasztorne i żadnej zresztą nie ma wentylacyi; nie dziw, że podobno co druga położnica nabywa tam z reguły nieżytu oskrzeli. Przez tę salę jest jedyne dojście do magazynu z różną bielizną. Kancelarya tego oddziału, służąca zarazem za pokój do badań, i t. d., nie mierzy ponad 2 m. szerokości i 4 długości, »a musi nieraz 10 osób pomieścić«. Jestto dawna pojedyncza celka zakonna, na dobitek o jednem, na południe zwróconem oknie. I t. zw. separatki dla chorych cięższej lub wymagających »większych wygód«, są pojedynczemi celkami, nizkiemi i dusznemi, w których gniecie się po 2—4 chorych. A wszak to tutaj mają przyszłe położne poczerpnąć wiadomości na cały swój przyszły zawód. Chyba umyślnie stan ten utrzymywany jest jaknajdłużej, bo najwięcej przypomina on warunki prywatnej praktyki położnych w najgorszych chałupach wiejskich i ruderach małomiasteczkowych, bez światła, powietrza i miejsca! Sprawa budowy domu położniczego jest jednak »w toku« i to uspokajające zapewnienie jest szczęśliwie od lat kilkunastu plastrem na stan, który ani chwili dłużej trwać nie powinien. Wprawdzie faktem jest, że rokowania między rządem a krajem przez cały ten czas nie ustawały, że znowu zbierała się »komisya mieszana«—rządowo-autonomiczna w d. 26. X. 1906 [4]),—niemniej jest ciągle, jak było. Cudem nazwać trzeba, że dotąd na tych oddziałach nie wybuchła jakaś morderсza epidemia gorączki połogowej lub tężca, jak się to zdarzało gdzieindziej (w Pradze) pomimo warunków bez porównania lepszych. Trzeba prawdziwego poświęcenia, by tak, jak kierownicy tych oddziałów w Krakowie, niesłychanym wysiłkiem pracy i starań zwalczać dotąd czyhającego zewsząd wroga, by żyć w ciągłej trosce i obawie przed zagrażającem lada chwila pomimo wszystkich zabiegów nieszczęściem. A doprawdy, że i tego możemy się doczekać, iż tak jak w Pradze, nieszczęście to przyjdzie i jedynym ratunkiem będzie zamknięcie oddziałów, poprzedzone ofiarą życia kilkunastu chorych. (C. d. n.)

[1]) Spr. Insp. szp. w r. 1906. str. 6—10.

[2]) Prot. ank. str. 49. przemówienie prof. Jordana.

[1]) Tamże str. 49. i 50, przemówienie dyr. Ponikły.

[2]) Dep. V. 1904/5. str. 33.

[3]) Tamże str. 49.

[4]) Wydział krajowy dotąd nie otrzymał protokołu jej obrad! Spraw. Dep. V. za 1905/6. str. 8.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Prezydyum Państwowego Związku organizacyi lekarzy austr. wzywa wszystkich kolegów, zamierzających przyjąć posady w dolnoaustryackich przytułkach dla obłąkanych, by we własnym interesie zasięgnęli wprzód wiadomości u prezesa Związku. Prezes: *Dr Janeczek.*

W sprawie wynagrodzenia za szczepienie krowianki wydał Najwyższy Trybunał austr. 14. I. b. r. ważny wyrok. Mianowicie pomimo rozporządzenia Namiestnictwa czeskiego z roku

1904 (L. 258,948) wzbraniał się tamtejszy Wydział krajowy wynagradzać lekarzy za rewakcynacyę. Otóż w porozumieniu z kilku Towarzystwami lek., a na koszt Izby lek., zaskarżył z tego powodu dr Klima Wydział krajowy o takie wynagrodzenie do Najw. Trybunału i sprawę wygrał. Wobec tego zasadniczego wyroku mogą wszyscy lekarze czescy, skarżąc Wydział krajowy, odzyskać wynagrodzenie za rewakcynacyę w latach ubiegłych. (P. Zw. Org.). *Dr Klubal.*

W Stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie odbyły się w d. 8. i 22. II. b. r. wykłady dra Zenczykowskiego: »O kasach chorych w Galicyi w porównaniu z pomocą lekarską dla ludności fabrycznej w Królestwie« i dr St. Markiewicza: »O wolnym wyborze lekarzy«. Dr Zenczykowski doszedł do następujących wniosków: 1) Z obecnej organizacyi pomocy lekarskiej fabrycznej lekarze są niezadowoleni z powodu zbyt nizkiego wynagrodzenia i fałszywego wobec robotników stanowiska, wypływającego z roli lekarza, jako znawcy. 2) Zbiorowe stanowienie przez lekarzy o wysokości wynagrodzenia lekarza fabrycznego da im lepsze warunki, niż wolna konkurencya. 3) W zadaniach lekarza fabrycznego pożądanem byłoby rozdzielenie obowiązków leczenia i znawcy. 4) Na niezadowolenie robotników z obecnej pomocy lekarskiej fabrycznej składają się: a) nieufność do lekarza fabrycznego, w którym wskutek roli znawcy, widzą człowieka, broniącego interesów fabrykanta; b) brak dość starannej, ich zdaniem, pomocy lekarskiej, wynikającej z lichego wynagrodzenia lekarzy; c) brak często stałych lekarzy fabrycznych oraz konsultantów; d) brak pomocy lekarskiej dla rodzin; e) brak zapomogi przez czas choroby; f) brak udziału w wyborze lekarza. 5) Na uzdrowienie stosunków organizacyi pomocy lekarskiej fabrycznej, prócz podniesienia płacy lekarzy, stałych posad lekarzy fabrycznych, odpowiedniego rozdziału ich obowiązków, mogą stanowczo wpłynąć i są pożądane: a) przez utworzenie kas chorych współudział robotników w kosztach i zarządzaniu służby zdrowia oraz w wyborze lekarzy; b) zapewnienie pomocy lekarskiej dla rodzin; c) udzielanie zapomóg przez czas choroby. 6) Uregulowanie pomocy szpitalnej dla robotników i ich rodzin jest sprawą pilną, ile, że dzisiejszy sposób korzystania robotników ze szpitali, przynajmniej w Warszawie, jest wyzyskiem dobroczynności publicznej. 7) Pożądanem jest dążenie do usunięcia felczerów fabrycznych. 8) Rozwój przemysłu w Królestwie dosięgnął już tego stopnia, że można i trzeba przystąpić do obowiązkowego ubezpieczenia robotników od niezdolności do pracy i od wypadku. Zasady takiego ubezpieczenia nie mogą być w Królestwie te same, co w Cesarstwie. 9) Pomoc lekarską i ubezpieczenia obowiązkowe należałoby rozciągnąć na całą ludność pracującą.—Wnioski zaś dr Markiewicza brzmiały: 1) Korzyść i stosowność wolnego wyboru lekarzy jest różna w każdem z 4 zgrupowań ludności, a mianowicie: a) w zrzeszeniach opartych li na samopomocy, tak czysto miejscowych, jak i zawodowych; b) w fabrycznych kasach chorych; c) na kolejach żelaznych. 2) W ogólności zalecony być może wolny wybór lekarzy jedynie t. zw. ograniczony. 3) Wolny wybór lekarzy może być bezwzględnie korzystny i stosowny, gdzie cały koszt pomocy lekarskiej ponoszą sami uczestnicy danej grupy ludności i gdzie zarządzanie organizacyą tej pomocy należy do samych uczestników grupy. 4) W fabrycznych kasach wolny wybór lekarzy może być stosowny i korzystny tylko o tyle, o ile przeważną część kosztu utrzymania pomocy lekarskiej ponoszą sami pracownicy ($^2/_3$), a mniejszą część ponosi pracodawca, o ile w zarządzaniu kasą chorych biorą udział tak przedstawiciele pracowników, jak i zarządu fabryki, a przytem funkcyonowanie danej organizacyi jest ściśle określone przepisami stałymi, włączonymi do układu, zawieranego pomiędzy pracownikami, a zarządem fabryki. 5) W kasach chorych kolejowych, a prawdopodobnie i górniczych, wolny wybór lekarzy jest niestosowny i niekorzystny i byłby takim nawet wtedy, gdyby wbrew obecnemu stanowi rzeczy w państwie rosyjskiem pewną część kosztu utrzymania pomocy lekarskiej ponosili pracownicy, dziś nic nie płacący. 6) Dla rozstrzygania sporów i przyjmowania zażaleń w sprawach pomocy lekarskiej na kolejach, a także w górnictwie, pożądany jest organ rozjemczy, złożony z przedstawicieli pracowników, zarządu i personalu lekarskiego. 7) Wprowadzenie wolnego wyboru lekarzy, jako możliwe jedynie w kilku większych miastach kraju, nie rozstrzyga o należytej organizacyi pomocy lekarskiej dla ludności robotniczej i fabrycznej w całym kraju, i dlatego okazuje się potrzebne ustalenie zasad i przepisów, któreby powinny znaleźć zastosowanie w tych kasach chorych, w których warunki miejscowe z konieczności każą utrzymać stały personal ekarski, np. w cukrowniach. 8) Wyzysk lekarzy jest tak dobrze możliwy przy wolnym wyborze, jak i w instytucyi lekarzy stałych, a zaradzenie krzywdzie jest możliwe jedynie drogą jaknajpowszechniejszego w tym celu zrzeszenia się lekarzy w całym kraju, lub stworzenia zrzeszeń lekarskich okręgowych i zawierania przez lekarzy układów, opartych na pewnych stałych warunkach, określonych przez zrzeszenie, a nie przez lekarza, układ zawierającego.— W informacyjnej dyskusyi nad obu wykładami w d. 22. II. uczestniczyli: Dunin, Polak, Borzymowski, Babiński, Józef Zawadzki, Winiarski, Sznabl i inni. Zaznaczono zgodnie braki obowiązujących od r. 1894 przepisów czasowych i konieczność reform ustawodawczych z uwzględnieniem ustaw niemieckich, jako odpowiedniejszych dla naszych robotników, niż ustawodawstwa Ameryki lub Anglii. Jako tymczasowe praktyczne kroki radzono zrzeszenia się robotników dla wyboru stałych lekarzy i udziału w dalszych uchwałach, oraz (wniosek Zawadzkiego) utworzenie komisyi, złożonej z robotników, fabrykantów i lekarzy dla wspólnego opracowania postulatów. Za jeden z głównych postulatów robotników uznawano dążenie do tego, by mogli nie korzystać z opłat w naturze, a w ich liczbie i z bezpłatnej pomocy lekarskiej. — Do dalszej dyskusyi, mającej się odbyć 8. III. b. r., ułożono następujące pytania: 1) Czy w kosztach pomocy lekarskiej powinni brać udział wyłącznie pracujący, czy także i pracodawcy. 2) Czy byłoby pożądane obowiązkowe ubezpieczenie pracujących na wypadek choroby, czy też dla ludności fabrycznej Królestwa odpowiedniejsze byłoby np. wolne zrzeszanie się. 3) Czy tam, gdzie istnieje wzorowo urządzona pomoc lekarska, możnaby ją pozostawić w dotychczasowej formie. 4) Czy korzystniejsza byłaby pomoc lekarzy stałych, a wybranych przez opłacających wkładki, czy też wolny wybór lekarzy. 5) Jakie powinnoby być wynagrodzenie lekarzy, czy to stałe, czy też za każdą poradę. *Dr Szczęsny Bronowski.*

Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy zajmował się w ostatnich miesiącach r. z. ze spraw ważniejszych: sprawą utworzenia organizacyi lekarzy na wzór innych krajów austryackich i sprawą zlania się z Towarzystwem lekarzy galicyjskich. Rozpatrzenie projektu organizacyi, opracowanego przez dra Flisa, powierzono osobnej komisyi. Myśli zlania się z Towarzystwem lek. galic. obecnie nie przyjęto dla braku konkretnego projektu, w jaki to sposób ma nastąpić i ze względu na odrębność celów obu Towarzystw. »Samopomoc« ma zadania zawodowe, organizacyjne, działalność zaś zapomogowa jest raczej przypadkowym okresem przejściowym Towarzystwa; Towarzystwo lekarzy galic. zaś ma cele naukowe i zapomogowe (»Głos lek.« Nr 5).

Towarzystwu zaliczkowemu lekarzy, którego pomysł rzucił dr Porajewski z Liska, rokuje powodzenie dr Fr Grodecki z Czarnego Dunajca (»Głos lek.« Nr 5), opierając się na zajmujących obliczeniach i na doświadczeniu osobistem, zebranem w Kasie Reiffeisena i Towarzystwie zaliczkowem w Czarnym Dunajcu. Toteż zachęca dr Grodecki gorąco do założenia takiego Towarzystwa bez odkładania; Towarzystwo Samopomocy lekarzy jest do tego »jakby stworzone«.

Obok wymownych liczb, podanych przez dra Grodeckiego o (ogólnem) Towarzystwie zaliczkowem w maleńkim Czarnym Dunajcu (w pierwszym roku 157 członków, 5,245 kor. udziałów, 70,000 kor. oszczędności, 100,475 kor. pożyczek, $^1/_4$ miliona kor. obrotu, 736 kor. zysku) godzi się przypomnieć pomyślny rozwój lekarskiego Towarzystwa zaliczkowego, istniejącego pod nazwą »Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej« w Warszawie (por. »Przegląd lek.« 1906, str. 732 i i.). Warunkiem powodzenia jest, jak to słusznie podnosi dr Grodecki: sprawność dyrekcyi, jaknajściślejsza kontrola, pożyczanie na realnej podstawie, tania administracya (z początku nawet bezinteresowna praca). Dalsza publiczna dyskusya jest bardzo pożądana.

»Towarzystwo Samopomocy« zajęło się sprawą lekarskiej Kasy zaliczkowej już przed paru tygodniami; osobna komisya opracowuje właśnie statut. *C.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	po 1 h
Od r. 1904 do końca r. 1906	314,765	112,950
Od 1. I. do 28. II. 1907	8,511	10,300
Razem	323,276	123,250

Dr Żydłowicz, administrator.

Sprawy sanitarne w Sejmie galicyjskim. Komisya sanitarna Sejmu, której prezesem jest poseł Gołuchowski, wiceprezesem prof. Mars, a sekretarzem dr Wurst, przyjęła referat prof. Marsa o Sprawozdaniu z czynności Dep. V. Wydziału kraj. i Inspektora szpitali. Referat podnosi, że dotacya kraju na cele sanitarne musi być powiększona; wnosi, by wezwać rząd o przyspie-

szenie budowy zakładu położniczego w Krakowie i pawilonu kiłowego w Stryju; poleca gorąco Wydziałowi krajowemu sprawę emerytury lekarzy okręgowych, sprawę żywszej akcyi co do zaopatrzenia gmin w dobrą wodę; podnosi postępy w zakresie szpitalnictwa (na 33 szpitali jest 13 dobrych, a już tylko 6 zupełnie nieodpowiednich) i ocenia pochlebnie sprawozdanie inspektoratu szpitali; popiera starania lekarzy szpitalnych o podwyższenie wynagrodzenia, podnosi potrzeby naukowej pracy lekarzy szpitalnych; omawia szczegółowo potrzebę poszczególnych szpitali, zaleca objęcie szpitala św. Zofii we Lwowie w zarząd kraju; zaleca powołanie do Dep. V. drugiej siły lekarskiej. (»Tyg. lek.« Nr 9). — Na wniosek komisyi uchwalił już Sejm dobudowy i adaptacye szpitali w Tarnowie i Sanoku, nowelę do ustawy zdrojowej i utworzenie nowych okręgów sanitarnych. Wniosek prof. Marsa o wyznaczenie dotacyi na studya dla lekarzy krajowych przekazał Sejm komisyi budżetowej. *R.*

Lekarze pomocniczy szpitala lwowskiego uchwalili, podobnie jak krakowscy, ustąpić ze stanowisk 1. kwietnia b. r., jeżeli żądania ich nie będą do 15. b. m. spełnione.

Celem zwalczania gruźlicy w Krakowie uchwalił 2. III. komitet, wybrany z łona miejskiej komisyi sanitarnej, następujące środki: 1) Pouczenie o gruźlicy (opr. prof. Bujwid) umieścić w szkołach, lokalach publicznych i fabrykach. 2) Wykłady popularne o gruźlicy. 3) Spluwaczki, wyłożenie podłóg linoleum, wywycieranie ich wilgotnemi ścierkami w szkołach. 4) Popieranie odosobnienia suchotników przez niesienie pomocy biednym. 5) Budowa domów robotniczych, uzdrowotnienie mieszkań. 6) Higieniczne urządzenie fabryk i warsztatów (wentylacya i t. d.). 7) W restauracyach: płukanie naczyń wodą wodociągową lub gorącą, zaprowadzenie umywalni, zakaz dotykania towarów i t. d. 8) Pouczenie o mleku (opr. prof. Domański). 9) 10) Popieranie kolonii i wycieczek wakacyjnych. 11) Urządzenie parków podmiejskich. 12) 13) Popieranie zakładania sanatoryów i dyspensatoryów. 14) Usunięcie przeludnienia mieszkań, szczególnie stróżów. 15) Zakaz noszenia długich sukien kobiecych na ulicach. 16) Skrapianie toru kolei elektrycznej. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 24. II. do 2. III. 1907 doniesiono o 43 nowych przypadkach duru plamistego w 15 gminach, a mianowicie: pow. Bohorodczany (Markowa 1), Horodenka (Dąbki 8), Jaworów (Zawadów 2, Kurniki 2, Jazów st. 1). Kałusz (Dołha wojniłowska 2), Kamionka (Ubinia 2), Lisko (Manasterzec 2), Mościska (Małnów 1), Nadwórna (Dobrotów 3, Pniów 7), Podhajce (Boków 2), Rawa (Szczerzec 3), Stryj (Pławie 3, Tarnawka 4); nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych 7 przyp.: pow. Limanowa (Mszana dolna 1, stwierdzony bakteryolog.), Rawa (Wulka mazowiecka 2, Zahorze 1), Tarnobrzeg (Miechocin 2, Dzików 1). *T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 24. II. do 2. III. przypadków: błonicy 6 (w tem obcy 1), krztuśca 1, płonicy 3 † 1, odry 9 † 1, duru osutkowego —, duru brzusznego 3 † 2 (3 † 1), czerwonki 1, nagminnego zapalenia opon 1 † 1 (1). *L.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 24. II. do 3. III. 1907 urodziło się dzieci żywo 72, nieżywo 1; zmarło osób 65 (w tem obcych 23), z tych z gruźlicy 17 (5), zapalenia płuc 11 (2), błonicy — (—), płonicy 1 (1), gorączki połogowej 1 (1), śmiercią gwałtowną 2 (2).

Ś. p. dr Władysław Krajewski.

W szeregach świetnego zastępu chirurgów polskich w latach ostatnich bolesne ponosiliśmy straty: ubywali z nich przedwcześnie Matlakowski, Drobnik, Jasiński, Trzebicky, Obaliński, Wehr... Obecnie tracimy znowu jednego z najwybitniejszych.

Władysław Herman Krajewski urodził się w roku 1855 w Janowie lubelskim; medycynę studyował w Warszawie. W r. 1877 podczas wojny turecko-rosyjskiej był ordynatorem w szpitalu wojskowym, po powrocie w roku 1879 został prosektorem przy katedrze anatomii opisowej i topograficznej w uniwersytecie warszawskim. Wyjechawszy po uzyskaniu doktoratu w r. 1882 za granicę w celach naukowych, został po powrocie starszym asystentem ówczesnego naczelnego chirurga w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie, ś. p. Orłowskiego. W 1886 otrzymuje samodzielne stanowisko ordynatora oddziału chirurgicznego w tymże szpitalu, na którem to stanowisku aż do śmierci w d. 4. marca b. r. pozostawał.

W r. 1884 objął redakcyę »Kroniki lekarskiej«, w r. 1893 zaś założył i własnym kosztem wydawał aż do lat ostatnich »Przegląd chirurgiczny«, którego ukazało się do r. 1905 5 pokaźnych tomów. To najstarsze i bodaj największe pismo archiwalne polskie było pięknym przykładem, za którym poszedł potem szereg ofiarnych jednostek, tworząc podobne wydawnictwa w innych gałęziach medycyny.

Z prac ś. p. Krajewskiego, ogłaszanych m. i. i w »Przeglądzie lekarskim«, wymienić należy: »Rak krtani i całkowite wycięcie krtani« (wspólnie z Wróblewskim, 1889, »Medycyna«), »Przyczynek do chirurgii mózgu« (wsp. z Duninem, 1890, »Pam. T. l. w.«), »Bąblowiec jamy brzusznej i jego leczenie« (1886, »Kron. lek.«), dwie prace »O doszczętnem leczeniu przepuklin metodą Mac-Ewena« (1888 i 1889, »Przegl. lek.«), »O doraźnej pomocy przy zatrzymaniu moczu« (1890, 1892, »Kron. lekarska«), 3 prace »O chirurgicznem leczeniu pęknięcia macicy podczas porodu« (1892, »Odcz. klin.«, 1893, 1896, »Przegl. chir.«), »O stosunku medycyny wewnętrznej do chirurgii« (1894, tamże), »Operacyjne leczenie wypadnięcia odbytnicy« (1900, »Przegl. chir.«), »O leczeniu kamicy żółciowej« (IX Zjazd lek. i przyr.« 1900), »Epityphlitis« (1902/3, »Przegl. chir.«), oprócz mnogiej kazuistyki, przedstawianej w Towarzystwie lekar. warszawskiem. Ostatnią większą pracę swoją o kamicy żółciowej wyłożył ś. p. Krajewski jeszcze na parę miesięcy przed śmiercią w Towarzystwie lek. warsz., ogłaszając potem w »Medycynie«. Nietyle ilością, ile jakością swych prac zapisał się Krajewski trwale na kartach chirurgii polskiej; prace takie, jak o zapaleniu przykątniczem i o kamicy żółciowej, to są obszerne monografie, oparte na wielkim, doskonale rozważonym materyale własnym i wybornej znajomości piśmiennictwa, nawet zaś drobniejsze przyczynki przekraczają poza granice zwykłej kazuistyki dzięki krytycznemu oświetleniu i bystrym uwagom autora, z równą swobodą poruszającego się w każdej dziedzinie chirurgii.

Rozgłos i uznanie, jakimi się ś. p. Krajewski mógł poszczycić, zawdzięczał w większym jeszcze stopniu swej znakomitej działalności praktycznej, która stawiała go w rzędzie najwybitniejszych wykonawców chirurgii u nas.

Ogromne wprost zasługi zdobył sobie ś. p. Krajewski swoją działalnością dydaktyczną. Wśród znanych anormalnych warunków był jednym z tych, którzy poczuli się wcześnie do obowiązku zastąpienia młodym adeptom chirurgii braku naszej własnej Szkoły głównej. Nie szczędził też i starań i nakładu, by oddział swój postawić pod względem urządzenia i prowadzenia na nowoczesnym poziomie, stworzył i utrzymywał pracownię naukową, a pod ręką jego wyrobił się znaczny zastęp dzielnych sił młodszych. Pracując z tej strony kordonu w warunkach o tyle korzystniejszych i łatwiejszych, trudno sobie wprost wyobrazić, ile pracy, energii i umiejętności potrzeba, by stworzyć taką placówkę naukową, jaką był oddział ś. p. Krajewskiego i by dotrzymać kroku postępom chirurgii światowej w tych stosunkach, w jakich znajduje się polska medycyna w Królestwie. To też całą doniosłość roli ś. p. Krajewskiego w tym kierunku zdołałby w pełni uwydatnić tylko ktoś, kto w tamtych stosunkach żyć i pracować musi.

Zdolnościom tej miary, jak ś. p. Krajewskiego, otwierają się na zachodzie szerokie pola działania na kierowniczych, znakomicie wyposażonych stanowiskach; w Królestwie trzeba wywalczać ciężko i środki i sposoby i arenę pracy. Im większa tu różnica, tem wybitniej uderza znaczenie i dzielność takich, jak ś. p. Krajewski, osobistości.

Historya chirurgii polskiej zapisze Go wśród najlepiej zasłużonych. *Rutkowski.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 6. III. 1907 posiedzenie, na którem prezes Tow. w gorących słowach skreślił życiorys ś. p. Krajewskiego; pamięć Jego uczczono przez powstanie, poczem 1) Prof. Kader przedstawił chorych, operowanych przez siebie na klinice chirurg. Uniw. Jag. z powodu a) złamania szyjki kości udowej z wytworzeniem się stawu rzekomego (spojenie odłamków gwoździami z kości słoniowej, obramienie nimi panewki, opatrunek Dollingera), b) gruźlicy biodra ze zwichnięciem biodrowem (osteotomia podłużna, wyciąganie, opatrunek Dollingera), c) przepukliny oponowej (ułożenie po operacyi na brzuchu w łóżku gipsowem) d) zrostu kostnego w stawie kolanowym, e) stopy koszlawej, f) źle wygojonego złamania obu kostek i goleni z końskiem ustawieniem stopy (osteotomie klinowe z zabiegami pomocniczymi). W dyskusyi przema-

wiał prym. dr Bogdanik. 2) Dr Bier mówił »O zafałszowaniach kawy i herbaty, napotykanych w Galicyi« (z licznemi demonstracyami). 3) W dyskusyi nad wykładem prof. Ciechanowskiego »O szpitalnictwie galicyjskiem« przemawiali: prym. Bogdanik, dr Karpiński, Godlewski M., dyr. Ponikło, prof. Rosner i prelegent. Dalszą dyskusyę odroczono.

— Zarząd Towarzystwa lekarskiego krak. zawiadamia, że w celach towarzyskich otwiera się lokal Towarzystwa dla rodzin lekarskich w każdy wtorek od godz. 9 wieczór, co Towarzystwo przyjęło do wiadomości na posiedzeniu w d. 6. III. 1907.

— Sekcya higieny wieku dziecięcego Tow. lekarskiego odbyła posiedzenie 5. III. 1907, na którem dr Merz referował sprawę założenia schroniska dla osesków, pozbawionych pokarmu naturalnego, celem zwalczania znacznej ich śmiertelności. W przytułku powinnyby pozostawać oseski i matki w pierwszych tygodniach po porodzie, poczem dzieci oddawaneby były kobietom, pozostającym pod ciągłym nadzorem władz sanitarnych i administracyjnych. Po dyskusyi (drowie: Bielański, Bier, Dembowski, Kwaśnicki, Karpiński, Landau, Reiner, Schaitter i referent) jednomyślnie uchwalono poczynić kroki u Sejmu w tej sprawie. — Nadto poruszono (dr Landau) sprawę dzieci, oddawanych przez matki do kobiet obcych na wychowanie. Uchwalono starać się o odpowiednią ustawę, na wzór styryjskiej. Wykonaniem tych uchwał ma się zająć komisya, złożona z drów: Landaua, Merza, Reinera i Schaittra.

— Wydział Izby lekarskiej zach.-gal. uchwalił na posiedzeniu w d. 14. II. b. r. odpowiedź na pismo c. k. Namiestnictwa z 14. I. L. 8074/VI b. i załatwił drobne sprawy bieżące, a jako Rada honorowa rozpatrywał 2 sprawy.

— Na Walnem Zgromadzeniu Towarzystwa Stomatologów polskich d. 3. III. 1907 wybrani zostali: prezesem prof. dr Łepkowski, wiceprezesem prof. dr Cybulski, skarbnikiem dr Uromski, sekretarzem dr Kozaczka, członkami Wydziału: dr Matzke, dr Steinberg, dr Prätzel i K. Łukaszewicz. Towarzystwo ma za zadanie zjednoczyć z pod wszystkich zaborów zajmujących się tą gałęzią nauki. Towarzystwo wydawać będzie fachowe czasopismo, oparte na naukowych podstawach, a uwzględniające także i sprawy ogólno-zawodowe.

— Sprawa budowy kliniki psychiatryczno-neurologicznej znowu posunęła się naprzód. Wydział krajowy bowiem zarządził właśnie wydzielenie z gruntów szpitala św. Łazarza parcel, które przez zamianę pozwolą uzyskać stosowny teren pod budowę. Przychylne, a bardzo szybkie załatwienie tej sprawy przez Wydział krajowy podnieść należy z największem uznaniem.

Lwów. Budowa kliniki pedyatrycznej rozpocznie się z wiosną r. b. (»Tyg. lek.« Nr 9).

— Z powodu zajść czynnych między młodzieżą polską, a słuchaczami Rusinami, uchwalił Senat uniwersytecki d. 4. b. m. aż do odwołania wykłady zawiesić.

Z różnych stron. »Koło lekarskie polskie« w Petersburgu odbyło 20. II. (5. III.) b. r. posiedzenie z następującym porządkiem dziennym: 1) Dr Leon Jastrzębski: »Signe de sou i jego znaczenie rozpoznawcze w zapaleniu opłucnej i płuc«. 2) Dr Stanisław Kozłowski: »Ojców, jako zakład leczniczy«. 3) Doc. Z. Sowiński: »Chorobotwórcze znaczenie prątka Ducreya przy wrzodzie miękkim oraz w powstawaniu dymienic«.

— Kursa naukowe o alkoholizmie mają się odbyć bezpłatnie w uniwersytecie berlińskim 2—6. IV. b. r. (Wiadomości udziela biuro: Berlin W. 15, Emserstrasse 23).

Zmarli:

Ś. p. Dr Celestyn Ciechanowski.

28. grudnia st. st. r. z. zakończył życie wskutek udaru mózgowego ś. p. dr Celestyn Ciechanowski, najstarszy wiekiem z lekarzy irkuckich. Rodem z Grodzieńskiego, po ukończeniu studyów lekarskich na uniwersytecie Moskiewskim, w roku 1860 rozpoczął praktykę w stronach rodzinnych. Lecz niebawem burza 1863 r. oderwała od spokojnej pracy i ś. p. Ciechanowskiego; udaje się on do obozu i niesie pomoc rannym powstańcom, za co w r. 1864 zostaje skazany do ciężkich robót w zakładzie Aleksandrowskim we wschodniej Syberyi. Tu jednak jako lekarz zdołał przy braku wówczas wielkim pomocy lekarskiej w Syberyi uzyskać zezwolenie na zajmowanie się praktyką w zakładzie i w okolicach. Kiedy dzięki amnestyi Ciechanowski po wyjściu z robót osiedlił się w r. 1866 w Irkucku, szła już przed nim zdobyta sława zdolnego lekarza-praktyka, do którego wówczas udawano się po radę z odległych nieraz zakątków wschodniej Syberyi. Przez lat 40 przemieszkiwał ś. p. Ciechanowski w Irkucku; zmieniały się wciąż warunki praktyki, upadały siły, przygniecione brzemieniem lat, a nasz kolega wciąż stał na stanowisku lekarza filantropa, zadowalniając się skromnym zarobkiem, opędzającym tylko niezbędne potrzeby życia. Pomimo szerokiego uznania, jakie zdobył sobie u mieszkańców Irkucka i w całej Syberyi, Ciechanowski i na starość nie mógł używać dobrze zasłużonego odpoczynku. Troskać się musiał niemało o wychowanie licznej rodziny, obcej mu pochodzeniem, do której przylgnął sercem, dla której pracował, a co pozbawiło go ujrzenia ziemi rodzinnej. Nie mniej interesował się żywo sprawami kraju i czuł się zawsze członkiem społeczeństwa, za którego sprawę cierpiał; myślał i żył jego troskami, pomimo, że okoliczności przykuły go do obczyzny. W przejeździe przez Irkuck wstępowałem zawsze do starego weterana, aby uścisnąć jego zacną dłoń. Przed czterema laty widziałem go po raz ostatni, niezmużonego w pracy i pełnego zapału dla ideałów młodości.

Ś. p. Ciechanowski pozostawia po sobie w Syberyi nietylko popularne imię, jako lekarz filantrop, dobry i oddany kolega i człowiek nieposzlakowanego charakteru, lecz schodzi z nim do grobu bodaj ostatni z lekarzy, których burza r. 1863 tu wyrzuciła, a których pamięć w pośród wdzięcznej syberyjskiej społeczności długo żyć będzie. Niech Mu ziemia obca, na której, tęskniąc i myśląc o kraju, pracował, lekką będzie!

Troickosawsk. *Dr J. Talko-Hryncewicz.*

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 13. marca o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dr Zaremba: Przedstawienie preparatu ciąży jajowodowej. 2) Prof. dr Wł. Bylicki, prezes wydziału gosp. X. Zjazdu lek. i przyr. polskich: W sprawach Zjazdu. 3) Prof. dr Bylicki: »O bolach ciążowych«.

Po posiedzeniu wspólna wieczerza.

Rok XLVI. Kraków, dnia 16. marca 1907. Nr 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O bolach ciążowych.

Podał

W. Bylicki.

(Według wykładu w Tow. lek. krakowskiem w d. 13. III. 1907.)

Przed 15 laty wydarzył się w mojej praktyce przypadek, którego tłómaczenie nastręczało tyle trudności, że, czekając lepszych czasów, pozostał do dziś dnia niezużytkowany śród notatek, które o swoich chorych prowadzę. — O przypadku tym wielokrotnie myślałem i w dostępnem mi piśmiennictwie szukałem środków do zrozumienia go, lecz nadaremnie.

W roku 1891 d. 17. kwietnia pojawił się w czasie mojej ordynacyi lekarz powiatowy dr B. ze swoją żoną, 27-letnią, niskiego wzrostu, szczupłą brunetką, która przebyła dwa porody zupełnie prawidłowe, ostatni przed 5 laty. Miesiączki bywały u niej zawsze bolesne, a obecnie jest w ciąży, ostatnią miesiączkę miała przed 3 miesiącami, lecz zastąpienie datuje od 11 tygodni. Przyczyną szukania mojej rady są bole w nogach o niestałej siedzibie, ale co o wiele ważniejsze, bole w krzyżach i w podbrzuszu, posiadające zupełnie cechy bolów porodowych i także pod względem stopnia im nie ustępujące. Rozpoczęły się one już przed 4 tygodniami i z krótszemi lub dłuższemi przerwami trwają przez cały dzień, pojawiając się i samoistnie, to znaczy bez widocznej przyczyny i przy sposobności oddawania moczu, oraz przy każdym żywszym ruchu. Przerywają one kilka razy i sen nocny, a gdy chora miała kilka godzin spokoju nad ranem, pojawiają się stale, po spuszczeniu nóg z łóżka.

Badanie ogólne stwierdziło: osoba źle odżywiona, niedokrwista; narządy badaniu przystępne prawidłowe; wrażliwość kręgosłupa za uciskaniem nigdzie nie wygórowana, miejsc wybitnie bolesnych nigdzie niema, odruch kolanowy uderzająco wybitny.

Powłoki brzuszne wiotkie dozwalają wyraźnie wymacać, na dwa palce ponad spojeniem łonowem, dno powiększonej macicy, która za pierwszem zaraz dotknięciem uderzająco silnie stwardniała. Skurcz ten, podczas którego chora zachowywała się niespokojnie, doznając silnego bolu, trwał przeszło minutę, poczem macica znów okazywała prawidłową zbitość. Badanie oburęczne, w czasie którego macica już nie popadła w skurcz, stwierdziło, że jest ona stosownie do okresu ciąży powiększoną, w prawidłowem nagięciu; badanie wziernikowe wykryło odpływ śluzowo-ropiasty.

Gdy chora, wstając z fotelu, do badania służącego, spuściła nogi, zwróciła sama moją uwagę na kurcz ponowny, który trwał nieco krócej, lecz równie był bolesny jak pierwszy.

Poleciłem wówczas stałe leżenie w łóżku, brom, morfinę w czopkach, ciepłe okłady na podbrzusze i ewentualnie antypirynę.

Drugi raz widziałem chorą w 6 tygodni później i dowiedziałem się od niej, że wszystkie środki użyte okazały się zupełnie bezskuteczne; że bole bywają równie częste i dotkliwe i że chora raz, ku wielkiej swej radości, dostrzegła plamy krwawe, mając nadzieję, że poroni, lecz doznała zawodu. Nie może ona jednak twierdzić, aby nie doznała była żadnej ulgi leżąc w łóżku i to o tyle, że bole bywały i krótsze i rzadsze i nie tak dotkliwe. Nic pozostawało mi zatem nic innego do polecenia, jak trwały spokój.

W 9 miesięcy potem pojawili się u mnie ci państwo i opowiadali, że przez całą ciążę, aż do prawidłowego jej kresu, trapiona była tymi bolami i że się tak zupełnie z niemi oswoiła, iż, gdy w nocy dnia 11. listopada pojawiły się bole porodowe, nic nie zwróciło jej uwagi na to do tego stopnia, że dopiero odpływ wód płodowych i tuż potem rozpoczynające się przerzynanie się główki płodu zmusiły ją do obudzenia męża, poczem w kilka minut nastąpił poród dziecka dobrze wykształconego i żywego.

Z powyżej opisanego przypadku nabyłem przekonania, że nader bolesne kurcze macicy trwać mogą przez całą prawie ciążę i, że pomimo swego nasilenia i takiej znacznej częstości mogą zupełnie dla trwania ciąży i rozwoju płodu pozostać obojętne, a zatem bez żadnego wpływu na połączenie jaja płodowego ze ścianą macicy. Stąd bezpośredni wniosek, że pomiędzy bolami, które mogą w stosunkowo krótkim czasie opróżnić macicę z jej treści czyli pomiędzy bolami porodowymi a tymi istnieje kardynalna różnica pomimo, że podmiotowo,chorej wydawały się one zupełnie pod względem uczucia bolu jednakie.

Przypuszczałem, że kurcze te nie wywołują dlatego odłuszczania się jaja płodowego, że albo nie odbywają się w sposób robaczkowo uporządkowany, lecz ze wszystkich stron dośrodkowo lub, że nie wszystkie warstwy mięśni macicznych podlegają skurczowi, co wówczas, wobec bardzo przesadnego pojęcia o ścisłem uwarstwieniu mięśni macicznych mogło się wydawać prawdopodobniejsze, niż dziś. Wybitny zaś odruch kolanowy, będący objawem często ciąży towarzyszącym, uważałem wówczas za punkt oparcia do przypuszczenia jakiegoś podrażnienia rdzeniowego, które wyzwalało ruchy maciczne.

Kurcze macicy, pojawiające się coraz to częściej, im ciąża jest bliższą swego kresu, znane nam były od dawna. Macica też, czem bliżej kresu ciąży, tem wrażliwszą się staje na bodźce zewnętrzne tak, że bardzo zwykłym jest objaw bardzo wybitnego twardnienia macicy ciężarnej pod wpływem samego tylko przyłożenia ręki do jej dna lub trzonu. Ciężarne zazwyczaj skurczów tych, pojawiających się tak skutkiem bodźców zewnętrznych, jak i bez nich, zupełnie nie odczuwają. Co najwięcej podają uczucie prężenia. Czasem jednak, z przyczyn nam nieznanych, skurcze te w końcu ciąży stają się bolesne i wówczas bardzo jesteśmy skłonni przypuszczać, że to są bole już porodowe, przygotowawcze. a o których także wiemy, że mogą ustać i znów się później rozpocząć.

Wobec pracy mięśni macicznych, pojawiającej się wybitnie w ostatnich miesiącach ciąży, nie jesteśmy w kłopocie, gdy chodzi o odpowiedź na owo konieczne pytanie co do jej celu. Bole ciążowe, przywracając wiotkiej ma-

cicy kształt wybitnie jajowaty, przyczyniają się do wytworzenia i utrzymania podłużnego położenia płodu i do naprawy położeń ukośnych i one to swem działaniem wytwarzają dolny odcinek macicy i w parze z tem ustalają główkę płodu we wchodzie miednicy w ostatnim miesiącu ciąży, szczególnie u pierwiastek. Niekorzystne zaś działanie bolów ciążowych objawia się przedwczesnem, czasem jeszcze w ciąży, pęknięciem pęcherza płodowego i odpływem wód, odłuszczaniem się nizko sięgającego lub poprzedzającego łożyska i bez nich też prawdopodobnie nie pojawiają się drgawki ciężarnych *(eclampsia gravidarum)*.

Trudniej już wytłómaczyć kurcze macicy we wcześniejszych i najwcześniejszych okresach ciąży. Tu przedewszystkiem musimy sobie zadać pytanie, czy one istnieją wogóle, a jeżeli tak, czy należą do objawów ciąży fizyologicznych, zatem stałych i koniecznych? — Pierwszym, który na to pytaaie daje odpowiedź stanowczą, twierdzącą był Braxton Hicks. Na międzynarodowym zjeździe, odbytym w r. 1887, zatem już przed 20 laty, w Waszyngtonie, twierdził on, że:

1. Macica przez całe trwanie ciąży kurczy się w odstępach 5—20 minutowych i pozostaje w stanie skurczu 3—5 minut. Kurcze te przed 4 miesiącem ciąży można stwierdzić zapomocą badania oburęcznego, w późniejszych zaś okresach i samem badaniem zewnętrznem.

2. Dostrzegana w czasie badania zmiana zbitości macicy już sama przez się wystarcza do rozpoznania ciąży i jest ważnym środkiem rozpoznawczym.

3. Kurcze te opróżniają rozszerzone żyły i zatoki żylne macicy z krwi, obfitującej w CO_2, która jako taka jest swoistym bodźcem, kurcze macicy wywołującym.

Braxton Hicks zatem na pewne istnienie kurczenia się macicy od najwcześniejszych okresów ciąży stwierdza i cel tegoż jako sprawę podobnie fizyologiczną, jak np. oddychanie, wyjaśnia. A dziś może wyrazilibyśmy się inaczej, np. że wytwory życiowe jaja płodowego lub płodu działają jako bodźce na ośrodek ruchów macicznych. W ten sposób potrzebie celowości zjawisk stałoby się zadość.

Jeżeli zaś po Braxtonie Hicksie nikt z taką pewnością jak on, twierdzeń jego nie powtórzył ani też nikt im nie zaprzeczył, to prawdopodobnie dlatego, że nikt w tym kierunku ciężarnych we wczesnych okresach ciąży nie badał. Wymagałoby to badań, trwających długo, kwadranse, a nawet godziny, a i wówczas może nie byłoby się wolnym od zarzutu, że macica oddziaływała na niezwykłe sobie bodźce.

Na tem też kończyło się to, cośmy o bolach ciążowych wiedzieli, przypisując, jak się zdaje powszechnie, małe znaczenie twierdzeniom Braxtona Hicksa, chociaż znalazły one zaraz na wspomnianym zjeździe zwolennika w sławnym Simpsonie. Do podręczników ani większych ani mniejszych, sprawa bolów ciążowych się nie dostała, a jeżeli tu i owdzie coś się z tego tematu zabłąkało, to bardzo urywkowo.

Definicyę bolów porodowych uważamy dotychczas za tak nieomylną, że i potrzebę naszej ścisłości naukowej uważamy za ostatecznie zaspokojoną. To też od czasu do czasu wydarzają się nam trudne do wytłómaczenia niespodzianki, które, rzecz dziwna, nie wywołują powątpiewania w doskonałość naszej dotychczasowej definicyi bolów porodowych, ale jedynie zadziwienie z powodu »nader niezwykłego zachowania się« tych bolów.

Nie mogę się też powstrzymać od przytoczenia tu kilku przynajmniej takich »typowych« przypadków.

U ciężarnej n. p. pierwiastki, zaczynają się pojawiać regularne, okresowe bole przed obliczonym terminem porodu lub w tym terminie. Pod ich wpływem zanika powoli część pochwowa, ujście zaczyna się rozwierać, okazuje brzegi cieńkie i palec przepuszcza. Na podstawie znanych cech bolów porodowych i ich skutków rozpoznajemy na pewne początek porodu i zazwyczaj, t. j. w ogromnej większości przypadków, nie mylimy się. Ale przecie tu i owdzie wydarzy się, że, pomimo naszych zapewnień, że to już poród, po kilku godzinach trwania wszystko ustaje, a właściwy poród rozpoczyna się »na nowo« za kilka, a nawet kilkanaście dni. Schatz opisuje przypadek, w którym, wobec ujścia u pierwiastki na talara rozwartego, bole ustały, a poród rozpoczął się dopiero w 6 tygodni później.

W innym przypadku bole nie ustają: trwają całą dobę i sprawiły zaledwie zanik dolnej części szyi i małe rozwarcie ujścia. W następnej dobie, pomimo częstych i dotkliwych bolów i pomimo stosowania całego zasobu naszych środków ku wzmocnieniu ich, ujście zaledwo się na palec rozwarło, aż wreszcie w trzeciej, czwartej lub nawet późniejszej dobie, nagle się coś zmieniło, czego wytłómaczyć nie umiemy. To bowiem co uporczywie i niezmiennie przez całe doby trwało i czemu setki bolów poradzić nie mogły, dokonało się w ciągu jednej lub kilku godzin. Ujście całkiem zanikło, pęcherz pękł i główka jest blizka przerzynania się. I znów złota zasada cierpliwości nowy odniosła tryumf, a zadowolenie nasze wzrasta w prostym stosunku do bierności, jaką potrafiliśmy zachować, czyli, żeśmy się niczem do pogorszenia przebiegu nie przyczynili. Abyśmy jednak owych bezskutecznych bolów nie uważali za porodowe, o tem mowy nie było.

Jedno jednak doświadczenie i to niewątpliwe wynosiliśmy z takich przypadków, że stosunkowo jeszcze najlepiej działają nie środki mające bole wzmocnić, a nigdy tego w tych warunkach nie czyniące, ale środki uśmierzające, kojące je.

Nieraz też, chcąc rodzącej, zmęczonej i wyczerpanej bezsennością, krótką chociażby chwilę zupełnego zapewnić spokoju, chwytaliśmy się nawet uśpienia chloroformem i ku naszemu zdziwieniu i w czasie trwania uśpienia i po przebudzeniu się bole stawały się wydatniejsze i postęp porodu widoczniejszy. Coś się zatem uśpiło, co przeszkadzało, a co uśpieniem zostało trwale usunięte. Często mi się też wydarzało, że gdy w tym samym celu podawałem morfinę, makowiec lub kodeinę, zapewniając rodzącą, że po użyciu ich dozna wypoczynku, przy następnej wizycie spotykałem się z wyrzutami z jej strony, że bole, zamiast zelżeć, znacznie się wzmogły i wówczas znajdowałem też pocieszający postęp w porodzie.

Jeszcze w innych przypadkach niespodziewanie bez żadnych bolów i nierzadko w łóżku w czasie snu zaczyna nagle odpływać tak znaczna ilość wód, że co do tego, iż to są wody płodowe, żadna nie może zachodzić wątpliwość. Tu już chyba na pewne musi się poród wkrótce rozpocząć. Ku naszemu jednak wielkiemu zdziwieniu (częściej u wieloródek) mija dni kilka, tydzień lub dłużej, zanim poród się rozpocznie.

Wiemy też i z usiłowań wzniecenia wczesnego porodu, w przypadkach ścieśnienia miednicy dawniej o wiele częściej stosowanego, z jakim to mozołem i jak późno, niekiedy dopiero w kilkanaście dni, udawało się wzniecenie skutecznych bolów porodowych. Ta to okoliczność zmusza nas do wsuwania do szyi macicznej i dolnego jej odcinka przedmiotów możliwie wielkich, jak n. p. balonów Champetier de Ribesa, aby wymusić bole porodowe.

Cała ta ciemna sprawa zaczęła się wyjaśniać, gdy do badania jej zabrał się prof. Schatz z Rostoku i wyniki tegoż, jakoteż cały materyał dowodowy złożył w pracy swej: »Schlechte Wehen und die centrale Steuerung der Wehenthätigkeit«[1]). Do badania bolów ciążowych zabrał się on z iście niemiecką wytrwałością, pracowitością i dokładnością. Wspomniana rozprawa jest wprawdzie nagromadzeniem materyału nieco trudniejszego do strawienia, ale jest niewątpliwie wielkim krokiem naprzód w badaniu istoty bolów ciążowych i porodowych; odsłania ona i położnikowi-praktykowi całkiem odmienne sposoby patrzenia na sprawy dotychczas niepojęte lub źle pojmowane i potrąca w wielu miejscach o wspomnienia, które się każdemu z nas nasuwają.

Przedewszystkiem przyjmuje Schatz, że obok ośrodka, służącego dla ruchów porodowych, uporządkowanych sposobem ruchów robaczkowych, istnieje ośrodek, ruchy porodowe hamujący, czynny przez całą ciążę, którego energia coraz to maleje, w miarę dobiegania ciąży do właściwego kresu.

Do badania bolów ciążowych mógł Schatz z materyału klinicznego używać jedynie tych ciężarnych, u których bole ciążowe były dotkliwe, gdyż takie tylko mogły się same zgłaszać. Przyjmując za rzecz pewną, że bole ciążowe (niebolesne ruchy mięśniowe macicy) nawet w bardzo wczesnych okresach ciąży się pojawiają, ogranicza on zakres swej pracy do zbadania tych, które występują w ostatnich tygodniach ciąży.

Z badań tych wynika, że istnieją bole ciążowe typowe, czyli okresowe i nietypowe. Typowymi nazywa on te, których okresowość podlega ścisłym, prawie że matematycznym prawidłom. Mają one tor sześcio- lub czterotygodniowy, co należy tak rozumieć, że się pojawiają na 6 lub na 4 tygodnie przed rzeczywistym terminem porodowym. Późniejsze zaś terminy ich pojawiania się można obliczyć, dzieląc ilość dni ciągle przez 2. Jeżeli zatem bole ciążowe pojawią się na 6 tygodni, czyli 42 dni przed terminem porodu, to dalsze terminy wypadną na 21, $10^1/_2$, $5^1/_4$, $2^1/_2$ dni przed porodem. Jeżeli zaś pojawią się na 4 tygodnie, czyli 28 dni przed porodem, to znów z podziału przez 2 otrzymamy dalsze terminy w 14, 7, $3^1/_2$, $1^3/_4$ dni przed porodem.

Ta zadziwiająca dokładność, dopuszczająca nawet ułamki dni, wydać się musi niemal każdemu tak nieprawdopodobną, że i niedowierzanie Schatza, jak sam zapewnia, było tak wielkie, iż musiał sobie zdobyć bardzo wiele dowodów, aby w taką okresowość uwierzyć. Można zatem z okresu pojawienia się bolów ciążowych i termin porodu niekiedy sprostować i z terminu porodu znów wnosić, że bole są ciążowe, a nie porodowe i jakiego toru.

Kiedy już artykuł ten gotów był do druku wydarzył mi się przypadek, w którym po raz pierwszy z wielką dokładnością udało mi się zapomocą bolów ciążowych obliczyć dzień porodu.

Pani S. po raz trzeci w ciąży będąca miała ostatnią regularność d. 8. maja z. r. Datę porodu obliczyła sobie zatem na 15. lutego i żądała odemnie, abym 10. lutego już przyjechał do nich na wieś w Królestwie, podając przytem, że d. 28. grudnia uczuwała przez kilka godzin trwające bole porodowe. Z daty obliczanego porodu łatwo mi przyszło wnosić, — że chodzi o bole ciążowe typu czyli toru 6 tygodniowego, stąd dalszy wniosek, że się poród odbędzie w 42 dni, licząc od 28. grudnia czyli 9. lutego. Dalsze terminy bolów przepowiedziałem za dni 21 i $10^1/_2$, zatem na 19. i 30. stycznia. — Dnia 30. stycznia otrzymałem wezwanie telegraficzne, aby zaraz przybyć i na miejscu dowiedziałem się, że bole trwają od rana i że ma być, jak twierdzi położna, położenie płodu miednicowe. Badaniem można stwierdzić co 10 minut powtarzające się silne ściągania się macicy, położenie płodu czaszkowe i brak wszelkich oznak rozpoczętego porodu. Po kodeinie podanej na noc, dowiedziałem się rano, że bole ustały, a pacyentka chce wstawać. Trzeciego dnia powróciłem do Lwowa z tem, że d. 9. mam do pacyentki powrócić, co gdy uczyniłem, dowiedziałem się, że rano d. 9. o godzinie 6 rozpoczął się poród, a o godzinie 8 się zakończył.

Prócz tych typowych bolów wydarzają się i nietypowe, nieokresowe, wyprzedzające lub opóźnione oraz zamieniające jeden tor na drugi, słowem najrozmaitsze.

Pojawianie się bolów ciążowych tłómaczy Schatz depresyą ośrodka bole hamującego i sprawę tę przedstawia graficznie w ten sposób, że gdy ta depresya jest tak głęboka, że się spotka z linią ośrodka dla bolów porodowych, wówczas zaczynają się bole porodowe pojawiać już wobec bezczynnego ośrodka hamującego.

Na podstawie swych badań wypowiada Schatz całkiem odmienne od dotychczasowego zapatrywanie na nieprawidłowości, które powszechnie pojmowano jako »za słabe bole porodowe lub jako pierwotną niedomogę porodową«. Rozpoczyna on od krytyki przypadku, opisanego przez Börnera[2]).

Zdrowa, 35-letnia pierwiastka, prawidłowo zbudowana, podaje dzień 5 sierpnia jako datę zapłodnienia. W połowie kwietnia była już główka ustalona w miednicy. Poród, obliczony na 5 maja, rozpoczął się wieczorem 25 kwietnia, czyli na $10^1/_2$ dni przed terminem (tor sześciotygodniowy) odpływem wód płodowych wobec dróg porodowych zupełnie nieprzygotowanych, części pochwowej na $1^1/_2$ ctm. długiej. Z początku bole zachowywały się prawidłowo; później jednak, od 26—30 kwietnia stawały się coraz to słabsze, a postęp porodu, pomimo 5 dni trwania, pomimo codziennie stosowanych dwu kąpieli ciepłych i trzyrazowych natrysków gorących, pomimo ruchu, dobrego żywienia, podawania wina, koniaku i mechanicznego rozszerzania ujścia, bardzo nieznaczny. Dnia 1 maja, czyli w szóstej dobie następuje napad szału. Wykonano nacięcia brzegów ujścia zewnętrznego, lecz zupełnie bez skutku, poczem z powodu groźnego stanu rodzącej wykonano wymóżdżenie.

Börner szuka przyczyny tej »zupełnej niedomogi bolów porodowych« (absolute Wehenschwäche) w bezczynności macicy aż do 35. roku życia trwającej, w bliżkim okresie przekwitania (*climacterium*) i pochodzącej z tych dwu przyczyn niesprawności narządu nerwowego i mięsnego macicy.

Przypadek ten tłómaczy Schatz w następujący sposób: bole, które się rozpoczęły w dniu 25. kwietnia zamiast 5. maja, nie były wcale bolami porodowymi, lecz ciążowymi; nie ustały one, lecz trwały długo z tego powodu, że odpłynęły wody płodowe, czyli, że istniała podnieta do nieprawidłowo długiego ich trwania. Tem się też tłómaczy

[1]) Die deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts. Tom IX, str. 281—404.

[2]) Zur Actiologie und Therapie der Wehenschwäche älterer Primiparen. Volkmann Samml. klin. Vortr. Neue Folge Nr 18.

zupełna nieskuteczność tych bolów, fałszywie za porodowe uważanych. Gdyby był nie pękł pęcherz płodowy, a przynajmniej gdyby się było z tego powodu owej ciężarnej nie uważało za rodzącą, toby były bole porodowe dopiero 5. maja wystąpiły i poród doprowadziły do pomyślnego zakończenia.

Że starsze pierwiastki dłużej rodzą od młodszych, jest rzeczą dobrze i dawno znaną, a przyczyny szukać należy w mniejszej sprawności mięśniowej i w zwiększonym oporze mniej sprężystego utkania szyi macicznej i pochwy. Ale tak długo trwające porody nawet wobec bardzo słabych bolów porodowych przecie się nie wydarzają. W przypadku tym zatem i w siedmiu innych, przez samego Schatza przytoczonych, przyczyna tak nieskutecznych bolów nie tkwiła w niedomodze mięśni macicznych, lecz w czynności ośrodka, bole porodowe hamującego. Walka pomiędzy nim a bodźcami, bole porodowe wywołującymi, bywa przyczyną tak długiego trwania i takiej bezskuteczności bolów, które fałszywie i ze szkodą ciężarnych, za bole porodowe uważamy. Tak zwane bowiem, »pierwotnie za słabe bole porodowe«, wydarzają się o wiele rzadziej od błędów, których się dopuszczamy, biorąc bole ciążowe za porodowe i przypisując im cechę patologiczną, której wcale nie mają.

Szczęśliwe są — powiada Schatz — owe ciężarne z bolami ciążowymi, które nie mają przy sobie ani położnej, ani lekarza; którym bolów nikt nie stara się wzmacniać, których nikt nie bada i nie drażni. Takiemu zapatrywaniu z pewnemi ważnemi zastrzeżeniami, nie można odmówić słuszności, ale byłoby rzeczą wielce niebezpieczną, gdyby ktokolwiek, polegając na wielkiej powadze autora, zaniedbał tych ostrożności i tej czujności, jakich wymaga długo trwający poród po odpływie wód płodowych. Jeżeli zaś postępowanie nasze ma zależeć od tego, czy mamy do czynienia z bolami ciążowymi czy porodowymi, to słusznie domagać się możemy przynajmniej dość ścisłych cech dla jednych i drugich. Cechy te rozbiera Schatz w następujący sposób:

Pomimo dwu głównych typów, jakie można dostrzedz w pojawianiu się bolów ciążowych, zboczenia od nich są tak częste i tak liczne, że rozpoznania bolów, jako ciążowych, nie można opierać na terminach ich pojawiania się.

Bolesność i stopień jej nie da się zużytkować jako cecha, gdyż bole ciążowe nie tylko dorównać mogą bolesnością porodowym, ale je nawet znacznie przewyższyć. Potrzeba tylko aby, skutkiem zaziębienia, przyłączył się gościec (reumatyzm) mięśni macicznych, a bole ciążowe w warunkach prawidłowych nie dochodzące do świadomości ciężarnych, stają się wybitnie, a nawet bardzo dotkliwe. To samo i bez gośćca mięśni nastąpi wobec stanów zapalnych otrzewnej lub wobec blizn, wytworzonych w szyi macicznej po naddarciach podczas poprzednich porodów, które rozszerzaniu szyi stawiają znaczny opór.

Choć zatem ogólnie twierdzić można, że bole ciążowe bywają mniej dotkliwe od porodowych, to jednak w danym razie nie bardzo na tem można polegać.

Również i częstości pojawiania się bolów za pewną cechę rozeznawczą uważać nie można. (C. d. n.)

Spostrzeżenia z praktyki.

Krwawnik jako środek przeciw krwotokom macicznym.

Podał

Dr Aleksander Hicner (Jasło).

Aczkolwiek wiele leków »ludowych« przeszło do lecznictwa ludowego z medycyny naukowej i przez wieki utrzymuje się wśród ludu, chociaż je nauka lekarska, jako bezskuteczne, dawno już odrzuciła, to jednak niepodobna zaprzeczyć, że znajdują się wśród leków ludowych i takie, na które nauka lekarska zbyt mało lub wcale nie zwróciła dotąd uwagi, chociaż zasługiwałyby one na dokładne zbadanie i ustalenie wskazań. A jednak, gdy inteligentny chory stanowczo ręczy, że jakiś lek tego rodzaju wyraźnie mu pomógł, powinien każdy myślący lekarz zdobyć się na coś więcej, niż na lekceważące wzruszenie ramionami i drwiący półuśmiech.

Do takich leków ludowych należy krwawnik *(herba et flores millefolii*, Schafgarbenkraut), o którego używaniu przez lud wspomina już prof. Ign. Czerwiakowski (Botanika lekarska, Kraków 1861).

W farmakologii Nothnagla i Rossbacha (Warszawa 1883) podano, że krwawnik zawiera olejek eteryczny, gęsty ciemnoniebieski pierwiastek gorzki glikozydowy, achilleinę i stosunkowo wiele soli; w farmakologii Bernatzika i Vogla (Berlin—Wiedeń 1900) prawie to samo[1]). Nadto w obu farmakologiach wspomniano, że o działaniu fizyologicznem krwawnika nie wiele mamy wiadomości, ale że jest to środek przez lud bardzo poważany, »krew czyszczący«. Ponieważ i w podręcznikach i czasopismach lekarskich nie spotyka się, — a przynajmniej piszący nie spotykał — bliższych wiadomości i określonych wskazań dla krwawnika, ograniczaliśmy się zazwyczaj do używania środka tego do różnych mieszanin ziół gorzkich, a czasem może który z lekarzy w postaci dawniej używanego *succus plantarum recenter expressus*. Zresztą nie przypisywaliśmy krwawnikowi żadnego znaczenia; mojem zdaniem, niesłusznie.

Każdy lekarz ma, aż nadto często do czynienia z krwotokami macicznymi, których obfitość i powtarzanie się może wywołać ciężką nawet niedokrwistość. Jeżeli lekarz nie może usunąć samego tła choroby, to stara się przynajmniej zadziałać na najuciążliwszy i najbardziej szkodzący objaw chorobowy, t. j. na krwotok maciczny. Zalecane jednak przez różnych autorów, a silnie reklamowane przez fabrykantów środki przeciwkrwotoczne zbyt często nas tutaj zawodzą; natomiast przekonałem się, że właśnie w tych przypadkach jest krwawnik znakomitym środkiem, przewyższającym inne w tym celu używane, a nadto niezmiernie tanim, zupełnie nieszkodliwym, łatwym w przyrządzaniu i nie bardzo niemiłym w użyciu.

W aptekach znajdują się przeważnie kwiaty i wierzchołki krwawnika *(flores et summitates millefolii)*, ziela *(herba)* jest bardzo mało. Mają one kształt pędzelków wielkości owsa, stosunkowo do długości bardzo grubych, barwy białawo zielonawej, czasem po kilka osadzonych na jednej łodyżce; nadto znajdują się także łodyżki ziela, a czasem i cząstki listków, jedne i drugie barwy zielonej. 10·0 gr. kosztuje 3 halerze.

Przepisuje się: *Rp. flores millefolii 20·0* (synonim: *flor. achilleae*). DS. Wiadomo. Z tego mniej więcej piątą część, t. j. 4 gr., co równa się łyżce stołowej ziela, wrzuca się do 250·0 wrzącej wody, potem odstawia się napar i połówkę wypija się rano na czczo, a drugą połówkę, która stała cały dzień i nasiąkła jeszcze lepiej, wypija się wieczór. Można też przepisać napar z apteki: *Rp. Infus. flor. millefolii e 5·0 : 250·0*. Ds. połowę rano na czczo, a połowę wieczór zażyć. Lek należy podawać przez wszystkie dni krwotoku 2 razy dziennie, a nawet wskazanem jest zacząć go używać już na 5—3 dni naprzód przed spodziewanym krwotokiem macicznym.

Koszta dawki dziennej naparu, przyrządzonego w domu, wypadną na 2 halerze; dawka dzienna naparu, przyrządzonego w aptece, kosztuje 78 halerzy. Lek więc, sporządzony w domu, jest istotnie niezmiernie tani.

Chorzy nasi, których sami zepsuliśmy, przepisując zbyt pochopnie »najnowsze« zagraniczne przetwory o szumnych nazwach, może nie mieliby zaufania do naszego rodzimego krwa-

[1]) Według nowszych badań zawiera krwawnik także kwas achileinowy, uważany przez Hlauwetza za kwas akonitowy.

wnika, gdyby go mieli kupować w sprzedaży odręcznej pod polską nazwą. Nieufności tej łatwo zapobiedz, przepisując go w recepcie łacińskiej; brak znajomości botanicznych wśród naszej publiczności i odmienne wyglądanie pociętego kwiatu krwawnika nie pozwolą go zresztą rozpoznać.

Działanie fizyologiczne krwawnika zasługiwałoby na dokładne zbadanie farmakologiczne; jako lekarz praktyczny podać mogę tylko to, co sam stwierdziłem w praktyce prywatnej u chorych.

Dotychczas używałem krwawnika w krwotokach macicznych i to przeważnie w krwotokach, które stoją w pewnym związku z miesiączkowaniem, a więc przy zbyt obfitem miesiączkowaniu i krwotokach miesięcznych *(polymenorrhoea et menorrhagia)*, przy krwawieniach w wieku przejściowym *(climacterium)*, przy krwawieniach w obecności włókniaków macicy. W przypadkach takich dotąd zwykliśmy podawać sporysz, gorzknik *(hydrastis canad.)*, styptycynę; otóż krwawnik okazywał się tutaj zawsze środkiem pewniejszym i dzielniejszym od tych leków. Co do sposobu jego działania, to na zasadzie tego, co wiemy o działaniu tych leków i o sprawie miesiączkowania wogóle, mogę wyrazić oczywiście tylko przypuszczenia.

Styptycyna (wytworzona z narkotyny, zawartej w makowcu) według E. Falka nie wywiera wpływu wprost na naczynia krwionośne, ani na ośrodki naczynioruchowe; według Gottschalka zwęża naczynia krwionośne w macicy. Korzeń gorzknika przez swój alkaloid, hydrastynę, ma zwężać naczynia krwionośne i działać także na ośrodki naczynioruchowe. Sporysz według Koberta przez alkaloid swój, kornutynę, podnosi parcie krwi, drażniąc ośrodek naczynioruchowy i wywołuje skurcz mięśnia macicy, tak ciężarnej, jakoteż i nieciężarnej.

Miesiączkowanie prawdopodobnie stoi w związku z jajeczkowaniem, a polega na przekrwieniu narządów małej miednicy i jest czynnością okresową. Przekrwienie objawia się wystąpieniem uczucia prężenia w miednicy, uczucia gorąca, zwiększonej soczystości części płciowych i zwiększonego wydzielania śluzu, aż wreszcie pokazuje się krwawienie jużto przez pękanie naczyń, jużto przez przepacanie. Przekrwienie jest stałym objawem miesiączki i zawsze towarzyszy krwawieniom miesięcznym. Zwykłe spostrzeżenia nas przekonywują, że im większe przekrwienie (a wiadomo, że przekrwienie w częściach rodnych niewieścich zwiększyć można nawet mechanicznie), tem większe krwawienie. Wszelkie więc środki, zmniejszające krwawienia miesięczne, muszą wywoływać zmniejszenie przekrwienia w miednicy małej czyli muszą działać zwężająco na naczynia krwionośne błony śluzowej macicy czy też samej macicy; działanie to może następować bezpośrednio albo też za pośrednictwem ośrodka naczynioruchowego.

Tak też, jak sądzę, działa krwawnik, głównie przez zawartą w nim achileinę. Podany na parę dni przed mającem wystąpić krwawieniem miesięcznem sprawia, iż chora nie odczuwa tak jak zwykle uczucia gorąca, prężenia w miednicy małej; soczystości części rodnych i wydzielanie śluzu są o wiele mniejsze, krwawienie samo bardzo skąpe, dzienna ilość wydzielonej krwi bardzo niewielka, a cały okres trwania skrócony. Krwawnik działa więc na naczynia krwionośne macicy, zwęża je, działa podobnie, jak styptycyna i gorzknik, ale według mego doświadczenia o wiele silniej i nie wywołując przyzwyczajenia się ustroju. Często stwierdzamy, że chore, trapione krwawieniami, zażywszy po raz pierwszy styptycynę, gorzknik lub hemostan, zachwycone są podanym lekiem; zachwyt ten jednak przy następnych krwawieniach coraz bardziej się zmniejsza. Krwawnik zaś działa zawsze prawie jednako.

Podnoszę z naciskiem, że działanie krwawnika jest tem pewniejsze, im wcześniej zacznie się go podawać; najlepiej więc zacząć go podawać na 5—3 dni przed spodziewanem krwawieniem. Niewątpliwie bowiem może krwawnik, jak i inne podobne leki, działać pewniej wtenczas, gdy wytwarza się dopiero przekrwienie, aniżeli wtedy, gdy przekrwienie jest już na szczycie i objawia się już krwawieniem. Dawkę krwawnika, można znacznie bez żadnej szkody podnieść, a działanie staje się wtedy tem silniejsze; jest to zresztą dosyć indywidualne. Według farmakologii Bernatzika i Vogla można przepisywać napar 5·0—15·0 : 100·0—200·0.

Z licznych przypadków, w których ze skutkiem stosowałem krwawnik, przytoczę tylko jeden, bo to przypadek niejako klasyczny i przez dłuższy czas doświadczalnie badany. U kobiety, czterdzieści kilka lat liczącej, rozpoznano przed 8 laty włókniaki macicy. W ciągu tych 8 lat zasięgała porady lekarskiej u wielu lekarzy, także i u zawodowych ginekologów. Na operacyę doszczętną zgodzić się chora nie chce; zresztą i przypadek sam z powodu zrostów okołomacicznych przedstawia się ze względu na operacyę jako trudniejszy. Wobec tego starano się wpłynąć na rozrost włókniaków i krwotoki wstrzykiwaniami podskórnymi wyciągu sporyszu, których dotychczas zrobiono już sto kilkadziesiąt. Rozrost włókniaków stosunkowo się zmniejszył, o krwotokach tego powiedzieć nie można. Co parę tygodni występowały krwotoki gwałtowne, a następstwem ich była znaczna niedokrwistość ze wszystkiemi swemi następstwami. Przeciw niedokrwistości więc polecono dobre odżywianie się, wewnętrznie w różnej postaci żelazo *(pilul. sanguin. Krewel — ferrum carbonicum sacch.)*. wyjazd do Francensbadu i na parę zawodów do Krynicy, celem zmniejszenia zaś krwotoków podawano styptycynę, gorzknik, hemostan. Te środki, stosowane przeciw krwotokom, zazwyczaj pierwszy raz podane działały korzystnie, przy następnym jednak krwotoku działanie to było mniejsze, a przy późniejszych prawie niedostrzegalne. Wobec tego w marcu 1905 r. przepisałem chorej w sposób, powyżej podany, krwawnik w naparze, w domu przyrządzonym. Skutek był nadzwyczajny i ten korzystny skutek utrzymuje się do dziś dnia. Celem przekonania się, czy dodatnie działanie należy rzeczywiście odnieść tu do krwawnika wykonywałem liczne próby. Wobec zbliżającego się krwawienia miesięcznego, czasem wstrzymywałem zupełnie podawanie wszelkich środków przeciwkrwotocznych, nie podawałem więc i krwawnika, — czasem znów podawałem tylko inne środki, a niepodawałem tylko krwawnika. Wtedy jednak zawsze powstawał krwotok tak gwałtowny, iż nieraz próbę musiałem przerywać i uciekać się do krwawnika. Obecnie miesiączkowania wobec stałego używania krwawnika są nieobfite i prawie prawidłowe.

Może ktoś mógłby zarzucić, że ogólne zmniejszenie się krwotoków należy odnieść raczej do wieku chorej t. j. do zbliżającego się przekwitania *(climacterium)*, a nie do działania krwawnika; sądzę, że niesłusznie, bo i obecnie (przed 4 tygodniami) urządzona próba dostatecznie przekonała mnie o wybitnem działaniu krwawnika.

Na podstawie szeregu podobnie leczonych przypadków doszedłem do przekonania, że krwawnik jest znakomitym środkiem przeciwkrwotocznym, że przewyższa inne dotąd używane i że właściwem dla niego wskazaniem są pewne krwawienia maciczne, a mianowicie takie, które stoją w związku z miesiączkowaniem. — Poczuwam się więc do obowiązku podać to do ogólnej wiadomości i zachęcić kolegów do wypróbowania tego środka.

Oceny i sprawozdania.

I. **Dziecko w pierwszym roku życia,** podług dra Silbersteina opracował dr Władysław Schoenaich. Łódź 1907. Cena 10 groszy. II. **Choroby dzieci w wieku szkolnym,** podług Silbersteina, Jankego i innych opracował dr Wacław Jasiński. Łódź 1907. Cena 10 groszy.

Wychodząc z zasady, że »zdrowie jest jedyną własnością robotnika, a zachowanie zdrowia to zachowanie sił do pracy« rozpoczął Łódzki oddział Towarzystwa higienicznego wydawanie 10-groszowej »Biblioteki robotniczej«, mającej na celu spopularyzowanie głównych zasad higieny i medycyny. Otwierają wydawnictwo broszurki, tyczące się wieku niemowlęcego i szkolnego. W pierwszej znajdujemy przepisy o pielęgnowaniu noworodka, żywieniu naturalnem, odstawieniu od piersi, karmieniu sztucznem, pielęgnowaniu skóry i jamy ustnej, w drugiej wskazówki co do opieki nad dziećmi w domu i w szkole, zadań lekarza szkolnego, higieny poszczególnych narządów i najczęstszych chorób, zdarzających się w wieku szkolnym. Autorowie występują w obu broszurach energicznie przeciw wielu zgubnym, rozpowszechnionym między ludem przesądom i uprzedzeniom. Na wszystkie zasady i przepisy, wypowiedziane przez autorów, można się śmiało pisać. Wydawnictwo zasługuje też stanowczo na uznanie. Język prócz paru usterek dobry, przedstawienie zwięzłe i jasne.

Doc. Lewkowicz.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Lecercle. **Uwagi nad doświadczeniami Leduca, mającemi tłómaczyć fizyczne podstawy życia.** *(La Clinique* Nr. 5, 1907). **Rzekome sztuczne rośliny Leduca.** *(Semaine*

med. 1907, Nr 5). Prace Leduca o fizycznych podstawach życia wywołały w prasie codziennej łatwy entuzyazm, w prasie zaś naukowej spotkały się z surową krytyką. Leduc badał, jak wiadomo, zachowanie się kropli pewnych soli, np. żelasinku potasu w roztworach koloidalnych, np. w 10 prc. roztworze żelatyny. Kropla żelasinku wciąga wodę, rosnąc w ten sposób przez osmozę, spotyka się z innemi kroplami, w podobny sposób rosnącemi; zbiorowisko takich kropli łudząco przypomina tkankę roślinną; środek pierwotnej kropli żelasinku, gdzie stężenie jest największe, odpowiada niejako jądru komórki, część rozcieńczona kropli przedstawia niejako protoplazmę, warstwy wreszcie obwodowe kropli, które spotykając się ze sąsiedniemi, ulegają ściśnieniu i zagęszczeniu, naśladują osłonkę komórkową. — Ciekawsze jeszcze są inne figury. Gdy np. z obu stron kropli zabarwionej, przedstawiającej niejako jądro komórkowe, umieścimy dwie krople o ciśnieniu osmotycznem mniejszem lub większem od ciśnienia, jakie posiada sama zabarwiona kropla, zobaczymy w owem sztucznem jądrze figury i ruchy, kształtem i chronologicznym porządkiem odpowiadające karyokinezie. — Podobnież i wzrost roślin można naśladować, korzystając ze zjawisk osmotycznych. Np. wrzucając do roztworu żelatyny, zaprawionego żelasinkiem potasu i chlorkiem sodu, maleńkie kołaczyki z cukru i siarczanu miedzi, można widzieć jak gdyby powstawanie ziarn rosnących; około kołaczyków wytwarza się mianowicie osłonka z żelasinku miedzi, przepuszczająca do środka wodę, ale nieprzepuszczająca na wewnątrz żelatyny, ani na zewnątrz cukru lub siarczanu miedzi; ziarno takie zatem wzdyma się przez wciąganie wody, przez pęknięcie jego ściany wylewa się kroplami siarczan miedzi, które to krople natychmiast jednak otaczają się osłonką żelasinku miedzi, naśladując niejako pączkowanie; przez to pączkowanie i powiększanie się utworzonych postaci drogą endosmozy wyrastają sztuczne jakby rośliny rozgałęzione ku dołowi, jak gdyby miały korzenie, ku górze jak gdyby wypuszczając łodyżki i dochodzą do 30—40 ctm. długości.

Doświadczenia Leduca nie są zupełnie nowe, ani oryginalne; już w roku 1864 Traube, badając własności ścian połowicznie przepuszczalnych, otrzymał w ten sam sposób, co Leduc, sztuczne twory, podobne do roślin. Być może, że Leduc nie znał tych doświadczeń, znanych zresztą dobrze każdemu botanikowi. Doświadczenia tego rodzaju nie są pozbawione pewnej wartości dla biologa. Zmiany form w sztucznych utworach pod wpływem ciśnienia osmotycznego pozwalają niewątpliwie wysnuwać pewne wnioski co do roli ciśnienia osmotycznego przy zmianie kształtów w ustrojach żywych. Np. na podstawie doświadczeń Leduca można wnosić, że na początku karyokinezy powstają w komórce dwa centra hyper- lub hypotoniczne, które wywołują początek podziału komórki. — Jeśli jednak Leduc nie zwraca zupełnie uwagi na różnicę chemiczną substratów, w których zjawiska osmozy zauważamy, i jeżeli, zapominając, że główną zagadką życia jest zawiłość chemicznej budowy żywego substratu — twierdzi, że przez siły czysto fizyczne udało mu się odtworzyć zjawiska żywienia się, budowy i wzrostu — i że jego odkrycia uprawniają nas do postawienia obok dotychczasowej analitycznej biologii nowej biologii syntetycznej, to twierdzenia takie są przynajmniej równie nierozsądne, jak śmiałe. *Mostowski.*

Hamburger. **O antytoksynie i białku.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 6). Z doświadczeń autora wynika, że antytoksyna jest nierozdzielnie z białkiem surowicy związana. *Godlewski.*

Gruber i Futaki. **Odporność przeciw wąglikowi.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 6, 1907). Swinka morska i królik ulegają łatwo zakażeniu wąglikiem, natomiast kura i pies są odporne. *In vitro* ciałka białe psa i kury pochłaniają szybko prątki, natomiast ciałka białe królika i świnki obejmują tylko prątki, a potem znowu je wypuszczają. Prątki bronią się przeciw leukocytom tworzeniem otoczek. Otoczki te tworzą się albo dopiero w ustroju, lub też prątki dostają się już w otoczkach do ustroju. U psa i kury pewne substancye nie dozwalają na tworzenie się tych otoczek. Te substancye pochodzą z ciałek białych, a także z płytek krwi (u królika i szczura); przy krzepnięciu krwi przechodzą one do surowicy. Przez zastój żylny można częściowo otrzymać te ciała i w limfie w tkance podskórnej u królika. *K.*

Loeffler. **Nowy sposób szybkiego barwienia drobnoustrojów, zwłaszcza pasorzytów krwi, dwoinek wiewiórowych i prątków błoniczych.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 5, 1906). Na preparat daje się 3 krople $^1/_2$ proc. *natr. arsenic.* i kroplę $^1/_2$ prc. rozczynu zieleni malachitowej z chlorkiem cynku (Höchst), ogrzewa się nad lampką aż do tworzenia się pary i barwi minutę, poczem spłukuje się wodą. W probówce do 5 ctm. $^1/_2$ proc. gliceryny dodaje się 5—10 kropli kupnego rozczynu Giemsy, zagotowuje i polewa preparat, trzymając na nim rozczyn 1—5 minut, poczem znowu opłukuje się wodą. W ten sposób barwić można znakomicie świdrowce, krętki duru powrotnego i blade. Pasorzyty krwi prędko barwić można, przygotowując barwik z czterech równych części 2·5 prc. boraksu, 1 prc. błękitu metylen., wielobarwliwego błękitu metylen. Unny i 0,05 prc. bromeozyny »B. extra«. Barwikiem tym barwi się (przy ogrzaniu) minutę; odbarwia się rozczynem 5 proc. tropeoliny 00 z dodatkiem $^1/_2$ proc. kwasu octowego. W ten sposób barwią się bardzo dobrze prątki błonicze, dwoinki wiewiórowe (przyczem lepiej odbarwiać rozczynem następującym: 20 części bromeozyny $^1/_{00}$, 177 części wyskoku, 3 części kwasu octowego). *Klęsk.*

Aniczkow. **O użyciu acetonu w technice histologicznej.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 3). Autor sprawdzając wartość acetonowej metody Henkego i Zellera, doszedł do wniosków następujących: W histologii normalnej przy badaniu ogólnej budowy różnych narządów aceton nie nadaje się do użytku, natomiast można go użyć przy badaniu oddzielnych komórek, jak nabłonkowe, nerwowe, glejowe, mięsne i bazofilne. 2) Acetonu można używać w histologii normalnej do prędkiego zatapiania w parafinie po ustaleniu w innych środkach. 3) W histologii patologicznej, gdzie zależy na pośpiechu, można aceton śmiało zalecić. *Z. Orłowski.*

Moseszwili. **Przyczynek do farmakologii klawiny.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 4). Autor badał wpływ klawiny (*clavinum*) Mercka na zwierzęta zimno- i ciepłokrwiste. U żab wodne rozczyny klawiny, wprowadzane pod skórę, w ilości 0,005—0,6 nie wywoływały żadnych zmian, ani w stanie ogólnym, ani w czynności serca, ani w odruchach, ani w sprawności mięśni, ani w układzie nerwowym. Również żadnego wpływu nie wywarły podskórne wstrzykiwania wodnych rozczynów klawiny u psów (0,5—0,20 na kilogr. wagi) i królików [0·3—1·5 na kilogr. wagi], u których nie wywarła żadnego wpływu ani na oddech, ani na krążenie, ani na odruchy, ani na macicę (w dawkach 0,3—1,5 na kilogr. wagi). Na podstawie tych badań autor wnosi, że klawina jest środkiem zupełnie obojętnym dla ustroju. *Z. Orłowski.*

Wiesiełkow. **O zmianach w tętnicy głównej (u królików) pod wpływem zatrucia rozczynem adonidyny.** (*Russk. Wracz* 1907, Nr 3). Autor zrobił królikowi do żyły usznej w ciągu 62 dni 41 wstrzyknięć rozczynu adonidyny (1: 1000), zaczynając od $^1/_2$ i stopniowo dochodząc do 2 strzykawek (1-gramowych) Pravaza. W tętnicy głównej powstały duże zmiany miażdżycowe ze zwapnieniami, a miejscami z prawdziwem skostnieniem, jakoteż z wytwarzaniem się chrząstki szklistej, zawierającej czasem resztki włókien sprężystych. Chrząstka ta rozwija się na miejscu zwapniałych gniazd martwicy, lecz tylko wtedy, jeżeli naokoło takiego gniazda rozwinęły się nowe naczynia włoskowate; z chrząstki tej potem wytwarza się kość. W piśmiennictwie o heteroplastycznem powstawaniu kości można naliczyć ledwie około 20 opisów kości w naczyniach; chrząstkę zaś obok kości spostrzegano zaledwie 2—3 razy. Sztucznie wywołać tworzenie się kości w nerce u zwierzęcia udało się Sacerdottiemu, Frattinowi (1902 r.), Pożaryskiemu (1904) i Śliwińskiemu (1906), sztucznie wywołać tworzenie się kości w tętnicy głównej u zwierzęcia udało się autorowi pierwszemu. *Z. Orłowski.*

Medycyna wewnętrzna.

Burkhardt. **O powstawaniu lewostronnych objawów w zapaleniu okołokątniczem.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 50, 1906). Najgłówniejszymi objawami miejscowymi w zapaleniu okołokątniczem są ból i większy lub mniejszy opór, wyczuwalne w prawidłowych warunkach po prawej stronie podbrzusza; odpowiada to mniej więcej t. zw. punktom Mac Burneya. Niekiedy jednak pomimo prawidłowego ułożenia trzew, występują objawy po stronie wprost przeciwnej, t. j. lewej, a dopiero zabieg operacyjny lub badanie pośmiertne wyjaśniają sprawę. Sonnenburg przyjmuje, że w takich przypadkach chodzi o rozpromienienie się bolów na wszystkie gałązki nerwowe, oplatające wyrostek robaczkowy i jelito ślepe: nerwy wyrostka należą do górnego splotu nerwu współczulnego, obejmującego także i jelito cienkie. Skutkiem takiego więc rozpromienienia może w przebiegu zapalenia okołokątniczego — zwłaszcza w początkach — wystąpić bolesność po lewej stronie podbrzusza. Sonnenburg zwraca słusznie uwagę, że bolesność tę należy ściśle odróżnić od bolu uciskowego (Druckschmerz), odpowiadającego zazwyczaj dokładnie wyrostkowi robaczkowemu, okoliczność, która od pomyłek uchroni. Przeniesienie się bolesności na stronę lewą,

i to w początkach, może być również następstwem zajęcia naczyń chłonnych (*lymphangitis*), otaczających wyrostek robaczkowy; według tego więc, w jakim kierunku rozchodzą się naczynia chłonne (ku linii środkowej ciała lub dalej na lewo), w takim także kierunku rozszerzy się i bolesność. Znaczny tu ma wpływ wielkość i kształt krezki. Takim zapaleniom naczyń chłonnych towarzyszy często wysięk; każą one po większej części niepomyślnie rokować. Wreszcie mogą się pojawić bole po stronie lewej, i to pierwotnie, w tych przypadkach, w których końcowa część wyrostka robaczkowego, sięgająca do linii środkowej ciała, ulega przedziurawieniu. W przypadkach tych, na szczęście bardzo rzadkich, rozwija się rychło rozlane zapalenie otrzewnej. — Także i drugi główny objaw zapalenia okołokątniczego, opór (obrzęk zapalny), można napotkać po stronie lewej, bądźto pierwotnie w pierwszym zaraz okresie choroby, bądź następowo, co się częściej wydarza, po prawostronnych ogniskach zapalnych. Są to po większej części ropnie, powstałe albo przez szerzenie się sprawy (*per continuitatem*), albo drogą naczyń chłonnych, albo po rozlanych zapaleniach otrzewnej lub wreszcie skutkiem zatorów i zakrzepów. Ropnie lewostronne, pierwotnie występujące, są bardzo rzadkie: najczęściej zdarza się to — przy prawidłowem ułożeniu jelit — wówczas, jeśli wyrostek robaczkowy swe miejsce zmienia, co znów zawisło od długości samego wyrostka, od stopnia napełnienia i od ruchomości jelita ślepego i wreszcie od krezki. W odpowiednich warunkach może się wyrostek przesunąć poza linię środkową ciała, lub na lewy talerz biodrowy, lub nawet w głąb miednicy małej: wtedy i opór, wywołany przez zlepy jelit, wysięk i obrzęk, może się pojawić po stronie lewej. Oczywista rzecz, że przy odwrotnem ułożeniu trzew będą również objawy po stronie lewej — okoliczność ta jest jednak z powodu swej rzadkości mniejszej wagi, dotychczas bowiem opisano jeden jedyny taki przypadek, przy sekcyi stwierdzony. *Pisek* (Kraków-Podgórze).

Neubauer i Stäubli. **O eozynofilnych cierpieniach jelit.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 49, 1906). Znamieniem »eozynofilnych« cierpień błon śluzowych jest pojawienie się w ognisku chorobowem eozynochłonnych leukocytów wraz z kryształkami Charcot-Leydena, oraz wzrost liczby komórek eozynochłonnych we krwi; przynajmniej co do dychawicy oskrzelowej jest to pewne. Co do cierpień przewodu pokarmowego, są zdania dotychczas podzielone: Leichtenstern i jego zwolennicy uważają eozynofilię wprost za cechę choroby pasorzytnej (*ankylostomum, anguillula*); Zappert, Grawitz, Roesen i inni, pomimo niewątpliwego rozpoznania cierpienia pasorzytnego (*ankylostomiasis*) nigdy eozynofilii, ani kryształków Charcot-Leydena nie stwierdzali. Otóż N. i S. utrzymują, że istnieją samoistne eozynofilne choroby przewodu pokarmowego, a na poparcie swego twierdzenia przytaczają szereg przypadków bądź z przebiegiem ostrym, bądź przewlekłym. We wszystkich tych przypadkach znaleźli kryształki Charcot-Leydena, znamienne eozynochłonne leukocyty i pomnożenie eozynochłonnych komórek we krwi.
Pisek (Kraków-Podgórze).

Fricker. **Dwa przypadki eozynofilii przewodu pokarmowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 6). W stolcu 2 chorych, cierpiących na ostre objawy nieżytowe przewodu pokarmowego, znaleziono ciałka białe eozynochłonne, oraz kryształy Charcot-Leydena. Przyczyna cierpienia niewyjaśniona.
Dr M. Godlewski.

Schumm. **Wykrywanie krwi w stolcach.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 6). Próba benzydynowa w modyfikacyi Schlesingera i Holsta jest niewątpliwie w zasadzie, jak sam autor przyznaje, czulsza, aniżeli podana przez niego ulepszona próba Webera; ta jej czułość jest jednak także jej ujemną stroną, może bowiem ślad barwika krwi, zawarty w wydzielanej do przewodu pokarmowego żółci, być źródłem dodatniego wyniku próby. Nadto próba benzydynowa pozwala użyć tylko maleńkiej ilości kału; jeżeli ta właśnie cząstka kału zawiera b. mało barwika krwi, to odczyn może się nie pojawić, mimo że krew wykryćby można zapomocą próby mniej czułej, ale pozwalającej badać większą ilość kału. Jako od prostszej i szybszej próby powinno się od niej zacząć, sprawdzając w razie potrzeby wynik badania zapomocą ulepszonej próby Webera. *Dr M. Godlewski.*

Brodzki (Kudowa). **W sprawie wydzielania patologicznych ciał białkowych, hamujących ścinanie się w moczu przy zapaleniu nerek.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* Tom 60, Z. 5 i 6). Badania wykonał B. w klinice Senatora w Berlinie. W 24 porcyach moczu wyosobnione białka przy wszystkich rzeczywistych zapaleniach nerek (zarówno ostrych, jak i przewlekłych), posiadały dążność ku szybkiemu ścinaniu się. — Myszy, którym wstrzyknięto podskórnie $\frac{1}{2}$—1 cm. możliwie zgęszczonego rozczynu tej substancyi białkowej zachorowały, niektóre z nich nawet padły. Mocze zaś w chorobach sercowych, nie zawierające wałeczków, zawierały białko albo z dążnością hamującą ścinanie się, albo też zachowujące się obojętnie, rzadziej zaś białka z dążnością do szybkiego ścinania się. Mocz w przypadkach zwyrodnienia skrobiowatego nerek (gruźlica kości), badany w rozmaitych czasach, zachowywał się rozmaicie: albo obojętnie, albo też okazywał dążność hamującą, albo też przyspieszającą ścinanie się. Autor sądzi, że dążność ku szybkiemu ścinaniu się jest własnością izolowanych albumoz i wyżej organizowanych peptonów, albo też ich mieszanin; hamowanie zaś ścinania się jest własnością rozkładających się białek. Czy i o ile ta własność hamująca jest oznaką znacznego rozwoju choroby, to jest pytanie, wymagające jeszcze wyjaśnienia. *J. B.*

Żebrowski. **Znaczenie rozpoznawcze zmian moczu przy badaniu (przez ugniatanie) nerek.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 45, 46). W klinice prof. K. Wagnera (w Kijowie) autor zbadał wpływ ugniatania nerek na zmiany w moczu na 39 nerkach (u 30 chorych). Stwierdziwszy, że nerka jest macalna, polecał autor chorym oddać mocz, następnie, ułożywszy chorego na wznak lub na boku przeciwległym, ugniatał nerkę (na szczycie wdechu) 10—15 razy raz po razu, a potem zbierał mocz do badania oddzielnemi porcyami co 10—15 minut. Wnioski autora są następujące: 1) Białkomocz po obmacaniu nerek jest stałem zjawiskiem i może mieć znaczenie przy rozpoznawaniu nowotworów brzucha. 2) Granice, w których waha się ilość białka w tych przypadkach, wskazują na prawidłowy lub chorobowy stan obmacywanej nerki: ugniatanie prawidłowej nerki wywoływuje nieznaczny białkomocz, przeważnie tylko ślady białka (mniej od 0,033‰); jeżeli białka jest tyle, że ilość jego można oznaczyć (według Brandberga), to to przemawia za zmianami chorobowemi w nerce. 3) Białkomocz wskutek ugniatania zdrowej nerki znika bardzo prędko (w ciągu $\frac{1}{2}$—2 godzin); przy zapaleniach nerek natomiast po ugniataniu może trwać niekiedy do następnego dnia. 4) Istnieje pewna równoległość między stopniem białkomoczu wskutek ugniatania i zmianami w składzie osadu moczu. Zmiany osadu, rzadkie przy nieznacznym białkomoczu, spotyka się tem częściej, im białkomocz znaczniejszy. 5) Zmiany w osadzie po ugniataniu nerek pozwalają niekiedy wykryć obecność spraw chorobowych, na które zwykłe badanie moczu zupełnie nie wskazywało. Brak zmian w osadzie moczu po ugniataniu nerek przemawia za tem, że nerka jest zdrową. 6) Wobec częstości nerki ruchomej badanie moczu po ugniataniu jej zasługuje na uwagę przy rozpoznawaniu chorób nerek. Za przyczynę wszystkich opisanych zjawisk uważa autor zmiany nabłonków nerkowych pod wpływem czysto mechanicznej przyczyny (ugniatania) lub pod wpływem zmienionych warunków krążenia w nerce. Zdrowe nabłonki prędko powracają do stanu prawidłowego, w chorych zaś nabłonkach zmiany, wywołane przez ugniatanie, trwają dłużej i wskutek tego wydzielenie białka jest znaczniejsze i trwa czas dłuższy. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Latzel. **O występowaniu prątków kwasu mlecznego w osadzie moczu.** (*Wiener klin. Wochs.* 1906, Nr 49). W dwóch przypadkach krwiomoczu stwierdził L. w osadzie moczu długie, nieruchome prątki, sposobem Grama się nie odbarwiające, które na agarze z cukrem gronowym zachowywały się, jak laseczniki kwasu mlecznego, opisane przez de Baryego i Boasa w treści żołądkowej przy raku żołądka (u nas zwrócił na nie uwagę jeszcze w r. 1889 Jaworski. *Przyp. sprawozd.*). Równocześnie z ustąpieniem krwiomoczu znikły i te bakterye z osadu moczu. Autor przypuszcza, że bakterye te nie są znamienne dla pewnych określonych chorób (n. p. rak), a zależne tylko od obecności krwi w podłożu, na którem się rozwijają, i przypuszcza, że z obecności tych laseczników w osadzie moczu można wysnuć wnioski rozpoznawcze co do przebytego moczenia krwią. (Rud. Schmidt zwrócił swego czasu uwagę na obecność tych prątków przy krwawieniu z owrzodzenia żołądka po nadżarciu ługiem potasowym, a więc nietylko przy raku, lecz wogóle przy obecności krwi. *Przyp. sprawozd.*). *Pisarski.*

Doc. Suter. **Wyniki badań bakteryologicznych w zakaźnych chorobach narządów moczowych i ich wartość praktyczna.** (*Corrbl. f. schw. Aerzte* 1906, Nr 24). Badanie bakteryologiczne ma, zdaniem S., wielkie znaczenie praktyczne w zakaźnych chorobach narządów moczowych, zwłaszcza, jeżeli domyślać się można zakażenia pochodzenia wewnętrznego (*endogen*). Ponieważ takie zakażenie następuje zazwyczaj przez prątki okrężnicy lub przez prątki gruźlicze i ponieważ zakażenie dodatkowe w toku gruźlicy dróg moczowych zdarza się tylko

rzadko i to najczęściej za pośrednictwem narzędzi, przeto badanie na zwykłych pożywkach dozwala na szybkie rozpoznanie różniczkowe: w przypadkach zakażenia prątkami okrężnicy otrzymuje się hodowlę tych prątków, w przypadkach zaś gruźlicy pożywki pozostają jałowe. — Przy zakażeniu zaś dróg moczowych za pośrednictwem narzędzi dozwala badanie bakteryologiczne ściśle rokować i dostarcza ważnych wskazówek przy zabiegach operacyjnych. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Sędziak. **Zaburzenia nosowo-gardłowo-krtaniowo-uszne w przebiegu chorób nerek.** (*Nowiny lek.* 1906, Nr 11). Z zaburzeń nosowych w toku chorób nerek stosunkowo częstym objawem bywają krwawienia z nosa. Objaw ten zależy od zmian w naczyniach, jakoteż od przerostu serca, względnie od zwiększonego ciśnienia krwi. Krwawienia z nosa pojawiają się obustronnie, co potwierdza ich ogólny, a nie miejscowy charakter. W jamie nosowo-gardłowej bywa siedliskiem krwawienia migdałek gardłowy Luschki. Oprócz krwawień występuje w przebiegu choroby Brighta bladość błony śluzowej w nosie i gardle z zasychającą wydzieliną, jako zmiana odżywcza, zależna od ogólnej niedokrwistości.

Zaburzenia w jamie ustnej i w gardle w przebiegu chorób nerek występują jako krwawienia z nasady języka i wybroczyny na błonie śluzowej, poprzedzające zazwyczaj mocznicę. Nadto rozwija się niedokrwistość błony śluzowej, oraz suchy nieżyt zanikowy. W późniejszych okresach występują (niezbyt często) obrzęki przyrody zastoinowej, a wówczas błona śluzowa bywa blada lub żółtawo-biała, przeźroczysta, jakby galaretowata. Do rzadszych powikłań należy zapalenie migdałków, swoiste zapalenie mocznicze błony śluzowej jamy ust i gardła, połączone z cuchnieniem z ust, jak również błoniaste zapalenie języka.

W krtani i tchawicy wielu autorów uważa obrzęki za częsty pierwszy objaw zapalenia nerek. Nadto spostrzegano niedokrwienie błony śluzowej i dychawicę mocznicza, przy objawach zwężenia krtani, niemotę mocznicza z powodu obrzęku mózgu, krwotoczne zapalenie krtani, krup krtani, oraz nieżyt przewlekły, przeważnie ograniczony do jednej struny głosowej lub tylnej ściany krtani.

Zaburzenia uszne bywają przy chorobach nerek stosunkowo niezbyt częste. Najczęstszem bywa krwotoczne zapalenie ucha środkowego, rzadszem zwyczajne ostre jego zapalenie. Ropienie uszne, wikłające płonicze zapalenie nerek, powiększa się przy pogorszeniu stanu nerek i naodwrót. Ucho wewnętrzne wyjątkowo bywa zajęte w przebiegu mocznicy (głuchota, szmery). *Dr Blassberg.*

Higiena.

Prof. C. Fraenkel i Baumann. **Zakaźność rozmaitych hodowli zarazka gruźliczego.** (*Zeitschr. f. Hyg.* T. 54, str. 247). Badając zakaźność 37 odmian zarazków gruźlicy ludzkiej stwierdzili F. i B., że najodpowiedniejszą do badań tych jest świnka morska; króliki, szczury i myszy nie nadają się do takich badań. Zakaźność różnych odmian zarazka gruźliczego dla świnek jest jednakową; hodowanie zarazka na pożywkach sztucznych w ciągu lat 6 nie zmniejsza jego zakaźności, hodowanie przez lat 20 zmniejsza ją bardzo wybitnie. *L. Bier.*

Trautmann. **Grupa bakteryi duru rzekomego jako niszczyciele szczurów.** (*Zeitschr. f. Hyg.* T. 54, str. 104). W kilku epidemiach, panujących wśród szczurów zakładu higienicznego hamburskiego, wyhodował T. prątki, które zalicza do grupy bakteryi duru wrzekomego, a uważa za identyczne z prątkami Danysza. Prątki te wywołują u zwierząt zmiany podobne, jak prątek moru (dymienice, posocznicę). Do tępienia szczurów jednak, wbrew oczekiwaniu, nie nadają się, bo wiele szczurów dzikich jest na nie odpornych wskutek przebycia zakażeń naturalnych. Zresztą szczury, sztucznie zakażone, mogłyby roznosić ten zarazek, który i dla ludzi nie jest obojętny. Endemie tej zarazy wśród szczurów są, zdaniem T., przyczyną pojawiania się duru rzekomego u ludzi. *L. Bier.*

Gabryszewski. **Próby racyonalnej walki z zimnicą w Rosyi.** (*Zeitschr. f. Hyg.* T. 54, str. 227). Zorganizowany przez towarzystwo im. Pirogoffa komitet dla badania zimnicy w Rosyi wysłał w r. 1903 wyprawy naukowe do gubernii woroneskiej i na Kaukaz. Akcya wypraw polegała na badaniu całej ludności, systematycznem leczeniu chininą wszystkich jawnych i ukrytych przypadków zimnicy, przeniesieniu uporczywych przypadków do górskich uzdrowisk, wykadzeniu mieszkań mieszaniną z proszku dalmatyńskiego, korzenia kozłkowego i saletry, mechanicznych urządzeniach ochronnych i zapobiegawczem podawaniu co 6—7 dni dorosłym chininy 1 gr., dzieciom zaś euchininy (5 gr.). Mimo napotkanych trudności (ciemnota i opór ludności), chorobliwość z zimnicy w leczonych wsiach zdołano obniżyć z 7—12 prc. na 2,2—5,9 prc. Najczęstszą była trzeciaczka (75 prc.), potem postać letnio-jesienna (*f. aestivo-autumnalis*) (20·5 prc.). Rozwojowi zimnicy sprzyjał znakomicie wilgotny klimat i obfitsze, aniżeli w okolicach południowych, składanie jajek przez samiczki widliszów, których poczwarki mieszczą się szczególnie obficie wśród nitkowatych roślin wodnych. Narybek gatunków *Leuciscus sutilis, Blicea Bjorkna, Phexinus laevis* żywi się obficie temiż poczwarkami, przeszkadzając ich dalszemu rozwojowi. *L. Bier.*

Prof. Almquist. **Niektóre z przyczyn zmniejszenia się śmiertelności z suchot płucnych w miastach szwedzkich.** (*Hyg. Runds.* 1907, Nr 2). Od r. 1860 muszą lekarze praktyczni w Szwecyi donosić władzom przyczynę śmierci w każdym przypadku; w przeciwnym razie zwłoki muszą być sekcyonowane. Dzięki temu ma Szwecya wzorową statystykę śmiertelności, zwłaszcza co do suchot. Śmiertelność z tej choroby spadła w ostatniem 10-leciu znacznie, bo o 17 prc. Ten spadek śmiertelności nie objawia się jednak równomiernie w całym kraju. Już na podstawie dotychczasowej statystyki większych miast sądzi A., że zmniejszenia śmiertelności z suchot płucnych w Szwecyi nie można odnieść w wydatnej mierze do jakichś większych robót asanizacyjnych, lecz raczej do ogólnego podniesienia się kultury, do opartej na odkryciu Kocha profilaktyki indywidualnej, oraz do rozpowszechnienia się wiadomości profilaktycznych. Spadek śmiertelności z suchot jest zresztą, zdaniem A., w części pozornym. Śmiertelność ta przesuwa się z miast większych do wsi i miasteczek w następstwie rozpowszechnienia się ruchu letniskowego i znacznego wzmożenia się komunikacyi. *L. Bier.*

Prof. Teoni. **Studya nad dżumą.** (*Zeitschr. f. Hyg.* T. 54, str. 385). W niestosunku do wyników badań nad etyologią i patologią moru stoją dotychczas praktyczne wyniki badań nad jego leczeniem w znacznej mierze z powodu uprzedzenia, że jak w błonicy, tak i w morze, jedynem lekarstwem może być tylko surowica. Wartość rozmaitych sposobów leczenia moru ocenia T. w sposób następujący: Zależnie od jakości surowicy umiera 25—50 prc. chorych szpitalnych, leczonych surowicą. W przypadkach posocznicy i dżumy płucnej nie działa surowica zupełnie. Śródżylne wstrzykiwania sublimatu dają co do śmiertelności takie same wyniki, jak najlepsze gatunki surowic swoistych (30—40 prc.), zaleca je przeto T. w razie braku dobrej surowicy i niemożności wykonania zabiegu chirurgicznego. — Nie należy nigdy wyczekiwać na zropienie dymienicy, najlepiej wyciąć ją w całości. W razie trudności lub niemożności dokonania tej operacyi leczenie miejscowe dymienicy poza ciepłymi okładami z roztworów sublimatu lub karbolu polegać powinno na wstrzykiwaniu tychże roztworów (sublimat $^{1}/_{1000}$, kw. karbolowy 1—2 prc.) do gruczołu lub w jego otoczenie. *L. Bier.*

Sacher Masoch i Masochizm.

Szkic literacko-psychiatryczny według collegium publicum.

Skreślił

Prof. Dr L. Wachholz.

(Ciąg dalszy.)

Do wydania wrzekomo przedmiotowego sądu o kobiecie słowiańskiej i jej stosunku do mężczyzny był jedynem źródłem dla Schlichtegrolla, a za nim dla Eulenburga, Sacher-Masoch poeta, rozmijający się już z tytułu swego powołania tak w życiu [26], jak i w utworach z prawdą. Lecz nietylko dla tej swej właściwości rozmijania się z prawdą nie powinien on był stanowić źródła dla biografa przy wydawaniu wymienionego sądu, gdyż należało się przed zużytkowaniem tego źródła zapytać, na jakiej podstawie opierał Sacher-Masoch opisy i poglądy na charakter kobiet słowiańskich. Twierdzenie jego, jak to wynika ze sprostowanego tutaj na datach urzędowych jego życiorysu, gołosłowne, że jest Słowianinem, »galicyjskim Rosyaninem« itd. niczego w tej mierze nie może dowodzić, skoro ten Słowianin, czy galicyjski Rosyanin, opuściwszy kraj rodzinny jako 13-letni chłopiec, odtąd prócz jednorazowego krótkiego w nim pobytu więcej go nie widział, bawiąc stale i niemal wyłącznie przez całe swe życie w Niemczech i skoro on widocznie tak zapomniał mowy swego rodzinnego kraju, że mimo uwielbienia (?)

[26]) Por. Życiorys, zdanie żony jego.

dla Rosyi, czy też Rusi, ani jednego w tych językach nie skreślił utworu. Jeźli nie można zaprzeczyć słuszności zdaniu Schlichtegrolla, że »wrażenia doznane w młodości, zwykły się utrwalać na całe życie«, to nie można w niem upatrywać jeszcze dowodu na to, że sąd autora o kobiecie słowiańskiej itd. musi być słuszny i prawdziwy, gdyż chłopak do lat 13 swego życia, nawet gdyby się później rozwinął geniuszem, nie jest zdolny wytworzyć sobie żadnego zdania o rzeczach, przechodzących siły dziecinnego umysłu. Sąd swój o stosunkach na Rusi i w części dawnych ziem polskich oparł Sacher-Masoch nie na osobistem doświadczeniu, nawet nie na pracach źródłowo je badających, lecz na swej kapryśnej i z sobą sprzecznej fantazyi, oraz na bezimiennych pamiętnikach ojca swego, czasowego dyrektora lwowskiej policyi. Że zaś urząd policyjny ma niemal wyłączne stosunki tylko ze światem występku i zbrodni, przeto nie dziwna, że bezkrytyczny, bo jednostronny sąd poety, syna dyrektora policyi, musiał o danem społeczeństwie, zwłaszcza z pochodzenia obcem, wypaść tak ujemnie, lecz zarazem i tak niezgodnie z prawdą. Nie inaczej wypadłby sąd poety, syna niemieckiego dyrektora policyi, np. w Paryżu o społeczeństwie francuskiem, gdyby się opierał na policyjnem doświadczeniu ojca i naodwrót. Z tem naszem zdaniem, że Sacher-Masoch opisuje w swych powieściach stosunki między mężczyzną a kobietą słowiańską w sposób nieodpowiadający prawdzie, zgadza się właściwie Schlichtegroll, skoro powiada, że Sacher-Masoch »nie daje nigdy martwego odbicia tego, co widział, lecz tworzy zawsze obrazy, przepojone duchem poetyckim«, a więc fantazyę, która jako taka do wysnuwania ścisłych wniosków żadną miarą nie uprawnia.

Sprawą stanowiska i znaczenia kobiety w Słowiańszczyźnie, w szczególności zaś w Polsce i na Rusi zajmowali się dość liczni badacze, lecz dotąd więcej tylko przygodnie, choć temat ten byłby zajmujący i zapewne dla wyjaśnienia niejednej zagadki dziejowej i społecznej ważny. Z dostępnych mi prac w tej mierze pozwolę sobie przedstawić stosunek kobiety do mężczyzny, aby wykazać, czy słuszny jest sąd Sacher-Masocha, a za nim jego biografa i Eulenburga dopatrywania się w masochizmie pierwiastku słowiańskiego.

U ludów pierwotnych, stojących jeszcze na nizkim stopniu kultury rola kobiety jest podrzędną; uważana raczej za rzecz, niewolnicę, służebną i rodzicielkę, podlega nieograniczonej władzy swego męża i pana. Nie jest ona uważana za człowieka. W greckim ἄνθρωπος i ἀνήρ mieści się wspólny pierwiastek, gdy γυνή nie ma już z pierwszymi żadnej wspólności, czyli że mąż, to człowiek, kobieta zaś jest tylko rodzicielką. Tę samą różnicę spotykamy także w określaniu mężczyzny i kobiety i u ludów słowiańskich, zwłaszcza u południowych, u których stanowisko kobiety dotąd jeszcze nizkie. U Serbów [27]) zwie się mężczyzna »čorjek«, kobieta zaś »žena«, t. j. rodzicielka, a nie człowiek. Na Rusi mówi kobieta o swym mężu: »mój człowiek«. Już choćby z tego mianownictwa tylko wnosić należy, że rola i stanowisko kobiety w słowiańszczyźnie nie było i dotąd zwłaszcza u ludu nie jest wybitne, przewodnie, lecz owszem podrzędne i podwładne. Wedle Krausa [28]) musi kobieta w Serbii i Czarnogórze dotąd jeszcze mężczyznę, nawet młodszego od siebie, w rękę całować. Tamże i u ludu rosyjskiego skazana jest ona na najcięższą pracę i nie jest równą mężczyźnie w znaczeniu. Znosi ona cierpliwie swój los, pracuje dla swego męża i pana, razy i plagi odeń otrzymane uważa za dowód miłości. W Serbii nie wolno kobiecie przejść mężczyźnie w poprzek drogę, u nas przejście drogi przez starą kobietę uważane jest za niepomyślną wróżbę.

W czasach przedchrześciańskich [29]) istniał w Polsce zwyczaj zabijania dzieci płci żeńskiej, istniało wielożeństwo, kobietę zwaną niewiastą czyli niewiestną lub niewiedzącą, kupowano jak towar i odrzucano jak towar, skoro się zużyła. Lecz nietylko w tak odległych czasach rola jej była podrzędną, gdyż zmienia się ona dopiero pod wpływem cudzoziemszczyzny w wieku XVII i XVIII i to zrazu tylko w domach możnych. Dosadnych dowodów, jak upośledzone było stanowisko kobiety, dostarczają nam z jednej strony przysłowia, z drugiej dzieje. Przysłowia jak: »gdzie dyabeł nie pomoże, babę pośle«, »rząd niewieści, nic czyni cześci«, »biada temu domowi, gdzie krowa dobodzie wołowi«, »ani na wsi, ani w mieście, nie ufaj nigdy niewieście«, »orzech, sztokfisz, niewiasta jednym trybem żyją, nic dobrego nie czynią, póki ich nie biją« itd., świadczą chyba nie o kulcie kobiecym i w rażącej są sprzeczności np. z hymnem niemieckiego poety: »Czcijmy niewiasty, ich ręka wplata róże do cierni naszego świata, pasmo miłości snuje ich dłoń«.

Szajnocha [30]) powiada, że Słowianie różnią się od Germanów najwięcej swem wyobrażeniem o płci białej. »Wojenność męża zrobiła kobietę panią zagrody«. »Kobiety słowiańskie nie panowały« a wedle Lelewela rodzina starosłowiańska była męską, niewiasta w niej była tylko istotą przybraną«. Kobiety na tronie, począwszy od mistycznej Wandy, »która tylko swą śmiercią sławy nabyła«, były w Polsce mało lub wcale nie uznawane, nawet nie lubiane, im też przypisywano zawsze wszelkie niepowodzenia państwowe. I tak przytacza Kaczkowski słowa, powiedziane za królowej Elżbiety: »Płacz i wylewaj łzy polski narodzie, albowiem stało się nad tobą przekleństwo. Niewiasta ujęła berło twych rządów i będzie władać nad tobą. »W Polsce piastowej nie pytano, jaka matka, lecz jaki ojciec kogo rodzi, gdyż pochodzenie matki było bez wpływu na szlachetne urodzenie. Wedle Maciejowskiego [31]) wymagano w Polsce od kobiety, aby »każdy jej postępek był z pokorą, a ze wstydem złączony«, jednak »powinna była być dzielną... a cichą jak synogarlica«. Mężczyzna zaś »powinien był dowieść samą skórą (tj. powierzchownością), że potrafi być mężem, tj., że będzie umiał rozkazywać w domu, jako ten, który głową, a nie nogami ma kiedyś być we swoim dworze. A ten dwór, że nie będzie podobny do owego domu, w którym, gdy kokosz gdacze, to kur milczy...[32]), gdzie pani nie wzięła męża na wędzidła, lecz jego ulega rządom«. »Żona nazywała męża swego panem albo dobrodziejem, a on ją panią«. Tylko posażne żony bywały mężom nieposłuszne, lecz mąż »chwat« umiał i taką utrzymać w posłuszeństwie »rzemienia tęgiego przywołując na pomoc«. Po ślubie kobiety »odmieniał się maj w marzec, a żona u męża była jak bydlę. On, co jej niegdyś grał na dobrą noc, teraz jej grywał na gębie« powiada niewątpliwie z przesadą w kazaniu A. Makowski. Chométowski [33]) powtarza za Bartoszem Paprockim, że gdy córka ośmieliła się sprzeciwić woli ojca przy wyborze męża, a przedstawienia słowne nie skutkowały, brał ojciec w pomoc »surowiec wołowy«. Powołuje się on na protest Ł. Górnickiego przeciw zbytniemu ograniczaniu wolności kobiet i przeciw niesłusznemu rozciąganiu nad niemi władzy mężczyzn. »Kobiety nasze nie wkraczały w prawa mężczyzn, lecz dopomagały im najdzielniej w wielorakich stosunkach domowego zarządu«, twierdzi Chométowski. (C d. n.)

[27]) Ploss-Bartels: Das Weib i t. d. Leipzig 1895. T. II, str. 472—475.

[28]) Tamże.

[29]) Z. Kaczkowski: Kobieta w Polsce. Petersburg 1895. T. I, str. 55.

[30]) Staropolskie wyobrażenie o kobietach. Dzieła. Warszawa 1876. Tom IV.

[31]) Polska i Ruś aż do pierwszej połowy XVII wieku pod względem obyczajów. Petersburg i Warszawa 1842.

[32]) Por. przysłowie:
Nie wiele wczasu być może w tym dworze,
Gdzie kogut milczy a kwoka krokorze.

[33]) Stanowisko praktyczne dawnych niewiast. Warszawa 1872.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyjskich

II. posiedzenie 14 marca 1906.

1) Odczytanie protokołu z poprzedniego posiedzenia.

2) Aptekarz Izydor Mahl: **Zmiany w VIII wydaniu lekowzoru urzędowego** (*pharmacopea austriaca*).

3) Dr Sawicki: **Taryfy lekarskie** (część szczegółowa).

4) C. i k. starszy lekarz pułkowy dr Celewicz przedstawia chorych, operowanych w szpitalu wojskowym: *a*) 2 chorych po operacyi **przepukliny pachwinowej** wolnej sposobem Bassiniego, szew Linka; *b*) chorego operowanego dwuczasowo z powodu **zapalenia wyrostka robaczkowego;** otwarcie jamy brzusznej, wypuszczenie ropy, tamponowanie; w dwa tygodnie później wycięcie wyrostka robaczkowego; *c*) **ranę postrzałową stawu łokciowego** lewego z rewolweru kawaleryjskiego systemu Mannlichera.

5) Dr Fechter przedstawia chorych operowanych w szpitalu: *a*) chorą po operacyi z powodu **przepukliny brzusznej, uwięźniętej z trzykrotnem zadzierzgnięciem jelita w bliźnie polaparotomijnej;** operowano w 48 godzin po wystąpieniu objawów niedrożności; chora przed 8 laty była operowaną z powodu przepukliny pępkowej; *b*) chorą, u której stwierdzono **niedrożność jelit porażną** wskutek zapalenia ropnego pęcherzyka żółciowego ze zadrażnieniem otrzewnej; po wysokich wlewaniach objawy niedrożności ustąpiły; cholecystotomia;

c) chorą, u której po doszczętnym zabiegu **raka sutka**, powstały ubytek pokryto **plastycznie** płatem uszypułowanym z powłok brzusznych, a to, by kończyna górna prawa przez bliznę nie straciła na sprawności; *d*) chorą ze **śluzako-tłuszczakiem stopy** (*lipoma myxomatodes*), usadowionym między skórą, a kośćmi, który dał się w całości wyłuszczyć; *e*) chorą, wyleczoną **po operacyi Alexander Adamsa** z powodu tyłozgięcia macicy i połączonych z tem cierpieniem objawów ciężkiej histeryi; *f*) chorą, która była dotknięta **próchnieniem kręgów lędźwiowych** z ropniem zimnym w okolicy lędźwiowej i niedowładem kończyn dolnych; przecięcie ropnia, wyłuszczenie błony ropotwórczej, wycięcie łuków kręgowych (*laminectomia*) gruźliczo zmienionych, wyleczenie; *g*) dziecko 8-miesięczne, u którego z pomyślnym wynikiem wykonano zabieg doszczętny z powodu **rozszczepu kręgosłupa** (*rhachischisis*) **i przepukliny rdzeniowooponowej** (*meningomyctocele*); *h*) dziecko 7-miesięczne wyleczone operacyjnie z **przepukliny oponowej** (*meningocele*) w okolicy ciemienia małego; *i*) chłopca 6-letniego z **tłuszczakiem gałęzistym** (*lipoma arborescens*) w paszce lewej, wielkości głowy dorosłego mężczyzny; *k*) chłopca 3-letniego, wyleczonego z **mięsaka gałki ocznej** prawej, przez wyłuszczenie oka i wypatroszenie oczodołu; *l*) mięsaki barwikowe u dzieci (1—1½ roku), wychodzące z zatoki czołowej, ze zniekształceniem nosa i wysadzeniem gałek ocznych.

III. posiedzenie 11 czerwca 1906.

1) Odczytanie protokołu z poprzedniego posiedzenia.

2) Przewodniczący składa życzenia kol. drowi Dietziusowi z powodu odznaczenia krzyżem kawalerskim orderu Franciszka Józefa I.

3) Dr Haendel: **O najnowszych środkach lekarskich.**

4) Wnioski komisyi, wybranej w sprawie **taryfy za czynności lekarskie.**

5) Dr Fechter przedstawia chorych, operowanych w szpitalu: *a*) chorego wyleczonego z **obustronnego kolana koślawego** bardzo znacznego stopnia, przez przecięcie kości (*osteotomia* Mac Ewen); *b*) chorego, u którego **w przebiegu wiewióra** wystąpiło ostre surowiczo-ropne **zapalenie stawu łokciowego** prawego, leczenie zachowawcze (okłady, przekrwienie zastoinowe Biera, opatrunek ustalający) bez skutku; otwarcie stawu sposobem Kochera; wyleczenie ze sprawnością kończyny; *c*) chorego, który przy młócarni ręcznej stracił kończynę górną prawą poniżej łokcia: na miejscu wypadku wyłuszczenie w stawie łokciowym, szew skórny bez sączków, opatrunek uciskający. Chorego przywieziono do szpitala w 12 godzin po wypadku: ciepłota 40·1; kończyna powyżej opatrunku obrzękła, pod skórą przesuwanie się baniek powietrza, język suchy, tętno nikłe 140 (**ropowica gazowa**): bez uśpienia, przy równoczesnem wlewaniu podskórnem rozczynu fizyologicznego soli kuchennej, po poprzedniem podwiązaniu tętnicy i żyły ramieniowej, wysokie odjęcie ramienia; wyleczenie.

IV. posiedzenie 2 października 1906.

1) Odczytanie protokołu z poprzedniego posiedzenia.

2) Przewodniczący poświęca wspomnienie pośmiertne ś. p. drowi Waleryanowi Jastrzębskiemu, zmarłemu w Sieniawie.

3) Dr Rossberger: **Braki i niedomogi w naszych pojęciach i urządzeniach sanitarnych.**

4) Dr Mach: **Czy alkohol ze stanowiska higieny jest pożywką właściwą?**

5) Wniosek Wydziału w sprawie kasy chorych cukrowni w Przeworsku.

V. posiedzenie 27 listopada 1906.

1) Odczytanie protokołu z poprzedniego posiedzenia.

2) Przewodniczący poświęca wspomnienie pośmiertne ś. p. drowi Janowi Koncewiczowi, zmarłemu w Przeworsku.

3) Uchwalono zmiany w taryfie lekarskiej, żądane przez Izbę lekarską wschodnio-galicyjską.

4) Wniosek Wydziału w sprawie kasy chorych dla urzędników, podurzędników i ich rodzin przy cukrowni w Przeworsku.

5) Kol. Puzon przedstawia chorego (urzędnik pocztowy) **z wrzodem gruźliczym** wielkości korony, usadowionym na końcu **języka i z toczniem podniebienia** twardego, miękkiego i łuków podniebiennych. Wrzód gruźliczy doszczętnie wycięto i przypalono żegadłem Paquelina; toczeń zaś leczono ambulatoryjnie skrobaniem ostrą łyżeczką i pędzlowaniem kwasem mlecznym po poprzedniem znieczuleniu 1 prc. wyskokowym roztworem ortoformu; wyleczenie.

6) Kol. Fechter przedstawia chorych, operowanych w szpitalu: *a*) chorą (13 lat) wyleczoną **po wypiłowaniu stawu biodrowego** sposobem Rydygiera **z powodu suchego próchnienia** główki i szyjki (*caries sicca*); *b*) chorego (16 lat) wyleczonego z ropnego ostrego **zapalenia szpiku** kostnego z ropniakiem stawu kolanowego i ze złamaniem patologicznem kości udowej; *c*) chorą (10 lat), wyleczoną po **podokostnem wyjęciu piszczeli i kości skokowej** z powodu próchnienia z obumarciem; skrócenie 1½ ctm.; *d*) chorego z nowotworem złośliwym w pachwinie lewej, wybujałym na wrzodzie gruźliczym; *e*) 3 chorych wyleczonych po zabiegu doszczętnym z powodu **przepukliny uwięzniętej pachwinowej** prawej; treścią worka przepuklinowego we wszystkich 3 przypadkach była część **kątnicy z wyrostkiem robaczkowym:** operacya przepukliny, uwolnienie warstwowe od zewnątrz (Riedel), odcięcie wyrostka robaczkowego, zabieg doszczętny (Bassini); *f*) **rany postrzałowe:** 1) rana postrzałowa **czaszki** w okolicy kości ciemieniowej prawej ze strzaskaniem powikłanem i niedowładem kończyny górnej i dolnej lewej; trepanacya, wyjęcie kuli, która, spłaszczona, wgłobioną była w oponę twardą, zresztą nienaruszoną, odłamków kostnych luźnych, oczyszczenie ze skrzepów; tamponowanie gazą wyjałowioną; wyleczenie; 2) chorego (chłopiec 10-letni, syn budnika kolejowego) z ranami postrzałowemi **obu kończyn górnych i dolnych** i oparzeniem twarzy; chory bawił się nieostrożnie kapslą kolejową (rodzaj bomby), zapomocą której budnik w razie przeszkody na torze, w nagłych przypadkach zwraca uwagę maszynisty na niebezpieczeństwo; rany wszystkie były nierówne, o brzegach poszarpanych, części miękkie zgniecione; goiły się nadzwyczaj leniwo i mimo stosowania od początku dwutlenku wodoru do opatrywania, obficie ropiały; 3) chorego (leśniczy), postrzelonego przez kłusownika z odległości 8 kroków; rany postrzałowe **twarzy, jamy ustnej, szyi, klatki piersiowej,** szczękościsk, odma podskórna, obrzęk głośni. Po zaopatrzeniu ran 3 tygodnie leczenie objawowe, wśród którego chory wypluł ze zębami kilka śrutów, szczękościsk, odma podskórna i obrzęk głośni ustąpiły; po 3 tygodniach w uśpieniu chloroformowem wyjęto 5 śrutów i jedną lotkę; śrut większy tkwił w obojczyku prawym; lotka zaś na tchawicy obok naczyń z lewej strony (strzelba kłusownika była nabitą prawdopodobnie śrutem różnego kalibru, ołowiem, lotkami); wyleczenie.

Sekretarz: *Dr Tadeusz Fechter.*

Koło lekarskie polskie w Petersburgu.

Posiedzenie d. 14/27 listopada 1906 r.

Obecnych członków 26, gość 1.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2) Odczyt dra M. Chruszczyńskiego p. t.: **„Przypadek raka żołądka"** wskutek choroby prelegenta nie był wygłoszony.

3) Dr Wilamowski odczytuje rzecz p. t.: **„Przypadek t. zw. choroby Bantiego"**. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusya. Doc. dr Witold Orłowski zaznacza, iż pomimo ścisłości i dokładności badania, spostrzegano chorą za krótko, by można rozpoznawać chorobę Bantiego. Przypadki o takimże obrazie klinicznym zdarzają się dość często, niekoniecznie przechodząc w dalszym przebiegu w obraz kliniczny choroby Bantiego. Wogóle rozpoznawanie tej choroby wtenczas, gdy istnieje tylko obrzmienie śledziony, choćby nawet znaczne, z niewielkiemi zmianami w składzie krwi, bądź co bądź jest nieco pospieszne. Co do stanu wątroby, to trudno sądzić o nim w przypadku prelegenta, prelegent bowiem opisuje ją jako nie powiększoną, a przy rozbiorze danych badania zaznacza jej obrzmienie. Mowca wreszcie przypomina, że przed 3 laty w »Kole« mówił o chorobie Bantiego dr Moszyński, przytaczając własny przypadek; chociaż w tym przypadku było więcej objawów, które dawały prawo uznania go za chorobę Bantiego, to jednak mowca ostrzegał i wtenczas przed pośpiesznem rozpoznaniem; istotnie, operacya stwierdziła gruźlicze zajęcie śledziony. — Dr Wilamowski: Jeśli uznaje się wogóle chorobę Bantiego, to przypadek mowcy należy uznać za tę chorobę. Nie odpowiada co prawda ściśle schematowi, podanemu przez Bantiego, lecz ta okoliczność nie może nas krępować, bo choroba ta jest jeszcze mało zbadana. Zresztą odczyt zatytułował W. jako »t. zw.« choroba Bantiego, nie zaś wprost jako choroba Bantiego. O stanie wątroby trudno było orzec stanowczo, to też rozpoznanie powiększenia

wątroby uzupełnił W. znakiem zapytania, przypadku dra Moszyńskiego mowca nie pamięta. — Dr Jastrzębski zaznacza, że prelegent nie spostrzegał swego przypadku dostatecznie długo, aby uznać go można za chorobę Bantiego. Nie widzimy w przebiegu jego tych następujących po sobie okresów, które podał Banti, mianowicie, okresu przerośniętej śledziony, niedokrwistości i wreszcie marskości wątroby. Sam mowca przed 1½ laty spostrzegał dziewczynkę 9-letnią, która już 3 lata miała niedokrwistość i obrzmienie śledziony, sięgającej niżej pępka; marskość wątroby była mało wyrażoną; krew zawierała 40 prc. hemoglobiny, 4 miliony krwinek czerwonych i 9,000 białych; przez 2 miesiące chora miała niewielką żółtaczkę, którą spostrzegano i w chorobie Bantiego (Gruzdew); przedtem żadnych chorób nie przechodziła, dziedzicznie nie była obarczoną, krzywiczych zmian prawie nie było. Ten przypadek jest więcej zbliżony do choroby Bantiego, niż przypadek prelegenta. — Dr Wilamowski nie uważa za niezbędne trzymać się ślepo schematu Bantiego; jak w każdej chorobie, tak i tu mogą w poszczególnych przypadkach zachodzić odmiany. — Doc. Witold Orłowski stanowczo nie zgadza się z tem zapatrywaniem prelegenta. W chorobie Bantiego najpierw ulega zmianom śledziona, po upływie pewnego czasu pod wpływem wytworów trujących rozwija się niedokrwistość, a następnie marskość wątroby, wskutek działania tych istot na wątrobę lub wskutek szerzenia się sprawy zapalnej z wewnątrzśledzionowych gałązek żyły wrotnej wzdłuż tej żyły i jej rozgałęzień wewnątrzwątrobnych. Dalsze spostrzeżenia mogą stwierdzić inny czas trwania tych okresów, wyświetlić szczegóły i t. d., lecz sama kolejność okresów zostanie głównem znamieniem, cechującem chorobę Bantiego. Zasługa Bantiego polega też właśnie przedewszystkiem na tem, że wskazał on, iż marskość wątroby może powstawać w następstwie choroby śledziony, która ulega tu zmianom pierwotnie. Przypadek dra Moszyńskiego, przedstawiony na posiedzeniu »Koła«, był drukowany w »Russkim Wraczu« i w »Przeglądzie lekarskim« w protokołach »Koła«. Dr Wierciński wobec nielicznych jeszcze spostrzeżeń choroby Bantiego uważa ją za mało zbadaną i przystaje na tytuł podany przez prelegenta (»tak zwana« choroba Bantiego). — Dr Strawiński zaznacza, że śledziona bierze nieznany nam jeszcze udział w niektórych sprawach chorobowych; w jednym przypadku mowcy powiększała się ona znacznie za każdym razem pod wpływem silnych wstrząśnień moralnych, sięgając niżej pępka, a w 2—3 dni później była ledwie wyczuwalna; temu ostremu obrzmieniu śledziony, połączonemu z jej bolesnością, towarzyszyła zawsze hiperleukocytoza; innych zmian nie było; przyczyny takiego zachowania się śledziony wykryć nie zdołano. — W dyskusyi brali nadto udział prof. St. Zaleski i dr Sapacz-Sapoczyński.

3) Na posiedzeniu administracyjnem przyjęto w poczet członków »Koła« drów W. Trojanowskiego i St. Postupalskiego.

Witold Orłowski.

Posiedzenie w d. 12/25. grudnia 1906 r.

Obecnych 44.

1) Posiedzenie zagaił prezes dr Strawiński przemówieniem, zaznaczając powody, które skłoniły Koło lekarskie na posiedzeniu poprzedniem do jednomyślnej uchwały uczczenia kolegi dra Witolda Orłowskiego, powołanego na katedrę do Kazania, składając mu w imieniu Koła wyrazy żalu wobec opuszczenia Petersburga i życząc powodzenia na nowem polu pracy.

Dr Witold Orłowski dziękuje za okazaną mu życzliwość.

2) Prezes dr Strawiński zaprasza za ogólną zgodą na sekretarza posiedzenia dra Z. Sowińskiego.

3) Dr Witold Orłowski wygłasza odczyt pod tytułem: **„Zadania spółczesnej dyagnostyki chorób wewnętrznych“** (rzecz przeznaczona do druku).

4) Odczyt dra Witolda Orłowskiego p. t.: **„W sprawie badania śledziony“** wobec późnej pory cofnięto.

5) Prof. St. Zaleski odczytuje »Krótki zarys działalności pierwszego sekretarza »Opieki« kol. Witolda Orłowskiego« (rzecz przeznaczona do druku).

6) Prezes dr Strawiński wręcza kol. Orłowskiemu w imieniu Koła w upominku pióro złote, ozdobione orłem polskim z napisem: »Prof. dr Witoldowi Orłowskiemu w dowód wysokiego uznania i wdzięczności Koło lekarzy polskich w Petersburgu 12/25 grudnia 1906 roku« i czasomierz z napisem: »Drogiemu i kochanemu koledze Witoldowi Orłowskiemu Koło lekarzy polskich w Petersburgu 12/25. XII. 1906«.

7) Dr Sowiński w swem gorącem przemówieniu podnosi przymioty kol. Orłowskiego jako człowieka, uczonego, jako kolegi i kierownika młodszych sił. Podkreśla jego działalność w »Kole«, jego zasługi w krzewieniu języka polskiego wśród kolegów naleganiem, ażeby prace naukowe ogłaszali po polsku. Wskazując na to, z jaką trudnością zdobyć mogą Polacy stanowisko na niwie naukowej, zaznacza mowca, że dr Witold Orłowski zdobył katedrę wyłącznie swą pracą.

Po posiedzeniu odbyła się wieczerza koleżeńska, podczas której przemawiali prezes dr Strawiński, prof. St. Zaleski, prof. Raczyński, dr Moszyński, dr Jastrzębski i wielu innych; dr Orłowski odpowiadał na te przemówienia; odczytano również liczne telegraficznie nadesłane życzenia.

Za sekretarza: *Zdzisław Sowiński.*

W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego.

III.

Braki i potrzeby.

Zestawił **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

Ostatnia inspekcya tego oddziału odbyła się między 14—23 V. 1906. Prawdziwą jest zasługą obecnego Inspektora szpitali, że uznał za stosowne szczegółowszym opisem uzmysłowić całą ohydę stanu, w jakim znajdują się z musu krakowskie oddziały położnicze i, przypominając o tem, o czem przestało się pisać, jako o rzeczy aż do znudzenia znanej, stwierdzić, »że żaden opis nie jest w stanie przedstawić strasznych warunków oddziału w całej ich nagości i obrzydliwości«. Warunki te »są gorsze, niż w jakimkolwiekbądź najstarszym szpitalu prowincyonalnym«. »Sala porodowa jest zarazem salą operacyjną, a rodzi w niej nieraz równocześnie kilka kobiet pod okiem licznego personalu pośród ścisku i braku miejsca. Sterylizacya odbywa się w zagłębieniu muru, obok zaś umieszczony cuchnący, otwarty zlew na pomyje, brudy kąpielowe i te wszystkie nieczystości, jakie produkuje oddział, zapchany przez kobiety i noworodki«. »Powietrze w salach mimo pory letniej i okien otwartych duszne, niemiłe«. »Za salami chorych kuchenka na podręczne gotowanie, na kąpiele dla dzieci, na nasiadówki, na przeczyszczanie kobiet hegarem, wraz ze składem podręcznym najrozmaitszych przedmiotów, a w niej roi się poprostu od kobiet i od służby. Z tej kuchenki dopiero jedyny wchód do kwatery ciężarnych, w której powietrze... wprost trujące« (zawiera 2—4‰ CO_2! oraz trzydzieści dwa razy większą ilość bakteryi, niż w stosunkach normalnych, o ile za »normalną« uznać ilość w sali porodowej tegoż oddziału), w której »kobiety śpią na siennikach pokotem, zajmując ściśle całą powierzchnię podłogi«, a na osobę wypada 3·23 m. sześc. powietrza, przez którą jest jedyny wchód do magazynu odzieży dla całego szpitala. »Wychodki dostrojone są do całości, a są tylko jedne na obie części oddziału«. »W połowie oddziału idą schody, po których odbywa się wędrówka służby i chorych skórnych, co urąga wszelkim przepisom odosobnienia dwóch tak odmiennych oddziałów, jak położnictwo i męskie choroby kiłowoskórne«.

Niewątpliwie też »kończy się tu już ustawowa granica między obowiązkiem leczenia ubogich chorych na koszt funduszu krajowego, a pomiędzy stratami, na jakie naraża się rozliczne interesy naukowe, wychowawcze i socyalne«, a jak najszybsza budowa nowego zakładu stanowi »postulat pierwszorzędnej doniosłości« i staje się w najściślejszem znaczeniu obowiązkiem kraju.

W niewiele lepszych warunkach znajdują się te części oddziałów kiłowoskórnych, które mieszczą się w średniowiecznych budynkach poklasztornych; wszelkie ulepszenia, nieraz może i kosztowne, są niemal bez znaczenia wobec braku przestrzeni, powietrza i światła.

»Sale chorych przedstawiają opłakany widok, wychodki nieogrzane, zanieczyszczone, cuchnące, łazienek niema; kobiety przed wizytą przemywają się wspólną kauczukową kauką ze wspólnego irygatora w nieogrzewanym zimową porą wychodku (!) [2]. Chorych na 100 łóżkach zastałem 138«.

Pawilon dla obłąkanych od swego zbudowania posiada szereg błędów, o których usunięcie dotychczas nawet się nie starano, ze względu chyba, że budynek jest względnie nowy i że wobec starych budynków poklasztornych może się wydawać — pałacem. A jednak wystarczy raz widzieć w wilgotnej suterenie

[1] Spr. Insp. w r. 1906, str. 16—17.
[2] Tamże str. 17.

znajdujące się separatki dla chorych niespokojnych, by odnieść wrażenie... średniowieczne. (Według jednego z mowców sejmowych przypominają one »ciężkie więzienie dawnej twierdzy«) [1]). »Separatki te są odrażające, a widok ich na długo zapisuje się w pamięci; umieszczone w podziemiu, ciemne, wilgotne, okratowane, robią wrażenie klatek na dzikie zwierzęta; ohydna woń wypełnia całe podziemia. Jest rzeczą publicznego sumienia czemprędzej usunąć te zabytki smutnych czasów psychiatryi...« [2]).

Nawet nowy pawilon dla chorych zakaźnych, postawiony na terenie nizkim, zalewowym, w sąsiedztwie stawu i mokrej łąki, któryby przecież osuszyć można, na piwnicach, zalewanych wodą przy każdym wyższym nieco stanie Wisły, nie może przecież wobec tego uchodzić za odpowiedni i nie wymagający żadnej poprawy. Są w nim jeszcze i inne »braki, które sprawiają, że zwłaszcza w porze zimowej wizyta lekarska jest niebezpieczna dla zdrowia, nadzór zaś nad chorymi w salkach jest trudny, wymaga pomnażania służby i może kiedyś być powodem nieszczęścia« [3]).

O poprawie stosunków tych w szpitalu krakowskim jakoś nic nie słychać. W sprawozdaniu Dep. V. Wydziału krajowego za r. 1905/6 niema wzmianki o żadnym takim wniosku, jak co do szpitala lwowskiego [4]). A przecież szpital św. Łazarza jest tym, którego majątek przynosi dochody [5]) i zwrócić może wyłożone koszta. Czyżby istotnie o zaspokojeniu potrzeb szpitali stołecznych decydowała większa lub mniejsza odległość od »wielkiego ołtarza«? (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy zwraca się ponownie do tych 382 kolegów, którzy dotąd deklaracyi w sprawie Kas majsterskich nie nadesłali, by to jak najrychlej uczynili. Dla osiągnięcia pomyślnego skutku akcyi, muszą wszyscy **bez wyjątku** deklaracye powyższe złożyć bez względu na to, czy są członkami Towarzystwa, czy nie, czy zajmują posady uniwersyteckie, czy są lekarzami praktykami, czy teoretykami. W krótkim czasie po nadejściu reszty deklaracyi ogłosi Wydział szczegółowe sprawozdanie z całej akcyi.

Za Wydział Tow. Samopomocy lekarzy.

Dr Flis, zast. sekretarza. *Dr H. Jordan*, prezes.

Lekarze szpitali krajowych we Lwowie i w Krakowie uzyskali już od Sejmu przynajmniej częściowe spełnienie swych żądań. Dyrektorom podwyższono pięciolecia o 200 K., prymaryuszom płace o 600 K. (na 3000 K.) i pięciolecia o 200 K., kierowników oddziałów zakaźnych zrównano z prymaryuszami, przywrócono posadę chemika szpitalnego we Lwowie, powiększono liczbę sekundaryuszy we Lwowie o 1 I kl., 3 II kl., w Krakowie o 1 I kl. i 1 II kl., liczbę adjutów dla praktykantów w obu szpitalach po 2. Płaca sekundaryuszy I kl. ma wynosić 1600 K., II kl. 1400, dodatki na mieszkanie po 400 K., adjuta (niezmienione 600 K.) mają co roku wzrastać o 200 K. (do granicy 1400 K.). — Lekarze pomocniczy oczekują obecnie urzędowego zawiadomienia o uchwalonych zmianach. *R.*

Prezydyum Państwowego Związku organizacyi lek. austr. uprasza najgoręcej wszystkich zorganizowanych kolegów z Austryi o datki na rzecz wdowy po lekarzu gminnym, której koledzy zdołali wyrobić koncesyę na trafikę, ale której na urządzenie trafiki trzeba dostarczyć 1000 K. Prezes: *Dr Janeczek.*

Lekarze gminni dolno-austryaccy przechodzą do coraz ostrzejszych środków. Obecnie zarówno obie ich organizacye, jak i Izba lek. zakazały najsurowiej wszystkim lekarzom dolnoaustr. podejmować się publicznych szczepień krowianki nawet tam, gdzie w r. z. wskutek przyznania wyższego wynagrodzenia (1 K.) wyjątkowo na nie zezwoliły. Przezydyum Związku państw. zaś zapowiada, że wkrótce będzie czas okazać solidarność i karność, i wzywa do urządzania zebrań na wzór zebrań lekarzy z powiatów Bruck, Wr. Neustadt, Zwettl i Amstetten, gdzie zebrani uchwalili na pierwszy rozkaz zarządu organizacyi po ogólnym wiecu lekarzy dolno-austr. zawiesić swe czynności. *R.*

II Zgromadzenie Państwowego Związku organizacyi lek. austr. odbędzie się 22. i 23. III. 1907 w Izbie lek. wiedeńskiej (I Börsegasse 1). Na porządku dziennym oprócz sprawozdania rachunkowego, wyborów Wydziału, oznaczenia wkładki, narad nad regulaminem Związku i przyjęcia nowych organizacyi do Związku, umieszczono następujące sprawy: 1) Utworzenie czasopisma Związku, ukazującego się w miarę potrzeby. 2) Przeistoczenie obecnych organizacyi w organizacye na podstawie ekonomicznej. 3) Uregulowanie popytu i podaży posad lekarskich przez organizacye. 4) Stanowisko Związku wobec wyborów do Rady Państwa. 5) W sprawie rozporządzenia minist. z 10. XII. 1906. 6) Sprawa płatnych miejsc w szpitalach wiedeńskich (Zahlstöcke). 7) Wypoczynek niedzielny lekarzy. 8) Założenie »czarnej księgi« pacyentów i Związku obrony prawnej. 9) Wnioski organizacyi w Grazu: *a*) w sprawie ustawy lekarskiej (Aerzteordnung), *b*) w sprawie podwójnego opodatkowania (zarobkowego i dochodowego) lekarzy. 10) Wniosek organizacyi bukowińskiej w sprawie regulacyi stanowiska lekarzy w służbie publicznej. Oprócz wysłanych przez organizacye delegatów będą na zgromadzenie dopuszczeni i goście, których prezydyum Związku serdecznie zaprasza.

Dr Nekowitsch, wiceprezes. *Dr Janeczek*, prezes.

Rodzajem lekarskiej kasy zaliczkowej ma być zakładane właśnie w Wiedniu Towarzystwo im. v. Swietena, przyjmujące udziały po 500 K., by potem zgromadzony kapitał wypożyczać członkom. Towarzystwo to ma zresztą cele, podobne do »Samopomocy lekarzy« w Galicyi. *R.*

Zakaz sprzedaży przetworu »Vin Bravais« wydało austr. ministerstwo spraw wewn. (9. II. 1907, L. 2971. Ok. Nam. 27. II. L. 22.510/VI b.), ostrzega zaś lekarzy przed zapisywaniem przetworu »Rami-Syrup« ze względu na zawarty w nim trujący wyciąg tojadu o zmiennym składzie, chociaż aptekarzom wolno na prawidłowy przepis lekarski sprowadzać i wydawać ten przetwór (16. II. 1907. L. 4873. Ok. Nam. 27. II. L. 25.776/VI b.). *R.*

Nadzór nad działalnością lekarzy okręgowych zapomocą odpowiedniej zawodowej siły lekarskiej polecił Sejm gal. Wydziałowi krajowemu rozważyć i przedłożyć na najbliższej sesyi odpowiednie wnioski.

Sprawę pomocy położniczej w fabrykach Królestwa Polskiego porusza dr Skalski (»Czas. lek.« Nr 2). Stwierdzając, że Warszawa posiada zaledwo kilkadziesiąt, a cała prowincya niespełna 30 łóżek dla położnic, i że w całem Królestwie niema ani jednego przytułku położniczego przy żadnej fabryce, choć posiada je nawet wiele gubernii rosyjskich, żąda dr S. zakładania przytułków w pierwszym rzędzie przy fabrykach w Królestwie. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 3. do 9. marca 1907 doniesiono o 49 nowych przypadkach duru plamistego w 10 gminach, a mianowicie: pow. Brzozów (Bachórz 1), Jarosław (Święte 4), Jaworów (Jazów stary 4, Bruchnal 9), Lisko (Manasterzec 4), Nadwórna (Pasieczna 4, Łanczyn 1), Rawa (Manastyrek 6), Stryj (Hutar 12), Tarnów (Brzozowa 4) i o 18 przypadkach nagminnego zapalenia opon w 9 gminach, a mianowicie pow. Brzozów (Malinówka 2), Krosno (Krosno 1 stwierdz. bakteryolog.), Mielec (Radomyśl wielki 3), Przeworsk (Nowosielce 4), Skałat (Staromiejszczyzna 1, stwierdz. bakteryol.), Tarnobrzeg (Sielec 2, Miechocin 1), Żółkiew (Wolica 2, Kupiczwola 2). *T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 3. do 9. III. 1907 przypadków: błonicy 7 † 3 (w tem obcyoh 1 † 1), płonicy 13 (4), odry 16, duru brzusznego 3 (1), wąglika 1 (1), nagm. zapalenia opon 3 (2). *L.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 3. do 9. III. 1907 urodziło się dzieci żywo 51, nieżywo 6; zmarło osób 59 (w tem obcych 21), z tych z gruźlicy 19 (8), zapalenia płuc 5 (2), błonicy — (—), płonicy 1 (—), odry 1, czerwonki 1 (1), gorączki połogowej — (—), śmiercią gwałtowną 2 (2).

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Stan prac organizacyjnych w sekcyach: Sekcya medycyny wewnętrznej przyjęła jako tematy główne: 1) Dyagnostyka czynności serca. Sprawozdawcy: drowie Janowski i Rzętkowski z Warszawy. 2) Organoterapia w chorobach wewnętrznych. Spr.: doc. Latkowski i dr Szurek z Krakowa. 3) (Na wspólnem posie-

[1]) Mowa pos. Wodzickiego w dniu 24. X. 1903.
[2]) Spr. Insp. w r. 1906, str. 18.
[3]) Tamże str. 18.
[4]) Obejmuje ono tylko sprawę oświetlenia elektrycznego, o które rokowania wloką się już od r. 1905, sprawę utworzenia pracowni bakteryologicznej na oddziale zakaźnym kosztem 6.706 kor. i budowy piwnicy na eter, benzynę i t. d. kosztem 600 kor.
[5]) W r. 1903 wynosiła nadwyżka ze szpitala św. Łazarza 27 382 k., w r. 1904 — 13.863 k. Spraw. Dep. V. za r. 1904/5 i 1905/6 str. 1.

dzeniu z sekcyą chirurgiczną:) Gruźlica narządu moczowego i rodnego. Spraw.: prof. A. Gluziński i r. dw. prof. Rydygier ze Lwowa.

Zgłoszone wykłady: 1) Karwacki (Warszawa): Serodyagnostyka gruźlicy. 2) Sterling (Łódź): *a)* O rokowaniu w gruźlicy płuc. *b)* O wewnętrznem leczeniu niedrożności kiszek. 3) Wiczkowski, Selzer i Gittelmacher-Wilenko: Próba zastosowania reakcyi biochemicznych dla celów klinicznych. 4) Gittelmacher-Wilenko i Damański: Doświadczenia z surowicą przeciwgruźliczą Marmorka. 5) Tenże i Selzer: O badaniu sprawności mięśnia sercowego. 6) Selzer: Przyczynek do nauki o tężcu. 7) Wiczkowski: Z dziedziny hematologii. 8) A. Gluziński: *a)* Ciężka postać niedokrwistości, a gruźlica. *b)* Nephritis achlorica. 9) Marischler: Wpływ dyety bezchlorowej na czynność nerek. 10) Rencki: *a)* Polycythaemia (w ogólności). *b)* Polycythaemia rubra myelopathica. 11) Balabayder: *a)* O zachowaniu się czynności żołądka po upływie dłuższego czasu od gastroenterostomii przy wrzodzie żołądka. *b)* Stosunek kamicy żółciowej i jej powikłań. 12) Czernecki: *a)* Hemoliza a hemoglobinurya. *b)* Mięsak przewodu pokarmowego. 13) Franke: *a)* Doświadczenia nad wpływem i różnicą działania tuberkuliny ludzkiej i bydlęcej na narządy krwiotwórcze. *b)* O zaburzeniach czynności serca wskutek zboczeń w przewodnictwie podniet między przedsionkami, a komorami serca. 14) Grek i Reichenstein: Zachowanie się ciałek białych krwi w razie obecności tasiemca w przewodzie pokarmowym u człowieka. 15) Löw: O fermentacyi kałowej głównie przy zboczeniach czynności chemicznej żołądka. 16) Sabatowski: *a)* Dalsze spostrzeżenia na rozpoznawczem znaczeniem lewulozuryi pokarmowej. *b)* Wyniki badania czynności mięśnia sercowego. 17) Ziembicki: *a)* Unaczynienie wyrostka robaczkowego. *b)* Kliniczne znaczenie współczynnika rozpuszczalności siarkanu miedziowego w moczu.

XIII. Sekcya pedyatryczna. Gospodarz: Prof. dr Jan Raczyński (Sykstuska 42). Sekretarz: dr Stanisław Progulski (Akademicka 26).

Po odbyciu 2 posiedzeń i porozumieniu z kolegami w Krakowie i Warszawie uchwalono następujące tematy główne: I. »O wynikach leczenia płonicy surowicą«. Ref.: dr Brudziński (Łódź), dr Palmirski (Warszawa). II. »O żywieniu dzieci starszych od chwili odstawienia od piersi«. Ref.: dr Kamieński (Warszawa). III. (ewentualnie) »O białkomoczu u dzieci«. Ref.: dr Meisels, prof. Raczyński.

Zgłoszono następujące wykłady: 1) Dr Brudziński: Zboczenia rozwojowe na tle zaburzeń czynności gruczołu tarczowego u dzieci (myxoedema, mongolismus, micromyelia). 2) Dr Brudziński i Schoeneich: Leczenie zapalenia nerek w przebiegu płonicy. 3) Dr Daszkiewicz: O zapaleniu miedniczek nerkowych u dzieci. 4) Dr Kraushar: Intubacya w leczeniu dławca. 5) Dr Severin: Patogeneza krztuśca. 6) Dr Zembrzuski: O nawykowem zaparciu stolca u dzieci. 7) Doc. dr Lewkowicz: Badania histologiczne i bakteryologiczne prosówki płoniczej. 8) Tenże: O czystych hodowlach prątka wrzecionowatego (z nalotów przy zapaleniu wrzodliwem jamy ust i gardła). 9) Tenże: O mongołowatości (dwa przypadki własne). 10) Tenże: O surowicy przeciwpaciorkowcowej wyrobu Palmirskiego w leczeniu płonicy. 11) Tenże: Krytyka spostrzeżeń nad działalnością surowicy przeciwpaciorkowcowej w płonicy wraz z projektem wprowadzenia metody jednostajnej, nie mającej wad dotychczasowego sposobu postępowania. 12) Prof. dr Raczyński: Przyczynek do etyologii nagm. zapalenia opon mózgowordzeniowych. 13) Tenże: Wyniki leczenia zapalenia nagm. opon mózgowordzeniowych zapomocą surowicy Jochmanna. 14) Tenże: Skurcz odźwiernika i żołądka u osesków. 15) Dr Progulski: Klinika nagm. zapalenia opon mózgowych u osesków. 16) Tenże: O przewlekłych wgłobieniach jelit u dzieci. 17) Tenże: O białkomoczu ortotycznym. 18) Tenże: Wartość próby Jafimowa dla stwierdzenia czerwi. 19) Dr Bielski: O wpływie gruźlicy na śmiertelność z błonicy. 20) Dr Czarnik: Wyniki leczenia płonicy surowicą Mosera. 21) Dr Hornung: Statystyka karmienia piersią we Lwowie.

Wspólnie z sekcyą higieniczną obradować będzie sekcya pedyatryczna nad sprawą śmiertelności u osesków.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 13, b. m. posiedzenie, na którem prezes komitetu gosp. X. Zjazdu lekarzy i przyr. polsk., prof. Bylicki, przemawiał w sprawach Zjazdu, dr Zaremba przedstawił preparat ciąży jajowodowej, dr Friedmann płód z mnogiemi zboczeniami rozwojowemi, a prof. Bylicki wygłosił rzecz: »O bolach ciążowych«. W dyskusyi przemawiali prof. Rosner, Jaworski, Wachholz, dr Wojciechowski i prelegent. Wreszcie dr J. Landau przedstawił imieniem sekcyi higieny niemowląt wnioski, które odesłano do komitetu Tow. Na ożywionem zebraniu koleżeńskiem po posiedzeniu wniósł prof. Jordan toast na cześć gościa ze Lwowa i na powodzenie kierowanego przezeń X. Zjazdu, prof. Bylicki na cześć Towarzystwa lek. krak.; przemawiali dalej prof. Rosner, Ciechanowski i dr Cetnarowski.

— Zarząd miasta zamyśla o nowej pożyczce kilkumilionowej, za którą mają być między innymi wybudowane: miejski szpital zakaźny i dom izolacyjny oraz zakład dezynfekcyjny (400,000 K), domy robotnicze (400,000 K), dalszą sieć kanałów i bruków i t. p.

— Szpital Bonifratrów w Krakowie leczył w r. 1906 chorych 786, udzielił porady 32,946 chorym przychodnim. Operacyi wykonano 502. Dni leczenia było 15,720, z tego 14,326 bezpłatnie; średni czas leczenia 20 dni. Śmiertelność 9·1%, po potrąceniu nieuleczalnych 2·48%. Liczba łóżek, zmniejszona z początkiem roku z 60 na 35, wzrosła w jesieni po otwarciu nowego budynku na 100.

— Szpital św. Łazarza otrzyma dzięki uchwalonemu właśnie przez Sejm wnioskowi komisyi sanitarnej nareszcie oświetlenie elektryczne; Sejm wezwał także rząd o przyspieszenie budowy zakładu położniczego.

— Budowa zakładu dla obłąkanych w zachodniej Galicyi ma się według właśnie powziętej uchwały Sejmu rozpocząć w r. 1908. Jednakże Sejm polecił przedtem stanowczo zbadać, czy w Lusinie jest dostateczna ilość zdrowej wody dla zakładu, oraz wdrożyć poszukiwania za innem odpowiedniem miejscem na zakład w okręgu wodociągów krakowskich lub wielickich.

Lwów. Krajowa Rada zdrowia odbyła 5. III. 1907 posiedzenie, na którem wydano opinię: 1) w sprawie okręgów sanitarnych w powiecie żółkiewskim, 2) w sprawie zmiany rozporządzenia wykonawczego do noweli ustawy o organizacyi służby zdrowia, 3) o zakładzie leczniczym dla chorób kobiecych dra Piotrowskiego i dra Cerchy w Krakowie.

— Wydział Izby lekarskiej wschodnio-gal. na posiedzeniu w dniu 8. III. 1907 uchwalił odpowiedzieć Towarzystwu Samopomocy, że według zasięgniętych informacyi konkurs na posadę lekarza przy kasie chorych stowarzyszenia budowniczych i t. d. odnosi się do kasy dla czeladzi, a nie majsterskiej. W sprawie proponowanego przeniesienia apteki w Brodach z jednej ulicy na drugą uchwalono odpowiedzieć zgodnie z wnioskiem Namiestnictwa. Z powodu zapytania Administracyi podatkowej co do zrzeczenia się praktyki prywatnej przez jednego z lekarzy, postanowiono wezwać owego lekarza do Izby celem otrzymania informacyi. Na zażalenie pewnego lekarza, iż Sąd nie zamianował go znawcą, uchwalono odpowiedzieć, że sprawa ta nie leży w kompetencyi Izby. Postanowiono interweniować z powodu nieprawidłowości w sprawie obsadzenia pewnej posady lekarza gminnego. Załatwiono drobniejsze sprawy bieżące i rozpatrzono kilka spraw honorowych.

— Sejm polecił Wydziałowi kraj. zbadać sprawę objęcia szpitala dla dzieci im. św. Zofii w zarząd kraju.

— Budowa nowych klinik zależy obecnie od Sejmu, ponieważ rząd oświadczył, iż zgadza się na przedłożone mu plany pod warunkiem, że kraj poniesie połowę ogólnych kosztów budowy i urządzenia klinik.

— W dyskusyi budżetowej w Radzie miejskiej podniesiono szereg postulatów sanitarnych, jak budowa miejskiego szpitala zakaźnego, reorganizacya służby lekarskiej miejskiej, założenie »Kropli mleka«, nadzór nad środkami spożywczymi, nadzór lekarski i asanacya zakładów dobroczynnych i t. d.

Warszawa. Szpitale i zakłady dobroczynne publiczne, zawiadywane przez Radę Dobroczynności, miały w r. 1905 dochodu 1,693,861 rbs., rozchodu 2,054,168, przeto niedoboru 360,306 rbs., prywatne zaś, przez Radę nadzorowane, dochodu 1,067,580 rbs., rozchodu 1,081,018, przeto niedoboru 13,438 rbs. Szpitali i zakładów publicznych było 26, prywatnych 37, towarzystw i instytucyi filantropijnych 32.

— Na pokrycie niedoboru szpitali ma magistrat udzielić pożyczki 300.000 rb. (z funduszu budowy rzeźni), zastrzegając sobie pewną kontrolę w Radzie dobr. publ. i domagając się ponownie oddania szpitali w zarząd miasta. Niedobór szpitali wedle ostatnich obliczeń doszedł 411.000 rbs.

— Inspektor szpitali Troickij wniósł do Rady Dobroczynności o budowę własnych domów dla miejskich przytułków położniczych, pomieszczonych obecnie niewygodnie w domach wynajętych. Należy zbudować 3 przytułki po 30—35 łóżek, za kapitały instytucyi dobroczynnych, zawiadywane przez Radę; nadto magistrat posiada na ten cel 18,000 rbs.

— Udziałowe Sanatoryum szkolne dla dziewcząt ma powstać w Milanówku pod Warszawą.

— Wzorowy szpital fabryczny tworzy Towarzystwo akcyjne »Huta Częstochowska«.

— W »Instytucie higieny dziecięcej«, zostającym pod dyrekcyą dra Z. Paderewskiego, udzielono w ciągu stycznia i lutego 738 porad ambulatoryjnych, 353 dentystycznych, szczepień krowianką 63, kąpieli 4,684, mleka wyjałowionego wydano 35,153 porcyi (za porcyę płacą matki 1 grosz).

— Zakład zdrojowy w Ciechocinku zyska szereg ulepszeń (nowe łazienki Nr 4, rzeźnia, ujęcie źródła) kosztem 51,000 rbs.

— W Pogotowiu ratunkowem warszawskiem wybrani zostali: prezesem dr Józef Zawadzki, wiceprezesem i inspektorem stacyi dr Władysław Steyner, sekretarzem dr H. Kucharzewski.

— Do objęcia miejsce asystenta w zakładzie leczniczym w Grodzisku pod Warszawą dla lekarza z dyplomem rosyjskim lub austryackim. Wyjaśnień udziela dr Tokarski w Grodzisku lub redakcya naszego pisma.

Wilno. W preliminarzu budżetu miasta wynoszą wydatki na cele sanitarne 5·38%.

— W Kownie powstało Towarzystwo odontologiczne. Prezesem wybrano d. Grodzieńskiego.

Z różnych stron. Prof. Ernest Haeckel, swego czasu głośną cieszący się sławą, obchodził 7. III. b. r. 50-letni jubileusz doktoratu medycyny.

— W Berlinie powstać mają sanatorya szkolne, t. j. udzielające dzieciom słabowitym pomieszczenia, opieki lekarskiej i zarazem nauki, na razie na 200 dzieci.

— W Rzymie wykryto, jak donosi »Deuts. med. Woch.« (Nr 9) ...szkołę udawania chorób wskutek nieszczęśliwych przypadków.

Mianowani. Dr Kalikst Krzyżanowski we Lwowie starszym lekarzem powiatowym;

bakteryolog dr Nutall profesorem biologii w Cambridge; pedyatra dr Salge z Drezna profesorem tego przedmiotu w Getyndze.

Powołani: do Bazylei na katedrę chirurgii prof. Wilms z Lipska, na katedrę medycyny wewn. prof. Gerhardt z Jeny.

Zmarli: dr Wawrzyniec Grodzki w Poznaniu w 60 r. ż.; dr Bolesław Dzierżawski z Warszawy, założyciel i redaktor »Przeglądu dentystycznego«, w San Remo; dr Czesław Iwaszkiewicz, lekarz wojskowy w Aschabad w kraju zakaspijskim.

Patolog prof. Israel, długoletni b. asystent Virchowa, w Berlinie w 53 r. ż.; pedyatra prof. Krabler w Gryfii; lekarz wojskowy dr Schreiber w 41 r. ż. na mór, którym zakaził się przy badaniach tego zarazka w forcie Aleksandrowskim w Kronsztadzie; znany anatom i histolog prof. Mathias Duval w Paryżu; ginekolog b. prof. Herrgott w Nancy. — Wiadomość o śmierci chirurga prof. Roux z Lozanny okazała się fałszywą; przeszedł on ciężkie zapalenie płuc, jednak szczęśliwie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 20. marca o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Demonstracya chorych. 2) Dr Godlewski M.: Zjawisko fizycznego zmęczenia w świetle współczesnych teoretycznych pojęć oraz klinicznych spostrzeżeń. 3) Dyskusya nad wykładem prof. Ciechanowskiego »O szpitalnictwie« i wybór komisyi dla tej sprawy.

Redakcya otrzymała. Reis: Gruźlica pierwotna spojówki gałkowej. Odb. »Tyg. lek.« 1907. — Sędziak: a) Przyczynek do kwestyi porażeń n. krtaniowego dolnego pochodzenia toksycznego. Odb. »Tyg. lek.« 1906. b) Beitrag zur Diagnose u. Therapie des Larynxcarcinoms. Odb. »Zts. f. kl. Med.« 1907. — Barzycki: Woda do picia i do użytku domowego w Galicyi i W. Ks. Krakowskiem. Lwów 1907. Odb. »Przegl. hig.« Skalski: Pomoc akuszeryjna w fabrykach. Odb. »Czas. lek.« 1907.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Puro, znany przetwór z soku mięsnego (wyrób dra Scholla w Talkirchen pod Monachium) poleca usilnie dr Curt Stern, w pracy swej p. t. »Zur diätetischen Behandl. d. Lungentuberculose« (»Deut. Medizinal-Zeitung« 1907, Nr 4) jako środek, który zarówno przez pobudzenie łaknienia, jakoteż przez swą wartość odżywczą, wytłómaczoną składem jego, posiada obok innych czynników w leczeniu gruźlicy niezaprzeczoną wartość. Wynika to z całego szeregu przytoczonych historyi chorób (materyał z zakładu dra Sterna w San-Remo, villa Quisisana). S. podawał puro przez 3 tygodnie do 5 miesięcy bez przerwy, zawsze wewnętrznie. Niemiłych objawów ubocznych nie spostrzegał nigdy. Prawie zawsze stwierdzał S. przybytek wagi, często także nader korzystny wpływ na błednicę, towarzyszącą gruźlicy i wogóle na stan ogólny. W razie skłonności do krwotoków należy zamiast mięsa, wymagającego nużącego żucia, podawać puro we wszystkich płynach. *Sl.*

Histosan stosował dr U. Podlousky na bogatym materyale I. oddziału »Rudolfstiftung« we Wiedniu (»Wiener klin. Runds.« 1906, Nr 34) i doszedł do takich wniosków: Histosan, połączenie gwajakolu i białka, w postaci proszku lub syropu, przewyższa inne podobne środki tem, że doprowadza do ustroju bezpośrednio istotę odżywczą; rozpuszcza się dopiero w jelicie, przez co nie działa ubocznie na trawienie żołądkowe; nawet po długiem stosowaniu nie działa ubocznie; działa korzystnie na kaszel gruźliczy przez rozrzedzenie plwociny. *Ztr.*

Pastilli jodo-ferrati comp. Jahr poleca gorąco dr J. Radnik (»Medizinische Blätter« 1906, Nr 51) na podstawie szeregu przypadków, których opis przytacza. Jako zalety tego przetworu w stosunku do innych podobnych podnosi autor szczęśliwie dobrany skład z jodku potasu, ferratyny i *kalcium glycer. phosphor.*, dalej przyjemny smak wskutek osłonięcia czekoladą, co dozwala stosować pastylki nawet u rozgrymaszonych dzieci, wreszcie okoliczność, iż przetwór ten stosować można w każdej porze roku. Wskazania: niedokrwistość na różnem tle, brak apetytu i przewlekłe nieżyty oskrzeli po chorobach zakaźnych wieku dziecięcego. Podaje się zazwyczaj 2 razy dziennie po 2 pastylki. *Jr.*

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

220

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychniny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

Główny skład i wyrób
Apteka „Reichspalatin"
Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

Zakład wodoleczniczy i sanatoryum Dra. B. Kupczyka.

Kraków, ul. Szujskiego 11 (Róg ul. Rajskiej).

Zakład wodoleczniczy i sanatoryum
Dra B. KUPCZYKA

specyalisty chorób nerwowych.

Kraków, ul. Szujskiego l. 11 (róg Rajskiej).

Telefon Nr. 695. 124

Wodolecznictwo, parnia, gorące kąpiele powietrzne ogólne i częściowe, kąpiele gazowe z kwasem węglowym, kąpiele świetlno-elektryczne, kąpiele wodno-elektryczne ogólne i częściowe, natryski elektryczne, elektryzowanie, masarz ręczny, wibracyjny, elektryczny, ciepłe wanny, kąpiele mineralne, leczenie dyetyczne i tuczne.

WSKAZANIA: Choroby nerwowe. Reumatyzm, choroby żołądka i jelit, niedokrewność, skaza moczanowa, cukrzyca, otyłość, ogólne osłabienie, choroby serca i naczyń krwionośnych.

Na żądanie wysyła się kąpielowych do domu.

Pokoje dla chorych. Oświetlenie elektryczne.

NORMALNE WODY MINERALNE

WEDŁUG PRZEPISU

Prof. Dr. W. JAWORSKIEGO w KRAKOWIE.

(NAUKA O CHOROBACH WEWNĘTRZNYCH TOM III. PROF. W. JAWORSKI).

Wyrabia Rządowo uprawniona fabryka Wyrabia Rządowo uprawniona fabryka

K. RZĄCY i CHMURSKIEGO w KRAKOWIE, ul. św. Gertrudy l. 4. (Telef. Nr. 227).

a) Wody normalne zawierające składniki tylko mineralne:

Nr.	Woda normalna		hal.	Nr.	Woda normalna		hal.
I	Normalna	flaszka 3/4 l.	40	XII	Jodowa słabsza	flaszka 3/4 l.	50
II	Alkaliczna słabsza . . .	„ „	30	XIII	Jodowa mocniejsza . .	. 1/2 l.	50
III	Alkaliczna mocniejsza .	„ „	35	XIV	Bromowa słabsza . . .	3/4 l.	40
IV	Słona słabsza	„ „	35	XV	Bromowa mocniejsza . .	„ 1/2 l.	40
V	Słona mocniejsza . . .	„ „	40	XVI	Żelazista	, 3/4 l.	40
VI	Alkaliczno-słona . . .	„ „	30	XVII	Arsenowa	„ 1/2 l.	50
VII	Glauberska mocniejsza .	„ „	40	XVIII	Arsenowo-żelazista . .	„ „	50
VIII	Glauberska słabsza . .	„ „	30	XIX	Dyetetyczna	.. 3/4 l.	40
IX	Magnowa	„ „	40	XX	Kwaskowata	„ 1/2 l.	30
X	Wapniowa	„ „	40	XXI	Stołowa normalna . . .	„ 3/4 l.	30
XI	Litowa	„ „	50				

b) Wody normalne zawierające salicylany:

Nr.		hal.	Nr.		hal.
XXII	A. **Aqua alcalina** eff. **mitior** numerata	40	XXV	D. **Ziemna mocniejsza** numerowana . .	60
XXIII	B. **Aqua alcalina** eff. fortior	60	XXVI	E. **Aqua magnesiae** eff. numerata . .	40
XXIV	C. **Ziemna słabsza** numerowana . . .	40			

UWAGA: Dla odróżnienia, godłem wód normalnych jest na etykietach rysunek **ryby** ze strzałką. Dla uniknięcia pomyłek z wodami nasladowanemi, uprasza się do nazwy szczegółowej wody dodawać wyraz **»normalna«** i numer. Broszury podające skład i terapeutyczne stosowanie wód normalnych przesyłamy na żądanie franko.

201

Rok XLVI. Kraków, dnia 23. marca 1907. Nr 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O wynikach leczenia gorącem powietrzem.

Napisał
Doc. dr V. Chlumsky
w Krakowie.

Nowoczesne lecznictwo powołało do życia wiele środków i metod leczenia, po części zapomnianych lub zaniedbanych, a przystosowawszy je do najnowszych zdobyczy naukowych w medycynie, uzyskało przy pomocy ich nadspodziewanie dobre wyniki lecznicze. Należy tutaj leczenie wodą, światłem, powietrzem w różnorodnych kombinacyach i wiele innych. Dosadny przykład w tym kierunku stanowi również leczenie gorącem powietrzem. Środek ten znali już i stosowali starożytni Rzymianie, Grecy, a nawet Egipcyanie, w medycynie zaś ludowej od wieków w różny sposób i różnych odmianach był używany. Obecnie znów świeżo do lecznictwa wprowadzony i wszechstronnie zastosowany zdobył sobie należne uznanie i dla swej doniosłości może śmiało stanąć obok najnowszych wynalazków w naukach lekarskich. Lecz może właśnie dlatego, że jest to środek stary i od wieków znany, nie zwraca się na niego należytej uwagi, a często się go pomija lub niedocenia.

Zachęcony doświadczeniem jakie co do tego środka w ostatnich 4 latach zebrałem i nader pomyślnymi wynikami leczniczymi, pozwalam sobie zwrócić nań baczniejszą uwagę kolegów.

Gorące kąpiele z suchego powietrza stosowałem w 100 przeszło przypadkach. Większą część owych chorych stanowili dnawi (artrytycy), u których zwykle cierpienie datowało się od szeregu lat. Leczeni byli przedtem w najrozmaitszy sposób, środkami, które się uważa i reklamuje jako najskuteczniejsze przeciw dnie, mimo nadzwyczajnej cierpliwości — bezskutecznie. Oprócz środków takich, jak cytaryna, mesotan, artrytyna i wielu innych odbywali oni zwykle kuracye w miejscach kąpielowych, jak w Trenczynie, Wiesbadenie i Piszczanach, wszystko to jednak z małym i różnym skutkiem.

Wszystkim tym chorym leczenie kąpielami z gorącego powietrza przyniosło wielką ulgę, a wielu z nich zupełne zdrowie tak, że są to obecnie najżarliwsi zwolennicy tej metody leczenia. Zazwyczaj zgłaszali się oni do mnie z najrozmaitszemi dolegliwościami w stawach, najczęściej kolanowym i barkowym. Niekiedy zajętych było kilka stawów, atoli w każdym przypadku nawet przy pozornem zajęciu jednego stawu nie brakło nigdy objawów, które wskazywały na cierpienie ogólne, na co zwykle nie zwracano uwagi i żądano porady jedynie co do miejsca, w którem dolegliwości wystąpiły najsilniej. Badanie moczu, podejmowane u każdego chorego zwykle kilka razy, dawało różne wyniki. Przeważnie stwierdzało zwiększenie moczanów i kwasu moczowego. W tych przypadkach leczenie postępowało zwykle szybko. W innych przypadkach nie było żadnych zmian ilościowych tych składników moczu, lub zmniejszonego wydzielenia ich produktów. U tych chorych, jak również u tych, których mocz zawierał liczne kryształy szczawianów i kwasu szczawiowego, postęp leczenia był o wiele powolniejszy.

19 z tych chorych cierpiąc na zmiany stawu barkowego *(omarthritis)* szukało porady lekarskiej, gdyż nie mogli ręki podnieść do góry z powodu zesztywnienia stawu, przy poruszaniu zaś uczuwali ból. Kobiety nie mogły sobie rozczesać włosów, nie mogły dosięgnąć rękami wierzchołka głowy, jak również zapiąć sukni z boku lub z tyłu. Kilka z nich cierpiało przy tem na otyłość i różne dolegliwości ze strony serca. Dwa przypadki dotyczyły lekarzy, jeden żony lekarza.

W 14 przypadkach nastąpiło wyleczenie zupełne, bole znikły i zupełna ruchomość powróciła. W innych 5 nastało szybko polepszenie, z czego zadowoleni chorzy usunęli się od dalszego leczenia. We wszystkich tych przypadkach stosowano kąpiele miejscowe, które obejmowały tylko część chorą i najbliższą jej okolicę. Ciepłota odpowiednio do indywidualności chorego wynosiła od 70—130° C. Ilość kąpieli wahała się w szerokich granicach, od 4 do 100—120. Więcej niż 120 kąpieli żaden chory nie brał. U dwóch nastąpiło już po 4 kąpielach takie polepszenie, że dalsze stosowanie uznałem za zbyteczne i o ile w kilka miesięcy miałem sposobność stwierdzić, wyleczenie było tu trwałe podobnie jak i u wielu innych dłużej leczonych chorych. Jeden tylko chory (lekarz), który leczenie przedwcześnie przerwał, po roku zjawił się znów u mnie z dawnemi dolegliwościami, które jednak przy powtórnem leczeniu szybko ustąpiły. Wielkie usługi przy tem leczeniu oddawało mi również miesienie i przyrządy mechanolecznicze. Oprócz tego często zalecałem dyetę przeciwdnawą i wody alkaliczne, jak Vichy, Celestin, Grand-Grill, Bonifacius, Luhaczowicką Alloisquelle i inne.

Inne 18 przypadków, były to zmiany stawów kolanowych i stopy na tle dnawem, atoli ogólne objawy były jeszcze wybitniejsze, niż w poprzednio przytoczonych przypadkach. Największe dolegliwości jednak występowały w nogach. Dziesięciu z tych chorych oprócz bolów, występujących samorodnie tak w dzień jak i w nocy, skarżyło się na utrudniony chód, możliwy jedynie przy pomocy lasek. Ogólny stan był nieraz bardzo zły, gdyż chorzy wskutek

nocy bezsennych i braku łaknienia podupadali na odżywieniu. U wszystkich tych chorych po zastosowaniu kąpieli z gorącego powietrza następowało szybko polepszenie tak objawów miejscowych, jak i ogólnych. Zupełne wyleczenie rzadziej już dawało się osiągnąć, gdyż były to schorzenia już o wybitnie ogólnym charakterze i daleko posunięte. Chorzy ci atoli o tyle doznali polepszenia swego przykrego stanu, że odzyskiwali łaknienie, sen spokojny i mogli chodzić bez większych dolegliwości i bez bolów, co dla nich stanowiło wielką ulgę.

U tych chorych stosowano kąpiele przez kilka miesięcy. Najszybsze wyleczenie uzyskaliśmy tutaj w jednym przypadku w przeciągu 6 tygodni, we wszystkich innych leczenie trwało znacznie dłużej. Niektórzy z chorych zaopatrzyli się w odpowiednie przyrządy i od czasu do czasu sami powtarzają to leczenie w domu. I tutaj w niektórych przypadkach istniały powikłania ze strony serca, a badanie moczu stwierdzało podobne do poprzednich stosunki.

Stosowałem również gorące kąpiele powietrzne w 3 przypadkach zmian dnawych stawów ręki i palców, w 2 kręgosłupa, w 6 z powodu bolów karkowych pochodzenia mięśniowego i stawowego. Przy dnawych zmianach kręgosłupa i w 6 ostatnich przypadkach polepszenie nastąpiło szybko, natomiast dna rąk potrzebowała całych tygodni, zanim wystąpiło widoczne polepszenie. I tutaj choroba była ogólną, a tylko najdotkliwsze bole i upośledzona ruchomość wystąpiły w wymienionych stawach.

U żadnego z tych chorych nie zauważyłem jakiegoś ubocznego wpływu szkodliwego ani w czasie kąpieli, ani też później. Jakkolwiek wielu z nich dotkniętych było cierpieniem serca, nie przydarzył się nigdy żaden niemiły wypadek. Chorzy znosili kąpiele bardzo dobrze, a osiągnięte wyniki były, średnio biorąc, zadawalniające, o ile tylko chorzy dostatecznie długo pozostawali w leczeniu. U cierpiących na serce zauważałem nawet zmniejszenie się dolegliwości ze strony serca, szczególnie w przypadkach otłuszczenia, stwardnienia tętnic wieńcowych i kilku przypadkach niedomogi mięśnia sercowego. Na uwagę zasługiwał również powolny ubytek na wadze cierpiących na ogólną otyłość artrytyków, u których trzeba było dłużej stosować kąpiele na różne stawy.

Kąpiele owe stosowano zrazu regularnie co dzień, jednak posiedzenia w początkach leczenia trwały krótko, 20—30 minut; następnie podnosząc ciepłotę równocześnie przedłużano posiedzenie do 60 minut, o ile tylko chory dobrze to znosił. U tego samego chorego stosowano kąpiel zwykle tylko raz na dzień, wyjątkowo dwa razy. Ciepłotę w początkach leczenia stopniowano zwolna i regulowano odpowiednio do przypadku i życzenia chorego. W pierwszych dniach rzadko przekraczano 70° C, później atoli dochodzono i do 160° C. Zwykle po pierwszych kąpielach występowało już silne zaczerwienienie na odpowiedniem miejscu i obfite pocenie się. Zaczerwienienie to znikało w parę minut po kąpieli, przy dalszem stosowaniu pojawiało się znamienne marmurkowanie skóry, utrzymujące się prawie cały dzień, a po ukończeniu leczenia można je było stwierdzić jeszcze po tygodniach, a nawet miesiącach. Niekiedy, zwłaszcza u osób wrażliwych wytwarzały się małe pęcherzyki, dochodzące rzadko wielkości bobu, które pod opatrunkiem przeciwgnilnym bez nakłucia szybko się goiły, leczenia właściwego nigdy z powodu nich nie przerywano. Otwarcie takiego pęcherza i brak odpowiedniego opatrunku w jednym przypadku stały się przyczyną wytworzenia się małego wrzodu, który jednak przy odpowiedniem leczeniu w krótkim czasie zupełnie się zabliźnił. (Dok. nast.)

O bolach ciążowych.

Podał

W. Bylicki.

(Według wykładu w Tow. lek. krakowskiem w d. 13. III. 1907.)

(Dokończenie.)

Trwanie poszczególnych bolów ciążowych bywa czasem krótsze, zwykle jednak tak długie, jak bolów okresu przygotowawczego i okresu rozwierania się ujścia. — Co prawda, to jeden szereg bolów ciążowych nie trwa dłużej nad 6—12 godzin, ale nierzadko bole ciążowe tem się różnią od porodowych, że ich trwanie i ich ilość bywają o wiele większe od całej ilości bolów porodowych właściwych. I właśnie to nadmiernie długie trwanie budzić powinno przypuszczenie, że mamy przed sobą bole ciążowe. Przyczyną zaś takiego trwania bywają te bodźce, które one same wywołały, a które tylko bardzo wolno zdołają usunąć, lub całkiem nie mogą tego uczynić.

O wiele większą wagę przypisać należy skuteczności bolów. Mała skuteczność w połączeniu z brakiem dostatecznego przygotowania dróg porodowych miękkich, to znaczy z niedostatecznem ich zwiotczeniem i brakiem dostatecznej wydzieliny śluzowej, bywa cechą bolów ciążowych.

Najłatwiej zmusza nas do rozpoznania bolów porodowych znaczne rozwarcie się ujścia zewnętrznego, a co więcej odpływ wód płodowych. Nie należy jednak tymi objawami dać się skłonić do fałszywych wniosków, jak poucza przypadek samego Schatza, już raz wspomniany, w którym na 6 tygodni przed porodem pierwiastki ujście rozwarło się do wielkości talara.

Odpływ wód zwykle służy za dowód, że co do istoty bolów niema już żadnej wątpliwości. A przecież bole, które wywołują pęknięcie pęcherza płodowego bywają bardzo często ciążowe i nierzadko takimi pozostają, stając się porodowymi dopiero przy najbliższej, a nawet drugiej z rzędu depresyi ośrodka, bole porodowe hamującego.

Najwięcej dla bolów ciążowych cechującym objawem bywa niczem niewytłómaczone ich ustanie, które mylnie wyjaśniamy znużeniem macicy. Następuje to już po półdniowem lub całodniowem ich trwaniu, podczas gdy macica, nawet bardzo nędznie rozwiniętych i odżywionych kobiet, tak prędko bolami porodowymi się nie nuży. Przyczyną zatem nie jest tu nic innego, jak trwająca jeszcze czynność ośrodka, bole porodowe hamującego. Prawdziwe porodowe bole tak rzadkie i tak mało skuteczne, że, pomimo braku przeszkód mechanicznych i po długim czasie trwania nie wiodą do celu, a zatem co najmniej do zupełnego rozwarcia się ujścia macicznego, bywają o wiele rzadsze od okresowych bolów ciążowych, fałszywie za porodowe uważanych.

Najważniejszym objawem rozpoznawczym pozostaje czas, w którym się bole pojawiają czyli stosunek do

kresu porodu. Czem czas ten odleglejszy od obliczanego terminu porodowego, tem pewniej bole, pojawiające się, będą ciążowe: czem bliższy, tem mniejszą będzie ta pewność, podobnie jak w przypadkach, w których termin porodu nie da się ściślej oznaczyć. Wobec niepewności, można dla ustalenia rozpoznania użyć okresowości bolów ciążowych. Jeżeli one bowiem już okazały wybitną okresowość, to z niej i termin porodu nawet można oznaczyć.

Wreszcie, gdy bole istniejące słabną, to i »ex juvantibus« poznać można jakimi są. Jeżeli bowiem po podaniu dawki chininy (0·25) w 1—2 godzin nie nastąpi żadna zmiana w jakości i sprawności bolów, to najprawdopodobniej są to bole ciążowe. Bole porodowe stałyby się przedewszystkiem częstszymi.

W takich przypadkach, w których trudno rozpoznać, jakiego rodzaju są bole, najwłaściwiej sobie postąpimy, gdy wobec niedostatecznego działania bolów z góry przypuszczać będziemy, że są to bole ciążowe. Wówczas bowiem nie szkodzimy przebiegowi bezcelowem ich wzmacnianiem i za wczesnem, czynnem wdaniem się w sprawę. W takich razach powinno się z pochwałą podnieść cierpliwość położnej i bierne jej zachowanie się.

Z powyżej przytoczonych cech okazuje się, że rozpoznanie bolów jako ciążowych lub porodowych, nie zawsze uda się uczynić jako tako pewnem, co jednak nie sprzeciwia się ani zapatrywaniom Schatza na nie, ani nie zmniejsza wartości jego pracy.

Schatz, jak już poprzednio wspominaliśmy, choć sam się ograniczył w badaniu bolów ciążowych do ostatnich 4—6 tygodni ciąży, twierdzi, że one u każdej ciężarnej już w drugiej połowie ciąży istnieją i nie przeczy twierdzeniu niektórych autorów, że bole ciążowe, bez świadomości ciężarnych, trwać mogą prawie od samego początku ciąży. Pozorny bowiem brak widocznego celu kurczów macicy w najwcześniejszych okresach ciąży nie wystarcza do zaprzeczenia czemuś istotnemu lub czemuś, czego się wytłómaczyć nie umie i widzieć nie chce. Nie można bowiem temu zaprzeczyć, że pewne przesuwania się jaja płodowego wówczas, gdy ono jeszcze całej jamy macicy nie wypełnia, muszą się odbywać zapomocą ruchów macicy. Towarzyszące sprawie tej krwawienia bywają często mylnie pojmowane jako zapowiedzi grożącego poronienia.

Przypuszczenie zatem ciągle powtarzającej się czynności mięśni macicznych wobec czynnego ośrodka hamującego jest niezaprzeczenie bardzo ponętne.

Gdy zaś niebolesne ściągania się macicy ku końcowi ciąży uważamy za prawidłowe, a stan, w którym one dochodzą do świadomości ciężarnych w postaci bolów za nieprawidłowe, to i do kurczeń się macicy we wcześniejszych i najwcześniejszych miesiącach ciąży to samo się odnosi, lecz z tą różnicą, że gdy dotkliwość tamtych wcale do rzadkości nie należy, to taka dotkliwość tych bolów, jaką opisałem w swoim przypadku jest, jak mi się zdaje, unikatem.

Nasuwa się teraz naturalnie pytanie, z jakich to powodów fizyologiczne ruchy macicy, istniejące w ciąży, stają się bolesne? Na to pytanie odpowiada Schatz, że z powodu neurastenii lub gośćca mięśni macicznych.

Neurastenia może być podług autora, ograniczoną do tego jedynie objawu. Dodaje on też opis przypadku kilku ciąż u jednej i tej samej chorej, która z powodu bardzo dotkliwych bolów ciążowych raz już od 5-go miesiąca ciąży aż do jej końca musiała pozostać w łóżku.

Gdybyśmy chcieli jedynie opierać się na powadze Schatza i gołosłownie to jego twierdzenie przenieśli na nasz przypadek, podobnie, jak się wstawia wartości w niewiadome jakiegoś zrównania, tobyśmy zaspokoili się wnioskiem, że kurcze maciczne, prawie od początku ciąży trwające, uczyniły bolesnymi neurastenia lub gościec mięśni macicznych. Gdyby tu było się wydarzyło jakieś wybitne przeziębienie, skłanialibyśmy się do rozpoznania gośćca, a w innych przypadkach neurastenii. A chociażbyśmy na tem nic nie zyskali, to w przyjęciu podobnych przyczyn usprawiedliwiałaby nas tradycya naszych bezustannych błędów, przez które dążymy do prawdy; usprawiedliwiałaby nas głęboka wiara w tyle nieudowodnionych przyczyn, z których już tyle upadło, a wiele do upadku się chyli. A o ileż bliższe są podane przez Schatza przyczyny od wielu innych i o wiele są prawdopodobniejsze i to do tego stopnia, że śmiało mogłyby zająć w etyologii miejsce zupełnie dotąd puste, niczem innem dotychczas niezajęte. Bo też i cała dziedzina bolów ciążowych, traktowana w sposób, jaki nam ją Schatz podaje, jest zupełnie nowa. Pomimo to nie można nie podnieść bardzo, mojem zdaniem, usprawiedliwionych wątpliwości, które chyba każdemu czytelnikowi nasunąć się muszą.

Neurastenią, jako pojęciem z granicami niewyraźnemi, zatartemi, da się wojować i rozporządzać według upodobania i mieć słuszność lub nie, byleby tylko bez pretensyi do nieomylności. Tam bowiem, gdzie nam do stwierdzenia prawdy brak środków przyrodniczego badania, nie pomoże do przekonania nas żadna, chociażby w najlepszem znaczeniu powaga naukowa.

Inaczej już ma się rzecz z gośćcem mięśni macicznych jako nowem, dotychczas nieznanem pojęciem klinicznem. Posiada ono nawet w swej nazwie, ściśle ze sobą złączone pojęcie etyologiczne, bez którego jednak z biegiem czasu nauczyliśmy się obchodzić. Jeżeliśmy np. rozgrzani i spoceni narazili się na działanie zimna lub przeciągu i nazajutrz nie możemy poruszać głową bez bolów w karku i w mięśniach szyi, to nikt nie wątpi ani o przyczynie, ani o istocie choroby. Ale jeżeli rękę lub nogę zmęczymy jakąś niezwykle długo trwającą pracą, a później bez bolów nie możemy wykonywać pewnych ruchów, to skutek będzie ten sam, to jest ból, jednak z całkiem innej przyczyny. Nie odnosimy też do zaziębienia skłonności do zapadania na tak zwany postrzał *(lumbago)*, w którym czynność mięśni bywa połączona z tak znacznymi bolami. A cóż dopiero, gdy się mówi o dziedzinie tak całkiem odrębnej, jaką tworzą wszystkie mięśnie gładkie, nie podległe woli naszej. Tu nasze wątpliwości muszą mieć swój wyraz szczególnie wobec przeniesienia na nie pojęcia gośćca wraz z jego etyologią.

Mięśnie prążkowane i gładkie pracują w warunkach fizyologicznych bez żadnego uczucia bolu. Zdawałoby się, że wyjątek z tego ogólnego prawidła stanowią mięśnie gładkie macicy, których czynność główna, t. j. porodowa, połączona jest z bolami. W rzeczywistości jednak tak nie jest. Bole porodowe nie są bolami, związanymi z czynnością mięśnia, lecz z rozciąganiem i naprężeniem do naj-

wyższego stopnia utkania dolnego odcinka macicy, szyi macicznej, jej ujścia, pochwy, tkanki łącznej otaczającej, sromu i krocza. Żadna też rodząca nie określa siedziby bolów porodowych w ścianach macicy. Wreszcie i charakter bolów pierwszego a drugiego okresu porodowego jest zupełnie inny, odpowiednio do różnicy tkanek, podlegających naprężeniu, co świadczy o tem, że i przyczyna bolów stała się inną. — We wszystkich książkach spotykamy się też ze zdaniem, że źródłem bolów towarzyszących porodowej czynności mięśni macicznych bywa także i ucisk, wywierany samą ich czynnością na zakończenia nerwowe, w nich przebiegające, czego nie można inaczej nazwać, jak pomysłem niczem nieuzasadnionym, przeciwnym zupełnie naszym pojęciom o czynności mięśniowej.

Bolu nawet bardzo gwałtownego w czasie czynności mięśnia zdrowego doznać można jedynie wówczas, gdy mięsień popadnie w nieprawidłowy skurcz toniczny, czego przykładem bywają kurcze w łydkach, kurcze w czasie tężca, kurcze mięśni jelitowych wobec zwiększonego oporu lub niedrożności i wreszcie kurcze macicy nieciężarnej, wywołane bodźcami sztucznymi, drażniącymi okolice ujścia wewnętrznego, np. przez założenie blaszecznicy, zgłębnikowanie, wstrzykiwanie do jamy macicy cieczy bez zabezpieczenia im odpływu i t. p. Mówiąc też o kurczach, mamy tu na myśli przekraczającą granicę fizyologiczną czynność mięśni bolesną, zatem patologiczną. Za rzecz pewną zaś uważać należy, że nigdy fizyologiczna czynność jakiegokolwiek mięśnia nie jest połączona z uczuciem bolu.

Wyjątek od tej reguły zdawałyby się stanowić bole poporodowe wieloródek. Wiadomo bowiem, że kurcze macicy połogowej, pojawiające się w pierwszych dniach połogu, nie dochodzą do świadomości położnicy pierwiastki jako bole, a trapią często w dotkliwy sposób położnice wieloródki. Istnienie też bolów poporodowych u pierwiastek uważamy za objaw chorobowy, u wieloródek zaś za fizyologiczny. Co do mnie, nie wątpię ani na chwilę, że i tu nie boli sam mięsień. Przyczyny zaś tego objawu zupełnie nie znamy i przyznać musimy, że bolesne mogą się stać i fizyologiczne skurcze macicy. Dlatego też nie jestem wcale pochopnym do przyjęcia gośćca mięśni macicznych dla wytłómaczenia tak dotkliwych bolów ciążowych w przypadku przezemnie podanym. Chciałbym tylko użyć go do potwierdzenia przypuszczeń, że kurcze mięśni macicznych trwają przez całą ciążę, lecz tylko w nader wyjątkowych przypadkach dochodzą do świadomości ciężarnych i wówczas mogą być przedmiotem badania.

S c h a t z przy końcu swej pracy zastanawia się nad tem, jak się zachowują bole ciążowe wobec różnych środków.

U ł o ż e n i e c i ę ż a r n e j w położeniu półbrzusznem sprawia zmniejszenie częstości bolów co najmniej o połowę. Przypisać to należy podparciu dna macicy i zmniejszeniu napięcia szyi.

S p o r y s z wpływa jedynie na częstość bolów, a nie na ich siłę i to nierównie wybitniej na bole porodowe, niż na ciążowe lub w czasie od nich wolnym. Ze spostrzeżeń, dokonanych w czasie epidemii rojnicy *(ergotismus)* okazało się, że sporysz nie ma wpływu niekorzystnego na płody; nie ustały one żyć nawet wówczas, gdy matki podległy ciężkim postaciom zatrucia. Sporysz nie wywoływał też bolów porodowych. S c h a t z podawał — *experimenti causa* — po ustaniu szeregu bolów ciążowych w 5-ciu dniach przeszło 30 gr. płynnego wyciągu sporyszu *(Extr. fluid. secal. corn.)* i nie zdołał przezwyciężyć działania ośrodka hamującego bole porodowe.

C h i n i n a w okresie wolnym od bolów ciążowych, podawana długo i w dużych dawkach całkiem nie wywołuje bolów, ani też w czasie bolów ciążowych nie wzmacnia ich. Lecz wobec bolów porodowych S c h a t z i asystenci jego »mieli wrażenie jakby wyraźnie działała«. Działanie jej bywa słabe i raczej regulujące bole, a przytem nie niebezpieczne, więc do użycia w praktyce chinina bardzo się nadaje. Wielkie dawki nie tyle pomagały, co mniejsze (0·25). Jeżeli zaś po drugiej dawce, podanej w godzinę, brak wszelkiego skutku, to chodzi o bole ciążowe, a nie porodowe, — naturalnie, gdy postęp w porodzie jeszcze dozwala takie wnioski czynić, ośmielam się dodać do twierdzenia S c h a t z a.

Jako środki, zmniejszające bole ciążowe znamy: c h l o r o f o r m, m o r f i n ę i k a l i n ę *(viburnum prunifolium)*, których skuteczność odpowiada porządkowi, w jakim je wymieniamy.

C h l o r o f o r m u lub w o d a n u c h l o r a l u poleca S c h a t z użyć jedynie wtedy, gdy bole ciążowe wywołały napad rzucawki *(eclampsia)*, a rychłe zakończenie porodu jest niemożebne. Można się wówczas spodziewać, że i drgawki z ustaniem bolów ciążowych ustaną. A gdy do końca ciąży jeszcze daleko, to można mieć nadzieję, że i na leczenie zapobiegawcze dość będzie czasu. Tak twierdzi S c h a t z i ma słuszność co do niektórych przypadków bardzo lekkich postaci drgawek, cechujących się krótkością trwania i rzadkością pojawiania się.

M o r f i n a i k o d e i n a zmniejszają i ilość bolów ciążowych i ich siłę. W tych przypadkach zatem, w których za wielka ilość kurczów macicznych przeszkadza dostatecznemu zaopatrywaniu jej utkania w krew, umożebnia to morfina lub kodeina przez przedłużenie przerw pomiędzy kurczami macicy. Tu znów mamy bardzo piękne wytłómaczenie działania wzmacniającego bole porodowe zapomocą tych środków.

K a l i n a *(viburnum prunifolium)* działa najwolniej lecz najstalej. Podajemy ją też w czasie wolnym od bolów ciążowych, a w czasie ich trwania tylko wówczas, gdy się obawiamy krwotoku z poronienia. Korzystne działanie tego środka w przypadkach poronień nawykowych, obok zupełnego spokoju roniącej, nie ulega żadnej wątpliwości. Dawka, używana w tych przypadkach: dziennie 4 razy po 5 gramów *Extr. fluid. viburn. pr.* lub po 1 gramie *Extr. spiss.* Gdy jednak chodzi o szybkie usunięcie bolów ciążowych, dobrze jest rozpocząć od morfiny i kodeiny, a dopiero potem do trwałego i długiego używania polecić kalinę.

Na 4 tygodnie przed porodem radzi S c h a t z zaprzestać używania tego środka, gdyż może on wpływać osłabiająco na bole porodowe i termin porodu odwlec.

W końcu omawia S c h a t z z a c h o w a n i e s i ę l e k a r z a w o b e c b o l ó w c i ą ż o w y c h. Za konieczne uważa on ich leczenie, gdy się pojawiają we wczesnych okresach ciąży tak, że mogą wywołać poronienie. Wówczas poleca on spokojne ułożenie ciężarnej zupełnie poziome lub w położeniu półbrzusznem i w tem to położeniu radzi jak najczęściej przebywać. Przeciw bolom poleca morfinę (0·015)

lub kodeinę (0·03) 2—3 razy dziennie, a pomiędzy temi dawkami już rozpocząć podawanie kaliny: wyciągu płynnego łyżeczkę od kawy 4 razy dziennie lub wyciągu gęstego 1,00 4 razy dziennie. Działanie tych przetworów na wzmocnienie ośrodka hamującego bole jest niewątpliwe i trwałe.

Jeżeli bole ciążowe występują ku końcowi ciąży tak, że zachodzi wątpliwość co do ich istoty, to można podać na próbę jedną dawkę chininy (0.25), a za godzinę drugą, aby się przekonać, czy hamowanie bolów jest znaczne. Jeżeli tak jest, to zalecamy spokój, a gdy szereg bolów trwa za długo i trapi ciężarną i w nocy, to poleca się morfinę lub kodeinę i należy zwrócić uwagę chorej na to, że nie są to jeszcze bole porodowe i, że ciąża prawdopodobnie jeszcze do końca nie dobiegła. Jeżeli się unika częstego badania, nawet po odpływie wód płodowych, podniecających pokarmów i napojów, jeżeli się zapewni chorą, że nie grozi jej żadne niebezpieczeństwo i poleci od czasu do czasu ułożenie półbrzuszne, to przebyć można cały szereg dni i doczekać się ustania bolów ciążowych lub chwili następnej depresyi ośrodka hamującego, w której bole porodowe w ilości o wiele mniejszej i w krótszym czasie poród zakończą. Do tego zalecenia dodaje Schatz, i to bardzo słusznie, że to wszystko nie bez trudności się udaje.

Szczególnie należy starać się usuwać bolesność i inne dolegliwości, pochodzące z zaziębienia, niestrawności, wzdęcia, zatwardzenia i t. p., zapomocą ciepłych kąpieli, parówek i ciepłych okładów z użyciem w razie potrzeby środków napotnych, wiatropędnych i wypróżniających oraz usuwających kurcze, aby cierpliwość chorej i jej otoczenia nie wyczerpała się.

Praca Schatza zasługuje na to, aby przynajmniej w tem streszczeniu, w jakiem ją podałem, doszła do wiadomości szerokiego ogółu lekarzy położników, gdyż nietylko wykazuje ona niedomaganie naszej definicyi bolów porodowych i tłómaczy zagadkowość ich nieskuteczności i ustania w danym razie, ale chroni ciężarne od zbytecznej czynności lekarskiej wówczas, gdy najlepszym środkiem jest dobrze zrozumiana, nieszablonowa, ale na podstawie ścisłego badania oparta bezczynność. Z drugiej zaś strony klinicystom i lekarzom szpitalnych oddziałów położniczych mogą wspomniane twierdzenia Braxtona Hicksa i praca Schatza dać pochop do bliższego zbadania sprawy odłogiem leżącej, mianowicie okresowych kurczów macicy trwających przez całą ciążę.

Oceny i sprawozdania.

Dr Wiktor Opolski: **Studyum o upuście krwi w zapaleniu płuc.** Lwów 1906, str. 43. — W zajmującej rozprawce staje autor na stanowisku, zajętem w tej sprawie przez swego nauczyciela Dietla i broni tego stanowiska dzielnie, przytaczając szereg argumentów na niekorzyść stosowania upustu krwi w zapaleniu płuc. Upusty krwi w tej chorobie wywierają, zdaniem autora, działanie tylko pozornie dodatnie i to tylko wtedy, gdy są stosowane przed samym przełomem zapalenia płuc, właściwie zaś mają na przebieg choroby wpływ szkodliwy. Nie usuwają bowiem duszności, nie zmniejszają stanu zapalnego i osłabienia serca, a zawsze szkodzą przez wywołanie niedokrwistości z jej skutkami, oraz większego rozpadu białka i przedłużają przez to okres zdrowienia. Autor przytacza zdania licznych poważnych klinicystów, którzy przyjęli zapatrywanie Dietla. Praca, napisana przez autora z wielkim pietyzmem dla swego mistrza, może być dzielną bronią w rękach przeciwników upustów krwi. *Doc. Latkowski.*

Schwalbe. **Terapeutische Technik für die ärztliche Praxis.** Lipsk 1907 (Thieme). Tom II, stron 789, ze 169 rycinami, 11,20 Mk. — Zdając niedawno (w Nr 1 r. b.) sprawę z pierwszego tomu tego wydawnictwa, podnosiliśmy istotny jego pożytek dla każdego lekarza praktycznego, chcącego przypomnieć sobie szczegóły pewnych zabiegów leczniczych, lub nauczyć się niektórych sposobów leczenia, o ile to oczywiście z książki wogóle jest możebne. Przyznać trzeba, że dzieło, wydane pod kierunkiem prof. Schwalbego, odpowiada najzupełniej tym zadaniom i czytelnikowi zawodu nie sprawi, gdyż poszczególne rozdziały opracowali znakomici znawcy przedmiotu, a drobiazgowy opis uzupełniają jeszcze liczne i dobrze dobrane ryciny. Wydany właśnie tom II nie różni się pod tym względem od pierwszego. Obejmuje on technikę leczenia poszczególnych narządów (prócz leczenia oka, które pomieszczono w tomie I), a więc: ucha (opracował prof. Siebenmann), nosa, gardła i krtani (prof. Friedrich), płuc i opłucnej (prof. Hoppe-Seyler), serca (prof. Schwalbe), przełyku i żołądka (prof. Ad. Schmidt), jelit (tenże i prof. Czerny), narządu moczowego i płciowego męzkiego (prof. Englisch), narządu rodnego niewieściego (prof. Fritsch), układu nerwowego łącznie z leczeniami zboczeń mowy i psychoterapią (prof. Strümpell). Jak starannie uwzględniono i tu najdrobniejsze nawet zabiegi, dowodzi np. to, że osobne ustępy poświęcono zabiegom nawet takim, jak płukanie gardła, wlewania jelitowe i t. p. — Wobec mnóstwa rycin nie można uważać ceny dzieła (20 mk.) za zbyt wysoką.

Dzieło może oddać usługi oczywiście tylko tej części lekarzy naszych, którzy władną językiem niemieckim. Nie mogąc się łudzić, byśmy się rychło na podobne dzieło oryginalne zdobyć mogli, wartoby pomyśleć o tem, czyby nie można wydać go, porozumiawszy się z nakładcą, w tłómaczeniu polskiem, oczywiście równie bogato wyposażonem w rysunki. *O.*

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Prof. Bayer. **Uproszczony sposób całkowitej resekcyi klatki piersiowej przy ropniaku opłucnym.** (*Ztr. f. Chir.* 1907, Nr 1). Przy uporczywych ropniakach opłucnych znacznego stopnia jest resekcya całkowita metodą Schedego jedynie właściwym zabiegiem leczniczym. Chorych jednak, osłabionych zwyczajnie wskutek dłuższego ropienia, naraża ten zabieg na wielkie niebezpieczeństwo, zwłaszcza ze względu na znaczną, prawie nieuniknioną utratę krwi i długość operacyi. Dlatego używa B. następującego sposobu: Cięcie prowadzi prostopadle, dwa palce poza linią pachową przednią na granicy przyczepu przedniego mięśnia zębatego wielkiego, od żebra 3. do 9. lub 10.; w tej bowiem linii nie napotyka się ani większych naczyń, ani mięśni, a dojście do żeber jest nadzwyczaj łatwe. Następnie wycina podokostnie z 10—3. żebra kawałki, około 2 ctm. długie, zaczynając od dolnych żeber, poczem przy pomocy termokauteru, (celem uniknięcia krwawienia z tętnic międzyżebrowych), otwiera opłucną na całej tej przestrzeni. W razie potrzeby usuwa i żebro 2., przedłużając cięcie ku górze, przy podniesionem ramieniu i odsunięciu mięśni piersiowych ku linii środkowej. Wyłuszczanie następne żeber jest łatwe i szybkie, zwłaszcza gdy się rozpoczyna od najniższego. Dla ułatwienia całego postępowania, robi B. równolegle do najniższego żebra cięcie pomocnicze, prostopadłe do głównego, które nadto doskonale się nadaje do założenia sączka w tylną część klatki piersiowej. Resztę żeber usuwa w ten sposób, że nacina dostatecznie okostną na odciętym końcu, chwyta żebro w kleszcze i przy pomocy szerokiej, ostrej skrobaczki (*raspatorium*) odsuwa ją ku tyłowi do kąta żebra, ku przodowi zaś do przejścia żeber w chrząstki. Po usunięciu żeber cała ta strona klatki piersiowej zazwyczaj się zapada, jeżeli jednak to nie następuje, dodaje B. kilka dodatkowych cięć poprzecznych. Operując w ten sposób dwóch chorych, bardzo wynędzniałych wskutek uporczywego ropienia, uzyskał B. zupełnie dobre wyniki. Zalety tej metody stanowi stosunkowo krótki czas, potrzebny do wykonania zabiegu, mała utrata krwi, a wreszcie niewielka rana i znacznie mniejsze, niż po innych zabiegach, oszpecenie. Wszystkie bowiem części miękkie pozostają, a tkankę międzyżebrową można nawet w tych przypadkach zachować, gdzie opłucna wskutek nacieku gruźliczego musi być usunięta. *Dr Kasprzyk.*

Noetzel. **Doświadczalne badania nad zakażeniem i chłonieniem drobnoustrojów z jamy opłucnej.** (*Arch. f. klin.*

Chir. T. 80, Z. 3). Autor zakażał króliki przy zamkniętej, otwartej chwilowo i stale jamie opłucnej i przekonał się, że zakażenie opłucnej występowało stale i groźne jedynie przy równocześnie wywołanej odmie opłucnej, przy zamkniętej natomiast opłucnej mimo ropienia rany zewnętrznej, a często i ropni płuc, opłucna nie ulegała zakażeniu, chyba tylko następowo z płuc. Opłucna jest więc o wiele odporniejsza na zakażenie, niż n. p. skóra lub mięśnie i pokonywa swobodnie zakażenie takie, które śródżylnie powoduje zawsze śmierć. Przyszycie płuca i zapobieganie jego zapadaniu się chroni nieraz od zakażenia. Podobnie, jak odma opłucna, usposabia do zakażenia opłucnej także naciek płuc, n. p. zapalny. Chłonienie drobnoustrojów z opłucnej odbywa się bardzo szybko, podobnie jak z otrzewnej. Odmę opłucną uważa autor za główną przyczynę występowania zakażeń opłucnej i z tego powodu postępowanie Sauerbrucha i Brauera (zapobieganie odmie przy otwarciu opłucnej) uważa za wielki postęp w chirurgii klatki piersiowej. *Klęsk.*

Singer. **Rekto-romanoskopia.** (*Mediz. Klinik* 1906, Nr 39). Ze wszystkich używanych wzierników odbytniczych najodpowiedniejszym i najdogodniejszym jest proktoskop Kellyego lub Longa, połączony z panelektroskopem; autor wprowadza go po poprzedniem dokładnem przepłukaniu odbytnicy i założeniu czopka z 0·5 anestezyny, ułożywszy chorego na czworakach. Przesuwając delikatnie wziernik ku górze, udaje się prawie zawsze obejrzeć całą błonę śluzową aż do okrężnicy esowatej. Przy pomocy rektoromanoskopii można dotychczas niedostępne, wysoko usadowione rozpadliny i nadżerki leczyć miejscowo pędzlowaniami, przyżeganiami, zmywaniami, drobne zaś polipy, brodawczaki, usuwać pętlą galwanokaustyczną lub nożyczkami.

Wilczyński.

Hochenegg. **Wskazówki dla leczenia następowego u operowanych z powodu raka odbytnicy drogą kości krzyżowej.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 85, Z. 3). H. opiera swe doświadczenie na 257 własnych przypadkach. Wskazówki podaje następujące: 1) Operowani powinni po operacyi leżeć na boku, a nie na wznak. W jednym przypadku H. wskutek leżenia na wznak powstała odma podskórna moszny i brzucha wskutek wtargnięcia wiatrów w tkankę podskórną. 2) Miednica powinna spoczywać niżej, niż brzuch i kręgosłup; wyjątkowo może miednica leżeć wyżej, przy krwotokach żylnych następowych, — przyczem wystarczy podniesienie nożnego końca łóżka — i przy wypadnięciach jelit ku ranie. 3) Nie należy dopuścić do zatrzymania się znaczniejszej ilości moczu w pęcherzu, gdyż to bywa powodem zapalenia pęcherza. Wypełniający się pęcherz nie rozciąga się, jak zazwyczaj ku przodowi nad spojenie łonowe, lecz ku tyłowi i dołowi ku opróżnionemu przez operacyę *cavum ischiorectale*. Mimo więc braku guza nad spojeniem łonowem należy pamiętać o pęcherzu. O ile w pierwszych 12 godzinach sam mocz nie odchodzi, należy go wypuścić cewnikiem, oczywiście jałowo. 4) Wypróżnieniom należy zapobiegać zapomocą makowca, ale nie w przypadkach, gdzie się szew zakłada na ranę, gdyż stwardniały stolec rozrywa potem szew poprzecznie. W tych przypadkach wskazane są lewatywy, a od szóstego dnia lekkie środki przeczyszczające. Jeżeli zaś stolec jest, to należy ranę otworzyć zupełnie, opłukać i pokryć warstwą gazy jodoformowej, by uniknąć zapalenia tkanki łącznej podskórnej (*phlegmone stercoralis*). 5) Przy opatrywaniu dotykać pośladków tak, by nie wywołać bolów, bo one mogą sprowadzić skurcz mięśni pośladkowych często tak silny, że rozrywa szeroko ranę. 6) Chorzy po wygojeniu się powinni przeć na stolec, jak dawniej, gdyż w przeciwnym razie spływa kał ustawicznie. Dla zatkania otworu stolcowego krzyżowego poleca H. pelotę lub bandaż elastyczny, wgniatający gąbkę w otwór. Forsowne żywienie zwiększa odporność ustroju w walce z nawrotem. *B. Żmigród* (Rymanów).

Girgolaff. **Plastyka otrzewnej zapomocą wolnych kawałków sieci.** (*Zentr. f. Chir.* Nr 5, 1907). G. przeczy stanowczo twierdzeniu Springera (*Ztbl. f. Chir.* 1906, Nr 49), jakoby przy przeszczepianiu wolnych kawałków sieci wytwarzały się rozległe zrosty z otoczeniem. W wielu doświadczeniach G. nie powstawały zrosty wcale, lub tylko nieznaczne; jeżeli zaś powstawały, to tylko tam, gdzie przy zabiegu powstały w otoczeniu wybroczyny. Dlatego to należy przy tym zabiegu starannie tamować krew. Zarzut, że wolna sieć, przeszczepiona na niedostatecznie zaszyte jelito, nie chroni jelita od przebicia, odpiera G. doświadczeniami swojemi i Lundholma, w których przeszczepienie sieci uchroniło od zapalenia otrzewnej, chociaż przecięte jelito zeszyto tak niedostatecznie, że pomiędzy szwami (węzełkowymi) można było do światła jelita przesunąć gruby zgłębnik. Znaczną ilość tłuszczu sieci, która zdaniem Springera utrudnia zrośnięcie się przeszczepionego płatu z podłożem, można w razie potrzeby usunąć. Z doświadczeń Sp., polegających na wywoływaniu niedokrwienia sieci przez zaciśnięcie jej u podstawy na pewien czas, wskutek czego miały się wytwarzać rozległe zrosty z otoczeniem, nie można nic wnosić o wynikach szczepienia sieci odciętej. Warunki bowiem tutaj są o tyle odmienne, że część przeszczepiona od samego początku przylega do powierzchni otrzewnej, z którą zaraz się skleja i z niej się odżywia. *Kasprzyk.*

H. A. Kelly. **Doświadczenia przy pomocy cewnika nerkowego nad badaniem i siedzibą kamieni nerkowych i moczowodowych.** (*Amer. journ. of urology* 1906, październik). K. podaje nowy sposób badania kamieni moczowodów i nerek, który polega na tem, że koniec cewnika moczowodowego powleka cienką warstwą mieszaniny stopionego wosku i oliwy (2 części wosku, 1 część oliwy), przez co uzyskuje powłokę bardzo wrażliwą na wszelkie twarde nierówności. Po założeniu wziernika pęcherzowego, wprowadza cewnik do moczowodów i miedniczek; jeżeli w nich są kamienie, to pozostawiają na powłoczce cewnika rysę. By uniknąć porysowania powłoki przez koniec cystoskopu lub włosy sromu u kobiet, radzi K. wprowadzać cewnik po dokładnem nastawieniu ujścia moczowodu we wzierniku, a przy wyciąganiu cewnika dobrze rozchylać srom. Celem określenia siedziby kamieni, powleka K. albo cały cewnik ową mieszaniną, albo umieszcza w pewnych odstępach małe oliwki; poczem z siedziby rysy wnosi o położeniu kamienia, mierząc od górnego bieguna miedniczki nerkowej. Stosując ten sposób badania w 30 przypadkach, zdołał K. 24 razy wykryć kamienie. Z sześciu przypadków z wynikiem ujemnym, w trzech istniały mimoto kamienie w drogach moczowych, w czwartym przypadku leżał kamień w ropniu, w piątym był kamyk żylny, w szóstym zaś ani cewnik, ani rentgenizacya mimo innych objawów kamienia nie wykryły. Badania promieniami Röntgena uważa autor za niepewne i niewystarczające. *Dr Kasprzyk.*

Pozzi. **Nowe postępowanie celem zeszycia końców moczowodu** (*invaginatio et entropium*). (*Deutsche med. Wochs.* Nr 50, 1906). Sposób, podany przez autora, polega na tem, że w miejscu szwu stykają się tylko surowicze powierzchnie moczowodu, a to w ten sposób, że koniec dolnego odcinka wpukla się na długości 1 ctm. do światła i w to wpuklenie wprowadza się odcinek górny, przez co surowicze powierzchnie przylegają do siebie. Zwężenie w następstwie tego sposobu nie występuje, bo blizny właściwej tu niema. *Klęsk.*

Sellei. **Leczenie zapaleń pęcherza moczowego wyskokiem.** (*Berl. kl. Wochs.* 1906 Nr 45). W przypadkach zapaleń pęcherza moczowego, połączonych z rozkładem amoniakalnym moczu, poleca S. gorąco płukania 5—15 prc. wyskokiem. Płukania takie są nie bardzo dla chorego dotkliwe, działają wybitnie odkażająco i ściągająco. Wynik leczniczy następuje bardzo prędko. *Klęsk.*

Völker i v. Lichtenberg. **Cystografia i pyelografia.** (*Beitr. zur klin. Chir.* T. 52, Z. I). Zapomocą wypełnienia pęcherza 2 prc. kollargolem, można na kliszy otrzymać dokładne zarysy pęcherza moczowego, stwierdzić uchyłki i t. d. Podobnież otrzymać można dokładne obrazy rentgenowskie i z nerek po wypełnieniu miedniczek i moczowodu kollargolem przez cewnik cystoskopijny. Wypełnienie miedniczek kollargolem powoduje jednak dość silny ból. Do prześwietlenia używali autorowie miękkiej rury, 3 m. długiej. *Klęsk.*

Burkhardt i Polano. **Napełnianie pęcherza moczowego tlenem w celach badań radyograficznych i cystoskopowych.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 1, 1907). Nitze przed laty próbował już napełniać pęcherz powietrzem, zamiast płynem, ale miał się przekonać, że obrazy świetlne były przytem niewyraźne, często wydarzało się zakażenie i zachodziła obawa zatoru powietrznego. Zamiast powietrza radzą B. i P. używać tlenu. Nie drażni on pęcherza, a obraz jest wyraźny, bo środowisko, n. p. przy krwawieniu, nie mętnieje, obawy zatoru niema. Tlen otrzymać można bardzo łatwo, napełniając flaszkę, połączoną z cewnikiem, 3 prc. wodą utlenioną z dodatkiem pastylki nadmanganianu potasu. W ciągu minuty tworzy się około 120 ctm. tlenu; dwie minuty średnio do napełnienia wystarczą. Sposób ten polecił Dräger przy wprowadzaniu tlenu do stawów. W razie krwotoku wprowadza się do pęcherza najpierw płyn i zwolna potem wypiera się go tlenem. Z pęcherza, napełnionego tlenem, otrzymuje się o wiele lepsze obrazy rentgenowskie. *Klęsk.*

Położnictwo i ginekologia.

K. Reifferscheid. **Dalsze doświadczenia z cięciem przyłonowem.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1906, Nr 48). Na 22 cięć

przyłonowych miał R. 1 przypadek nieszczęśliwy. Osoba 26-letnia; przy 1. porodzie obrót zapobiegawczy, wydobycie płodu nieżywego; w połogu gorączka, 6 tygodni w łóżku. Obecnie II. ciąża. Położenie pośladkowe. Sprzężna prawdziwa około 9 ctm. Przy porodzie założył R. zapobiegawczo piłeczkę Gigliego igłą Bumma z góry ku dołowi. Gdy przeprowadzenie główki się nie udawało, przecięto kość i główkę bez trudności wydobyto, przyczem brzegi kości rozeszły się na 3—4 ctm. Płód 4200 gr., 54 ctm., obwód główki 39·3 ctm. Krwotok nieznaczny. Zaraz po porodzie mocz krwawy. Założono cewnik na stałe. Z początku odpływa mało moczu przez cewnik, częściowo bowiem odchodzi mocz przez górną ranę, z dnia na dzień jednak wzmaga się ilość moczu, przez cewnik odpływającego. Stan ogólny dobry, ciepł. prawidłowa, tylko tętn. 90—100. Piątego dnia nagła śmierć wśród podnoszenia się, prawdopodobnie wskutek zatoru. Na sekcyę nie dozwolono. Wobec tego, że zator zdarza się po cięciu przyłonowem stosunkowo często, przyjmuje R. w danym przypadku związek przyczynowy, tembardziej, że powikłanie, wywołane uszkodzeniem pęcherza, ułatwiało powstanie zatoru. — Uszkodzenie pęcherza zdarzyło się przy tej samej technice jeszcze w jednym przypadku. Sprzęż. prawdz. 7·5 ctm., płód 4000 gr., obwód gł. 37·0 ctm., rozstęp po operacyi około 6 ctm. Nastąpiło wyleczenie zupełne.

Inne przypadki przebiegały gładko i szczęśliwie, z wyjątkiem zakrzepu żyły udowej w jednym, a małego wysięku dokoła linii przepiłowania w innym przypadku. Dwa razy wykonano zabieg w domu chorej przy pomocy praktykanta i położnej. Zazwyczaj operowano igłą Bumma od dołu ku górze, co ma tę tylko złą stronę, że zazwyczaj więzadło łukowate (*lig. arcuatum*) nie zostaje przecięte i przez to kość nie rozstępuje się odrazu. Skończono poród 8 razy kleszczami, 9 razy obrotem i wydobyciem, 3 razy wydobyciem, a 2 razy pozostawiono dalszy poród siłom przyrody. Cztery razy zakładano piłeczkę zapobiegawczo i przecięto kość dopiero w chwili krytycznej. Wszystkie dzieci urodziły się żywe i wszystkie pozostały przy życiu. Po 3—5 tygodniach widoczny był jeszcze na röntgenomie rozstęp, a przy opuszczaniu zakładu stwierdzano zazwyczaj jeszcze ruchomość. Brak zrostu kostnego jest korzystnym objawem, skoro chód na tem nie cierpi. Dla uniknięcia skaleczenia pęcherza ważnem jest dokładne obejście brzegu górnego. Mimo to obrażenia pęcherza są nieuniknione, gdy wskutek sprawy zapalnej pęcherz do kości przyrośnie, co właśnie w swoich przypadkach R. przypuszcza. W takich razach poleca się odsunięcie okostnej zapomocą skrobaczki, jak to Henkel radzi. Mimo to może pęcherz uledz uszkodzeniu w chwili rozstępu kości lub podczas przeprowadzenia główki wskutek ucisku pomiędzy główką, a ostrym brzegiem kości. Cięcie przyłonowe nie jest operacyą odpowiednią dla lekarza praktyka, lecz powinno pozostać w rękach specyalistów. Poród przedwczesny przy miednicy ścieśnionej odpowiada więcej warunkom praktyka na prowincyi. Śmiertelność matek jest po porodzie przedwczesnym mniejsza. *B. Wojciechowski.*

W. Zangenmeister. **Przyczynek do techniki i wskazania cięcia przyłonowego.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1906, Nr 48). Wobec sporu, toczącego się pomiędzy Seeligmannem, a Bummem co do techniki cięcia przyłonowego, zajmuje Z. następujące stanowisko: 1) Drogę od dołu ku górze uważa za lepszą, gdyż, szczególnie u osób tłustych, dolny brzeg kości można przytem dokładniej czuć, co nadaje więcej pewności w kierowaniu igłą; pomimo wszelkich zarzutów stwierdza się, że krwotok przytem bywa mniejszy, ciała jamiste bowiem krwawią znacznie mniej, gdy po przepiłowaniu kości zostaną przedarte, aniżeli gdy się je (przy operowaniu od góry) przetnie piłką; igła, prowadzona od góry, zbacza łatwo na boki; ważnem jest przeciąganie części miękkich sromu przed wkłuciem igły ku stronie przeciwnej. 2) Wszelkie nacięcia dla oryentowania się uważa Z. przy operowaniu od dołu za zbyteczne. Igłę Bumma uważa Z. za najlepsze narzędzie, radzi ją jedynie cokolwiek stępić, aby posuwanie po kości ułatwić, jakoteż przedłużyć ją o parę ctm., gdyż u osób tłustych trudno jest niekiedy wykłuć ją ponad górnym brzegiem. W razie stępienia igły potrzebne jest drobne nakłucie skóry przy dolnym i górnym brzegu kości. Zbliżenie się do spojenia łonowego uważa Z. za Bummem za wskazane, gdyż czem bliżej spojenia przecinamy, tem większy uzyskujemy rozstęp, a nadto tem węższą jest kość, a zatem tem łatwiejsza technika. Metoda podskórna pozwala przez swą prostotę na wykonywanie tej operacyi w praktyce prywatnej, gdzie niekiedy trudno o asystę. Pozostawienie porodu po cięciu przyłonowem siłom przyrody jest wprawdzie postępowaniem idealnem, lecz tylko wówczas dozwolonem, gdy ani matce, ani dziecku nie grozi niebezpieczeństwo, gdy nadto bole są dobre. U wieloródek, które rodziły dotąd płody nieżywe, jest wystąpienie czynne wcześniej usprawiedliwione, u pierwiastek zaś powinienby kierunek zachowawczy, ze względu na łatwe przedarcia części miękkich, przeważać. Obrót i wydobycie jest zabiegiem łagodniejszym od wysokich kleszczy, chyba że udało się wgnieść główkę spos. Hofmeiera, by potem kleszcze założyć. Połączenie obrotu zapobiegawczego przy miednicach ścieśnionych z tymczasowem założeniem piłeczki Gigliego, aby w razie niemożności przeprowadzenia główki mógł asystent natychmiast kość przepiłować, uważa Z. za myśl zdrową, która przyniesie liczne szczęśliwe wyniki. *B. Wojciechowski.*

B. H. Semmelink. **Z kazuistyki uszkodzeń pęcherza przy cięciu przyłonowem.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1906, Nr 48). U 26-letniej pierwiastki z miednicą ogólnie ścieśnioną rozwarło się ujście dopiero po 3 dobach, a główka wstąpiła malutkim odcinkiem. Słabe bole, 37·7, 108 u matki, jakoteż wolniejsze tętno płodu zniewalały do ukończenia porodu. W uśpieniu wysokie kleszcze próbne bez skutku. S. przystąpił do cięcia przyłonowego. Igłę Seeligmanna wprowadził od góry, wykłuł jednak zbyt daleko na wewnątrz, we wardze większej, przyczem zaraz z ranki trysnął mocz wskutek skaleczenia pęcherza. S. cofnął igłę zupełnie, oddzielił więcej na zewnątrz okostnę i wprowadził ponownie igłę. Po przepiłowaniu kości łatwe kleszcze; płód omdlały docucono. Z obu ran, szczególnie z dolnej, dość znaczne krwawienie, prawdopodobnie wskutek komunikacyi z macicą po przedarciu pochwy przy wejściu obok cewki moczowej. Ranę górną zeszyto, do innych sączki. Cewnik na stałe; nazajutrz mocz jasny; w dalszym przebiegu lekki nieżyt pęcherza. Wyleczenie. — S. uważa żyłę Seeligmanna za niedogodną. Powiększenie rany górnej celem oddzielenia okostnej nie stanowi powikłania operacyi, a daje większą pewność co do uniknięcia obrażeń ubocznych. *B. Wojciechowski.*

K. Holzapfel. **W sprawie leczenia i powstawania wynicowania macicy.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1906, Nr 51). 25-letnia osoba urodziła o g. 1. popoł. szybko płód. Z powodu krwotoku wygniotła położna łożysko. Krwotok jednak nie ustawał. Wezwany inny lekarz podał sporysz, a gdy krwotok trwał dalej, przepłukał wieczorem macicę gorącym płynem. W nocy skąpe krwawienie. Nazajutrz podano znowu sporysz, lecz mimo to krwotok trwał dalej. Popołudniu stwierdził H.: niedokrwistość, brzuch wzdęty, świadomość utrzymana, tętn. 110—120, ciepł. 37·6, krwotok, przedarcie krocza II. stopnia niekrwawiące, wynicowanie macicy. Po dłuższych usiłowaniach udało się odprowadzenie macicy wśród rozszerzania lejka od góry przy pomocy asystenta. Po 5 dniach chora umarła. Wobec oznak zakażenia zastanawiał się H. nad operacyą doszczętną, odstąpił jednak od tej myśli, mając złudną nadzieję, że przestrzykiwaniami, tamponowaniem gazą, wstrzykiwaniami soli kuchennej i t. d. da się zakażenie powstrzymać. Zdaniem H. powstaje wynicowanie częściej bez zadziałania siły zewnętrznej (pociąganie, ucisk), aniżeli wskutek niej. Przy znacznym niedowładzie macicy wystarcza ciężar łożyska i skrzepów obok zadziałania tłoczni brzusznej do powstania wynicowania. W takim przypadku może też łatwo powstać wynicowanie wśród zupełnie łagodnie wykonywanego zabiegu Credego. Najważniejszem jest jaknajwcześniejsze przeciwdziałanie niedowładowi, aby niedopuścić do niedowładu wysokiego stopnia, przy którym już błahe powody wystarczają do wywołania wynicowania macicy. *B. Wojciechowski.*

Offergeld. **W sprawie leczenia omdlałych noworodków wlewaniami tlenu.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1906, Nr 52). W ciężkiem omdleniu współzawodniczą wahania Schultzego z kąpielami i oddychaniem sztucznem Ahlfelda. Gdy sposoby te nie wiodły wkrótce do celu, wprowadzał O. tlen do żyły pępkowej płodu. Szczelną strzykawkę objętości 10—15 gr. napełnia się z flaszki, zawierającej zgęszczony tlen i zaopatruje następnie w wyjałowioną tępą igłę. Pępowinę zwalnia się o tyle, by wprowadzić igłę do światła żyły, potem zawiązuje się ją na igle i wprowadza bardzo powoli 10—12 ctm.³ tlenu do żyły. Szybkie wprowadzenie większej ilości gazu mogłoby wywołać nagłe rozszerzenie serca i śmierć. Doświadczenie O. obejmuje 12 przypadków, z których zaledwie 3 udało się uratować. Wynik zatem nieszczególny. Nadto odniósł O. wrażenie, jakoby w 2 przypadkach z bardzo słabym oddechem, lecz z dobrze jeszcze pracującem sercem, pod wpływem powolnego wprowadzenia 1—2 ctm.³ tlenu nagle czynność serca ustała. Przy sekcyi stwierdzono w tych obu przypadkach silne rozszerzenie całego serca, szczególnie komór. O. nie spostrzegł ani razu, aby wprowadzenie

tlenu wywołało bezpośrednio, bez stosowania innych środków, choćby płytkie oddechy. Spostrzeżenia O. są wprawdzie nieliczne, lecz już i one nie zachęcają do dalszych doświadczeń.
B. Wojciechowski.

Miller. **Z prowincyonalnej praktyki położniczej.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 7, 1907). Autor podaje nowy sposób postępowania przy położeniu poprzecznem zaniedbanem, szczególnie przy wypadniętej obrzękłej rączce. Nazywa sposób swój obrotem na nóżkę oburęcznym wewnętrznym. Wprowadziwszy rękę do pochwy, stara się płód do góry podnieść palcami. Następnie wprowadza rękę drugą do pochwy, a dalej do macicy po nóżkę, którą w ten sposób łatwiej można dostać i ściągnąć. Oczywiście położna trzyma dno macicy. W ten sposób M. ukończył szczęśliwie poród bez asysty lekarskiej i bez uśpienia. Podobnym zabiegiem rozwiązał inny lekarz rodzącą w drugim przypadku. *Engländer.*

P. Zacharias. **Poród u chorej z daleko posuniętym wiądem rdzenia.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 7, 1907). Z. podaje opis porodu u wieloródki 43-letniej, cierpiącej na wiąd rdzenia. Przed chorobą odbyła 3 porody i połogi prawidłowe. W r. 1897 pierwsze objawy choroby, w roku 1900 poród czwarty, szybki, z bardzo małymi bolami; dziecko żywe. Bolów porodowych nie odczuwa. Od 4 lat popęd płciowy coraz mniejszy, a obecnie zupełnie zniesiony. Odtąd wiąd rdzenia coraz więcej postępuje. W r. 1906 chora znów zastępuje. Ruchy płodu odczuwa. Poród siłami natury, szybki, bezbolesny, jedynie przy wytaczaniu się główki parcie na stolec. Połóg prawidłowy, brak bolów poporodowych, dziecko żyje. Kobieta ta przeto, od 9 lat chora na wiąd rdzenia, urodziła ostatnie dziecko bez bolów i bez działania tłoczni brzusznej siłami przyrody w krótkim przeciągu czasu. Z. sprzeciwia się w przypadkach wiądu rdzenia wywołaniu sztucznego przedwczesnego porodu, jak i wogóle przerywaniu ciąży. *Engländer.*

Theopold. **Postępowanie przeciwgnilne w położnictwie.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 7, 1907). Autor zaleca gorąco używany przez siebie i wielu kolegów, jakoteż akuszerki kalomel, jako środek nieszkodliwy i pewny, chroniący przed zakażeniem połogowem. T. wypróbował go w 4—5000 porodów i od tego czasu zakażenia połogowe należą w jego okolicy do rzadkości. Kalomelu używa T. w proszku do odkażania rąk po dokładnem mechanicznem ich oczyszczeniu. Przy zwykłym niedługo trwającym porodzie wystarczy jeden gram, a przy porodach przeciągających się można zużyć nawet gramów dziesięć bez szkody dla siebie i chorej. Szczególnie zaleca T. kalomel położnym, jako środek mniej trujący od sublimatu. *Engländer.*

Theilhaber. **Wyskok w położnictwie i ginekologii.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 4). T. stwierdza szkodliwe działanie wyskoku w ciąży, podczas porodu, w gorączce połogowej, przy krwawieniach poporodowych, u kobiet karmiących, u młodych dziewcząt, u których, wywołując przekrwienie narządów płciowych, zwiększa popęd płciowy, wydzielinę z części rodnych i krwawienie miesiączkowe, jakoteż ujemny wpływ jego na choroby ginekologiczne, wiewióra i przymiot, histeryę i neurastenię kobiet, wreszcie szkodliwe jego działanie w okresie przejściowym. Lekarze powinni ograniczać się do zalecania wyskoku tylko w przypadkach koniecznych, w których dodatni wpływ tego środka według dotychczasowej wiedzy jest udowodniony.
Engländer.

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Wiener. **Przypadek, a choroby kobiece.** (*Aerztl. Sachverst.-Ztg.* 1906, Nr 21). Ażeby módz przyjąć uraz za przyczynę przedwczesnego porodu, trzeba, aby objawy wystąpiły zaraz, lub wkrótce po urazie, oraz, aby można wyłączyć wszystkie przyczyny patologiczne, któreby mogły i bez wpływu urazu wywołać przedwczesny poród. Pamiętać również trzeba o poronieniu zbrodniczem. Wpływy psychiczne (strach) bardzo rzadko są przyczyną przedwczesnego porodu. W późniejszych miesiącach ciąży może uraz prócz przedwczesnego porodu wywołać pęknięcie macicy, jakoteż krwotok pozałożyskowy, wywołujący nieraz nawet szybkie zejście śmiertelne. Według Marchanda we wczesnych miesiącach ciąży w wyjątkowych przypadkach może uraz, nie wywołując przerwania się ciąży, przyczynić się do powstawania pewnych wad rozwojowych płodu. W przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej może uraz wywołać groźne dla życia krwotoki. W wypadnięciach macicy trzeba rozważyć czynniki, usposabiające do wypadnięcia, stopień wypadnięcia i wyglądanie części wypadniętych. Przy całkowitem wypadnięciu Olliwe i Meignet określają niezdolność do pracy na 50 prc., przy średniem zaś najmniej na 10 prc. Zmian w położeniu macicy uraz wywołać nie może, jedynie tylko macicę już przemieszczoną, może jeszcze bardziej przesunąć. Wobec skaleczeń krocza i pochwy, z wyjątkiem skaleczeń, powstałych podczas spółkowania i porodu, należy orzekać według zasad chirurgii. Krwiaki pochwy i więzadeł okrągłych mogą powstać tylko przez działanie siły, działającej wprost. Skaleczenia narządów płciowych wewnętrznych przy macicy niepowiększonej są bardzo rzadkie. Gdy macica jest powiększona, może uraz wywołać krwotok wewnątrzmaciczny i pęknięcie żylaków powierzchownych macicy, zawierającej włókniaki. Włókniaki podsurowicze i torbiele jajnikowe mogą pod wpływem urazu uledz skręceniu szypuły, lub pęknięciu z następowem wylaniem się treści do jamy brzusznej. Gdy treść ta jest zakażona, może nastąpić zapalenie otrzewnej. *T. Kleczkowski.*

Prof. Strassmann. **Wstrząśnienie ciała, a cierpienia kobiece.** (*Aerztl. Sachverst.-Ztg.* 1906, Nr 22). Za wstrząśnienia należy uważać te wszystkie czynniki mechaniczne, które jednak skaleczeń powierzchownych nie wywołują. Uraz bezpośredni może tylko wtedy zadziałać na macicę, gdy ona jest powiększona (od 4-go miesiąca ciąży), lub gdy jest zmieniona nowotworowo. Upadek tylko wyjątkowo może wywołać przedwczesne odklejenie się łożyska; również wyjątkowo wstrząśnienia mogą stać się przyczyną poronienia. Autor nie widział jeszcze ani jednego poronienia, wywołanego przez wstrząśnienia przy jeździe koleją. Przypadków ciąży zewnątrzmacicznej nie należy brać w rachubę, bo tutaj każdy ruch ciała może być przyczyną pęknięcia.
T. Kleczkowski.

Prof. Gaupp. **Wpływ niemieckiej ustawy o ubezpieczeniu od wypadków roboczych na przebieg chorób nerwowych i umysłowych.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 46). G. zastanawia się nad przyczynami częstości i uporczywości nerwic urazowych od czasu wprowadzenia ustawy o ubezpieczeniu od wypadków. Ustawa ta nie zwraca uwagi na stan psychiczny dotkniętego wypadkiem, a przecież silne wyobrażenia mogą tak opanować umysł, że stają się tłem całego cierpienia. Przyczynia się do tego okoliczność, że ustawę tę wprowadzono w Niemczech w czasie, kiedy zmieniać się poczęły pojęcia polityczne robotnika i jego stosunek do pracodawcy, przez co dzieło nawskróś humanitarne przyjęto, jako lichą odprawę, daną z bojaźni przez państwo. Prawo to w obecnej postaci jest dla robotników niezrozumiałe: mylą się pojęcia renty i odszkodowania za ból. Szkodliwie też musi oddziaływać postępowanie o ustalenie renty, częste bowiem badania zmuszają poszkodowanego do opowiadań o swoich dolegliwościach, co nie pozostaje bez wpływu na stan psychiczny, a co więcej, poszkodowany dowiaduje się z orzeczeń o stwierdzonych zmianach chorobowych, z czego przy następnych badaniach korzysta. Z tych względów domagać się należy, aby robotnik po wypadku mógł się bez pośrednictwa kasy chorych dostać w opiekę stowarzyszeń zawodowych i aby wydanie pisemnego orzeczenia było ustawą nakazane natychmiast po zgłoszeniu się chorego. Zanim prawodawstwo uwzględni te braki, mogą lekarze wiele zdziałać przez uspokajanie chorego, unikanie szkodliwego poddawania i oględne postępowanie, jeżeli brak pewnych dowodów, że poszkodowany chorobę udaje. Zadaniem lekarza jest w końcu przyzwyczajanie chorego do pracy i ostrożne postępowanie co do leczenia nerwic urazowych w klinikach i uzdrowiskach, gdyż takie leczenie utwierdza chorych w wyobrażeniach o ciężkiem schorzeniu. *Bujak.*

Sacher Masoch i Masochizm.

Szkic literacko-psychiatryczny według collegium publicum.

Skreślił

Prof. Dr L. Wachholz.

(Ciąg dalszy.)

Satyry wieku XVI mają często za temat kobietę i jej nieznane dotąd wady, tj. rozrzutność, przesadę w strojach, zaniedbywanie gospodarstwa, miłostki i t. d. i podnoszą, że kobiety ówczesne umieją tak męża zniewolić, »że rad nie rad musi słuchać i czynić, co się podoba panusi« [34]) — a skutek tej słabości męża aż nadto widoczny, bo »przez zbytki żon swych i wyniosłe myśli, niektórzy prędko w niedostatek przyszli«, jak mówi Gro-

[34]) Piotr Gorczyn: Wiersz o fortelach i obyczajach białogłowskich.

chowski w swej kolędzie. Panny nawzajem zalecają sobie starych mężów, gdyż ten »jedzie do miasta, gdy mu podchlebuje, co tylko zechce, wszystko jej kupuje. On rano wstaje, a u niego pani śpi do południa, jako jaka pani« (Jan Oleski »Seym panieński«).

Jeżeli w wieku XVI zaczął już zanikać surowy dawny obyczaj, a w ślad za tem zaczęła kobieta wybijać się w znaczeniu, to w dalszym czasie stan ten pod wpływem coraz więcej wnikającej cudzoziemszczyzny tem bardziej się wzmagał. Ten wpływ Zachodu uwidocznia się np. wybitnie w poezyi Andrzeja Morsztyna, którego »wiersze — jak powiada Brückner[35]) — cechowała zmysłowość lubieżna Francuzów i Włochów«. W poezyach jego tkwią obce dotąd zawiązki masochizmu; choć nie są one jeszcze zbyt wyraźne, lecz w każdym razie zaznaczone, gdy się np. na kochankę żali: »Twoja mnie srogość o północy budzi, w oczach miasto snu stoją słone zdroje«, a mimo to dodaje: »dobranoc serce moje«, lub gdy tak swą miłość określa:

»Gdym blisko ciebie, o mój niepokoju!
Pałam — i ciało w zbytnim tleje znoju,
Jak się oddalisz, marznę, i z ochłody
Zmarzłej krwi w żyłach ścinają się lody.
Mogę cię tedy nazwać słońcem za to,
Że mi przynosisz i zimę i lato«.

W wieku XVII, a więcej jeszcze w XVIII zaczyna się dopiero nieznane dawniej oddawanie hołdu płci niewieściej, lecz hołdowanie to nie wypływało z duszy i z przekonania, jak np. u Niemców, lecz z przejętych z Zachodu obcych form i galanteryi. Skoro zaś wpływ Zachodu mógł z natury rzeczy dotyczyć tylko możnych i zamożnych, przeto i owa galanterya względem kobiet była właściwością wybrańców losu, a nie ogółu. Kaczkowski powiada, że »historya rodzin ówczesnych imiennie nam wykazuje, że właśnie te damy, które najwięcej doznawały czci po ówczesnemu pojętej, wsławiły się najgłośniejszą swawolą«. I w istocie tak było, jak to między innemi wynika np. z historycznych badań W. Łozińskiego[36]). Kobiety mężobójczynie, o których Łoziński wspomina, należą do rodzin magnackich. Potwierdza on w zupełności zdanie powyższe Kaczkowskiego, pisząc: »Możnaby przytoczyć niejeden przykład, że właśnie najdziksze, najśmielsze kobiety najłatwiej znachodziły wielbicieli i mężów« w tym wieku (XVII), w którym świat zowie »dzikim, groźnym, zabójczym, światem ucisku i przemocy bez władzy, bez rządu, bez ładu, bez miłosierdzia«; światem, w którym »krew tańsza od wina, człowiek tańszy od konia, w którym łatwo zabić, trudno nie być zabitym, cnotliwym być trudno, spokojnym nie podobna«. Nic też dziwnego, że w tym czasie i w tym świecie »zuchwalstwo, zapamiętałość i junactwo podobały się w ówczesnem społeczeństwie nie tylko w mężczyźnie, ale i w kobiecie. Virago »Herod baba« wywierała urok... Atrakcya polegała tu albo na sympatyi kontrastów, albo, co już rzadziej bywało, na sympatyi zupełnego podobieństwa: »similis simili gaudet«. A więc nawet i w wieku XVII mimo rozluźnienia obyczajów i wpływów obcych, pociąg do kobiet, żądnych władzy i przewagi nad mężczyzną nie zawsze wypływał z obudzonego już popędu masochicznego, skoro, choć zdaniem Łozińskiego rzadziej, wynikał z sympatyi podobieństwa: gwałtowny i zuchwały mąż, np. Boratyński bierze za żonę Annę Łachodowską, kobietę uznaną za namiętną i nieposkromioną.

Tak więc masochiczny rys zjawia się w Polsce późno, nie wynika on zatem z właściwości przyrodzonych, rasowych, trafia się u możnych, jako przejęty z obczyzny, jako nie odziedziczony, lecz tylko nabyty.

Co więcej, jest on wogóle rzadki aż do chwili obecnej, albowiem, pomijając już specyalną jego kazuistykę lekarską dotąd nie istniejącą u nas prawie zupełnie, to nie można go wykazać w utworach naszych wybitnych poetów i autorów. Łatwiej tu o wiele natrafić na ślady i to nieraz wybitne przeciwnego mu sadyzmu, że tylko wymienić scenę z ostatniego dzieła Sienkiewicza[37]), w której Krzepecki »ogarnięty nagłą furyą, ryknął nieludzkim głosem i schwyciwszy dziewczynę za włosy, począł ją z jakąś dziką, zwierzęcą rozkoszą bić bez miłosierdzia i pamięci«. Zgodnie z tą sceną sadycznego wybuchu syna wkłada Sienkiewicz w usta jego ojca słowa, wyłączające zupełnie pociąg masochiczny: »przecie i ta, która jest zamężną, choćby i stara, musi mężowi ulegać i jego rozkazów słuchać«.

[35]) Dzieje literatury polskiej. Warszawa 1903. I.
[36]) Prawem i lewem. Lwów 1904.
[37]) Na polu chwały.

Ten sam pociąg sadyczny odzwierciedla się w utworach K. Tetmajera. Tak np. w jednej z jego góralskich nowelek[38]) czytamy zdanie, wypowiedziane przez starego gazdę, jeszcze czułego na wdzięki niewieście: »Smiéłowanie Boskie, co to w tej dziéwce za cary?! A nie ino w tej, ba całke w kobitak! Miłość... hm! Co je to przecie, cy to ta głowa, cy to ta noga, cy co inkse, cy sycko wroz? Ale kiebyś dopod, tobyś zjod«. W tej samej nowelce opisuje on bohaterkę jako dziewczynę niezwykłej urody, lecz »pyszną, zuchwałą i nieużytą«, o której mawiano: »dyablica się za babę przyoblekła, cy jako«? Zdawałoby się, że ta dziewka o wybitnie wampirycznym rysie przyjmie chętnie za męża parobka o usposobieniu miękkiem, jak kochający ją Jasiek Mosiężny Muzyka. Tymczasem wybiera ona za męża innego parobka, który przed ślubem jeszcze już się jej odgraża, że za zuchwałe jej słowo, »to byk cię tak wyrzezał tam, ka trza, co za trzy dni nie siedniesz«. Gdy jej Jasiek wyrzuca, że miłością jego wzgardziła, ona doń powiada: »Miękiś był. Cemuześ mnie nie chycił, nie stusił pod gardło, tak, jak on?... Jesce kiebyś mie był wte, kiek ze sópki sła, tak nie puścił... kiebyś mi był nie uwierzył, kiebyś mie był ku ścianie przypar, kiebyś mie był wycion!... Ej! co za chłop taki?! pomyślałak se... Teroz jo jak zacarowana«... Tej silnej, nieużytej dziewczynie przypada do serca mężczyzna silny, junak z podkładem serdecznym, a nie miękki i tkliwy kochanek. Nawet cień masochizmu u niej w pogardzie. (C. d. n.)

[38]) Na Skalnem Podhalu: O Wójtowej Marynie.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 4. stycznia 1907.

(Protokół urzędowy).

Przewodniczący kol. Stachiewicz, protokołuje W. Ziembicki.

Przewodniczący odczytuje nazwiska nowych członków, którymi są koledzy: Antoni Chomin, Józef Jasieński, Jakób Selzer, Ignacy Wieser, — jakoteż oznajmia, że nagrodę Tow. lek. lwowskiego, w kwocie 200 koron, za najlepszą pracę, przedstawioną w tym roku w Towarzystwie, przyznano kol. W. Nowickiemu za rzecz »O mnogich uchyłkach jelitowych«.

Następnie wybrano komisyę-matkę, w której skład weszli koledzy: Bylicki, Festenburg, Herman, Jasiński St., Kučera, Krzyszkowski, Machek, Mahl, Rencki, Ruff, Stachiewicz, Starzewski, Świątkiewicz Józef, Weksler, Ziembicki Grzegorz i Ziembicki Witold.

1) Kol. Bocheński przedstawia chorą 23-letnią kobietę, która w rok po porodzie zgłosiła się była do kliniki z guzem macicznym, krwawieniem z części rodnych i stanem gorączkowym. Rozpoznano *fibroma necroticum uteri*. Macicę wyjęto przez pochwę. Powierzchnia jej okazała się gładką, na przekroju w dnie po stronie prawej guz, kształtu polipa, wielkości jaja kurzego, sterczący ku światłu macicy, o powierzchni rozpadającej się. Guz na przekroju jest gąbczasty, porowaty, barwy krwawej, wciskający się nierównomiernie w mięsień macicy. Rozpoznano: *polypus placentaris*, względnie: *deciduoma malignum*. Badanie drobnowidowe stwierdziło, że jestto **nabłoniak złośliwy,** nietypowy (Marchand). Obecnie, w 5 tygodni po operacyi, pochwa wciągnięta jest w postaci lejka. Do jej światła od strony lewej wpukla się guz wielkości orzecha włoskiego, gładki, sinawo-czerwony, łatwo broczący. Badanie drobnowidowe cząstki wyciętej z tego guza okazuje ten sam obraz, co guz, wraz z macicą przed 5. tygodniami wyłuszczony. Przypadek ten zasługuje o tyle na uwagę, że nowotwór rozwinął się w rok po porodzie prawidłowym, i że mimo usunięcia macicy, przerzuty w pochwie powstały w tak krótkim czasie. (Dok. nast.)

Posiedzenie w d. 15. marca 1907.

1) Dr M. Selzer przedstawił z oddziału chorób wewn. szpitala powsz. chorą, znaną już członkom Towarzystwa z poprzedniego roku. Rozpoznawano wówczas **złośliwą niedokrwistość** pomimo, że w czasie leczenia stan się poprawiał. Dawniejsze rozpoznanie potwierdza się obecnie w zupełności. Etyologia sprawy tej jest niejasna. S. przypuszcza, że niemałą w niej rolę odgrywa ciężka praca fizyczna. — W dyskusyi zabierał głos dr W. Ziembicki, podnosząc pytanie, czy nie ma tu ukrytej gruźlicy.

2) Prof. Ziembicki przedstawił chorą, mającą się dobrze po operacyjnem **usunięciu pęcherzyka żółciowego wskutek kamicy.** Okazał zarazem wycięty pęcherzyk, odznaczający się niezwykłą wielkością. Długość jego dochodziła w czasie operacyi blizko 30 cm. tak, że sięgał 3 palce ponad więzadło Pouparta; ściany mają przeszło 1 cm. grubości. Prelegent podnosi ten ciekawy szczegół, że worek w czasie parudniowej obserwacyi zwiększał się szybko od chwili rozpoczęcia się napadu bolów (pierwszego w życiu wedle podania chorej). — W dyskusyi przemawiał dr Skałkowski, przypominając sobie przypadek, gdzie olbrzymi pęcherzyk żółciowy, wypełniony kamieniami, sięgający aż do zatoki Douglasa, wzięto za torbiel jajnikową, dr Nowicki, który uważałby przerost ścian przedstawionego pęcherzyka za sprawę starą tak, że szybki wzrost nie jest mu dość jasny, i prof. Kadyi, przypuszczając, że w ścianach worka, z dawna zgrubiałych, mógł powstać ostry obrzęk zapalny. Na poparcie tego twierdzenia przytacza prelegent okoliczność, że worek obok kamieni zawierał ropę.

3) Doc. Biernacki wygłosił rzecz: **O wpływie przetłuszczenia pokarmami na oksydacyę ustroju.** Jestto dalszy ciąg badań B. nad sposobem żywienia się naszej inteligencyi, która, jak to dowiódł w roku zeszłym, spożywa za wiele tłuszczów. Z obecnej, doświadczalnej pracy wynika, że wprowadzanie tłuszczów wywołuje obniżenie utleniających zdolności ustroju, czego wyrazem jest m. i. zmniejszenie się odsetkowej ilości mocznika w stosunku do całego wydzielonego azotu. — W dyskusyi przemawiali: dr Moraczewski, Starzewski, Quest.

Witold Ziembicki.

W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego.

III.

Braki i potrzeby.

Zestawił **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

Fatalne stosunki w trzecim wielkim leczniczym zakładzie w kraju, w Kulparkowie, należeć będą na szczęście wkrótce do przeszłości; zaradzają im po części nowe, już oddane do użytku pawilony i przebudowanie starych. Poczęści, bo wobec bardzo małej liczby łóżek dla obłąkanych w stosunku do ogólnej liczby tych chorych w kraju, wszystko to odrazu okaże się niewystarczające, aż nie stanie drugi zakład w zachodniej Galicyi na 500 łóżek (a i wtedy jeszcze nie wszystkie potrzeby będą zaspokojone).

Pod tym względem Wydział krajowy z godną uznania gorliwością poczynił kroki wstępne, wybrał na zakład Lusinę tuż pod Krakowem i przygotował, o ile to było możebne, plany i kosztorysy. Ważna ta a konieczna inwestycya ma kosztować 3,375.000 koron [1]). (Sejm polecił właśnie Wydziałowi krajowemu jeszcze raz zbadać warunki zaopatrzenia zakładu w wodę, a w danym razie wyszukać inną miejscowość na zakład, żądając jednak, by budowa mogła się rozpocząć najdalej w r. 1908).

Jeżeli jednak główne szpitale w kraju mają części budynków zgoła nieodpowiednie, a wogóle pomieszczenie niewystarczające i niedorastające do nowoczesnych wymagań, to stokroć gorzej jest podziśdzień w znacznej liczbie szpitali prowincyonalnych.

Niewesołą pod tym względem litanię możnaby ułożyć ze sprawozdań urzędowych [2]).

W Białej: »W budynku szpitalnym nic się nie zmieniło na lepsze, owszem wilgoć w nim, wskutek częstych zalewów suteren przez Białkę występuje coraz silniej«, przyczem jeszcze »wskutek stałego przepełnienia zakładu chorymi, pomimo wszelkich wysiłków niepodobna go utrzymać w należytej czystości«. Na jedno łóżko przypada nie więcej nad 20 m.^{3} powietrza w nowej części budynku, w starej zaś jest jeszcze mniejsza [3]). Pawilonu zakaźnego szpital niema wcale. Na szczęście wytykanie »nieznośnych wad i niedostatków« [4]) szpitala bialskiego stanie się już wkrótce rzeczą bezprzedmiotową, bo po szeregu lat oczekiwania doczekała się sankcyi ustawa, umożliwiająca budowę nowego szpitala, którą też tegoroczny Sejm właśnie uchwalił (21. II. 1907). Wobec stałego przepełnienia powinienby być ten nowy szpitał większy od zwykle przyjętej obecnie dla szpitali prowincyonalnych normy. Wszelako w takim razie kraj musiałby się przyczynić znaczniejszą kwotą do budowy, niż zwykle. A więc nowy szpital, ograniczony na 100 łóżek, z góry został skazany na to, by odrazu był za ciasny!

W Bochni: »Niemożność dokładnego oddzielenia chorych mężczyzn od kobiet, szczupłość miejsca, a wskutek tego ciągłe przepełnienie, wspólne miejsca ustępowe, brak wodociągów i dobrze urządzonej sali operacyjnej, łazienek« i t. d. [1]).

O poprawieniu tego stanu do niedawna nic nie było słychać, aczkolwiek przynajmniej dobudowanie piętra mogłoby podobno złemu choć tymczasowo zaradzić. Wszak teraz stale »nadetatowi chorzy są pomieszczani na siennikach, rozciągniętych na ziemi, a dzieci po dwoje na jednem łóżku«, »chorzy zakaźni są pomieszczeni w altanie(!), znajdującej się w ogrodzie lub w pokoju, urządzonym w suterenach«, w których mieści się także izba przedpogrzebowa(!) i to »fatalnie«. To sąsiedztwo zresztą zupełnie licuje z obrazem szpitala, w którym »łazienki są połączone z kuchenką«, a brak wody nie dozwala wydawać kąpieli czystości w ilości potrzebnej [2]).

»Szpital taki, jaki jest obecnie, urąga swej nazwie; przedstawia braki, które nie mogą być w obecnym układzie budynku usunięte, ani poprawione«. Mieszkania zakonnic, kancelarya zarządu, kwatera dla stróżów i t. d. mieszczą się »w zgniłem, niskiem, zrujnowanem domostwie« [3]). Obecnie (21. X. 1906) bocheńska Rada miejska, nie zważając na ubóstwo miasta, uchwaliła ponieść odpowiednią część kosztów przebudowy, co może nareszcie rzecz popchnie naprzód. (C. d. n.)

[1]) Spraw. Wydz. kraj. L.W. 13581/1907 z 8. I. 1907.
[2]) Sprawozdanie Insp. szpitali za r. 1904/5, oraz w r. 1906,
[3]) Spraw. Dep. V. za 1904/5, str. 58, 38, 39.
[4]) Insp. w r. 1906, str. 23.

[1]) Spr. Dep. V. za 1904/5, str. 40.
[2]) Dep. V. 1904/5, str. 41.
[3]) Insp. w r. 1906, str. 25.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wydział Izby lekarskiej wschodnio-gal. zawiadamia, że w ciągu kwietnia b. r. rozdzieloną zostanie kwota 750 koron na zapomogi dla wdów i sierót ($^1/_3$ kwoty, przesłanej przez Instytut zapomogowy przy Związku Towarzystw lekarskich). Podania wnosić należy najdalej do 10. kwietnia r. b. do Wydziału Izby (Lwów, Dominikańska 11).

Wydział Związku lekarzy rządowych galicyjskich, czyniąc zadość życzeniu wielu kolegów, zawiadamia, że Związek już się zupełnie ukonstytuował i w poczet czynnych członków Stowarzyszenia zapisali się wszyscy lekarze rządowi, zatrudnieni przy Władzach administracyjno-politycznych, z wyjątkiem czterech.

Z tych zaś czterech jeden wcale na zaproszenie nie odpowiedział, drugi nie przystąpił z powodu, że wysłużywszy lat 40 wniósł podanie o przeniesienie w stan spoczynku, a dwóch oświadczyło, że dopiero wtedy przystąpią do Związku, aż się przekonają o skutecznej jego działalności.

Towarzystwo więc liczy obecnie 99 członków czynnych.

Dr W. Czyżewicz.

Sprawa ścisłej organizacyi lekarzy galicyjskich jest przedmiotem obrad Wydziału »Towarzystwa Samopomocy«. *R.*

Organizacya lekarzy szpitalnych galicyjskich ma powstać z inicyatywy lekarzy szpitalnych z Wadowic, Białej i Żywca. (»Głos lek.« 6).

Lekarze gminni w Galicyi powinniby, zdaniem dra Spiegla z Frysztaku (»Głos lek.« Nr 6), objęci być funduszem pensyjnym krajowym, tworzonym dla lekarzy okręgowych. Leżałoby w interesie samych gmin o to się postarać, gdyż po wejściu w życie ustawy o ubezpieczeniu urzędników prywatnych musiałyby z powodu swych lekarzy ponosić większe ciężary, niż przy objęciu lekarzy gminnych wspomnianym funduszem krajowym. Zarówno ze względu na uzyskanie zabezpieczenia na starość i dla rodzin, jak i z wielu innych bardzo ważnych względów, powinniby lekarze miejscy i gminni, jak podnosi dr Spiegel, utworzyć własną organizacyę. Jak się dowiadujemy, w sprawie tej przygotowuje się Zjazd lekarzy gminnych i miejskich, który odbędzie się prawdopodobnie we Lwowie w kwietniu r. b. *R.*

Przymusowe stemplowanie recept, jako sposób ubezpieczenia lekarzy i ich rodzin, porusza dr Wątorek w »Głosie lek.« (Nr 6). Pomysł to wcale w zasadzie nie nowy; nowością

jest tylko to, aby rzecz przeprowadzić, nie oglądając się na inne prowincye austryackie, w Galicyi zapomocą ustawy krajowej. *R.*

Przed przyjmowaniem posad w Bośni ostrzega dr Jakób Weinsberg (Varcar Vakuf, Bośnia), ofiarując się na żądanie udzielić dokładnych wyjaśnień. *R.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	po 1 h
Od r. 1904 do końca r. 1906	314,765	112,950
W r. 1907 od 1. I. do 28. lutego . . .	8,511	10,300
Od 1. do 15 marca 1907	1,475	—
razem .	324,751	123,250

Dr Żydłowicz, administrator.

Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie utworzyło biuro, pośredniczące w sprawach posad lekarskich. W d. 22. III. b. r. przedstawił dr Borzymowski w Stowarzyszeniu projekt ustawy Towarzystwa opieki nad chorymi szpitalnymi. *R.*

Felczerzy Królestwa Polskiego oddali się dla ułatwienia legalizacyi »Związku felczerów« w opiekę »Towarzystwu kultury polskiej«. Ustawa »Związku« ma objąć następujące punkty główne: podniesienie wykształcenia felczerów (odczyty, kursa dopełniające), przekształcenie szkół felczerskich na średnie zakłady lekarskie z prawem przejścia na wydział lekarski, wydawnictwo pisma zawodowego, poprawa bytu, pomoc prawna i wzajemna pomoc materyalna, organizacya urządzeń sanitarnych (szczepienie ospy, odkażanie i t. p.). — Drugi w Królestwie Związek prowincyonalny felczerów ma powstać w Zagłębiu Dąbrowskiem. *R.*

Kasa zapomogowa im. Hufelanda, istniejąca w Prusach lat 76, liczyła w r. z. w dziale wsparć dla lekarzy 3,115 członków, których wkładki wyniosły 10,436 mk., a wspierała 22 lekarzy (7,870 mk.); w dziale wsparć dla wdów i sierót liczyła członków 3,613 (11,955 mk.), a wspierała 191 wdów (23,725 mk.).

Rady honorowe pruskie skazały od 5. X. 1905 do 4. II. 1907 na karę 184 lekarzy, mianowicie napomnień było 162, grzywien 44, utraty prawa wyboru 18; wyrok ogłoszono publicznie 8 razy. *R.*

Sprawy sanitarne w Sejmie. Sumując z końcem sesyi wynik prac Sejmu w sprawach sanitarnych, należy z zadowoleniem stwierdzić, że załatwiono pomyślnie nietylko to wszystko, co mieściło się w ramach przedłożeń Wydziału krajowego, ale w niektórych względach poszedł Sejm nawet dalej, niż sięgały wnioski Wydziału. Oprócz wspomnianych już w »Przeglądzie«, przedłożył Wydział krajowy w toku sesyi jeszcze wnioski o zaprowadzenie oświetlenia elektrycznego i utworzenie centralnego magazynu dla potrzeb szpitalnych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie i w sprawie klinik, stanąć mających we Lwowie. Inicyatywie poselskiej zawdzięczać należy uchwalone przez Sejm żądanie nadzoru lekarskiego nad działalnością lekarzy okręgowych (stosownie do objawionych przez nich życzeń) i wyznaczenie 6,000 K na zasiłki dla lekarzy w służbie krajowej celem ułatwienia im studyów dopełniających (wniosek posła prof. Marsa). Poprawa płac lekarzy szpitali stołecznych nie nastąpiła wprawdzie w tej mierze, jak tego żądali lekarze, jednakże dzięki poparciu przez komisyę sanitarną i życzliwemu stanowisku komisyi budżetowej znacznie przewyższyła pierwotny wniosek Wydziału krajowego. Jedna tylko sprawa budowy zakładu dla obłąkanych w zachodniej Galicyi ostatecznie załatwioną nie została, ponieważ zdaniem komisyi sanitarnej wybrana przez Wydział krajowy miejscowość (Lusina) budzi jeszcze poważne wątpliwości co do zaopatrzenia zakładu w wodę; odsyłając jednak tę sprawę do Wydziału krajowego celem ponownego opracowania, zalecił Sejm jaknajwiększy pośpiech, tak, aby budowa zakładu najdalej w r. 1908 mogła się rozpocząć. *M.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 10. do 16. III. 1907 przypadków: błonicy 6 (w tem obcy 1), krztuśca 1 (1), płonicy 5, odry 9, gorączki połogowej 1 (1), nagmin. zapalenia opon 1. Przypadku śmierci z tych chorób zakaźnych w czasie tym nie było. *L.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 10 do 16. III. 1907 przypadków błonicy 1 † 1, płonicy 4 (obcych 3), odry 1, gorączki połogowej † 1. *S.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 10. do 16. III. 1907 urodziło się dzieci żywo 74, nieżywo 4, zmarło osób 64 (w tem obcych 25), z tych z gruźlicy 24 (9), z zapalenia płuc 11 (4). *S.*

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Prace przygotowawcze około urządzenia wystawy zjazdowej postępują raźno, a zgłoszenia są tak liczne, że komitet, nie mogąc pomieścić zgłoszonych przedmiotów w »Pałacu sztuki«, zmuszony jest przybudować do niego całe skrzydło, w którem będą umieszczone wzory pokoi ordynacyjnych dla rozmaitych lekarzy specyalistów, wzorowy oddział szpitalny, oddział wodoleczniczy, wzorowe pokoje dziecinne, całe mieszkanie, urządzone według najnowszych wymogów higieny i t. p. Urządzona też będzie w osobnym pawilonie wystawa postępowych urządzeń higienicznych przy zbieraniu i przeróbce mleka, w czem biorą hojny udział właściciele przeworskiej mleczarni Andrzeja ks. Lubomirskiego i hr. Mycielskiego, a fachowych wskazówek udzielają profesor Akademii weter. dr Gizelt i dyrektor mleczarni przeworskiej p. Oleśnicki.

Niewiadomo z jakiego źródła powstała w Warszawie pogłoska o możliwości odwołania Wystawy i wogóle Zjazdu. Z gruntu zmyślonej pogłosce tej zaprzecza energicznie Komitet Zjazdu w telegramie, przytoczonym przez »Medycynę« (Nr 11). Wobec tych wieści, płynąc mogących tylko ze strony nam wrogiej, należy się starać o tem liczniejszy udział i świetniejszy wynik prac Zjazdu, który odbędzie się stanowczo i nieodwołalnie. *R.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 20. III. 1907 posiedzenie, na którem: 1) prof. Kader przedstawił a) przypadek resekcyi 175 ctm. jelita z powodu mięsaka, opisując swoje postępowanie przy resekcyach jelit, b) preparat z przypadku resekcyi kątnicy z dolną częścią jelita biodrowego, c) preparaty z 4 przypadków wycięcia woreczka żółciowego. W dyskusyi przemawiał prym. dr Bogdanik i prelegent. 2) Dr M. Godlewski odczytał rzecz p. t. »Zjawisko fizycznego zmęczenia w świetle współczesnych teoretycznych pojęć oraz klinicznych spostrzeżeń«. W dyskusyi przemawiali: dr Rydel, Poźniak, Flis, prof. Ciechanowski i prelegent. 3) W dyskusyi nad wykładem prof. Ciechanowskiego »O szpitalnictwie galicyjskiem« przemawiali: dr Murczyński, prof. Rosner i prelegent, poczem do komisyi dla tej sprawy wybrani zostali: prof. Łazarski, dyr. Ponikło, dr M. Godlewski, Z. Wachtel, Piotrowski, Murczyński i prof. Ciechanowski.

Lwów. Koszta budowy nowych klinik we Lwowie obliczono na 1,765,000 K (w tem urządzenie wewnętrzne 220,000 K). Rząd gotów jest pokryć połowę tych kosztów i ceny gruntu, co razem czyni 1,072,000 K. Ponieważ Sejm już dawniej uchwalił na ten cel 480,000 K, przeto obecnie ma kraj pokryć jeszcze 400,000 K. (»Tyg. lek.« 11).

— Wydział lekarski lwowski uchwalił przedstawić doc. dr Biernackiego do nominacyi na profesora nadzwyczajnego (»Tyg. lek.« 11).

— Kursa samarytańskie dla kobiet urządza świeżo zawiązane »Koło medyków« z udziałem profesorów Wydziału lekarskiego.

Warszawa. Ś. p. dr Władysław Krajewski zapisał warszawskiemu Towarzystwu lekarskiemu 24,000 rb. jako fundusz wieczysty na utrzymanie kustosza muzeum chirurgicznego przy Towarzystwie, 20,000 rb. na wydawnictwo dzieł oryginalnych polskich treści chirurgicznej lub w połowie na zapomogę dla pisma peryodycznego treści specyalnie chirurgicznej, 14,200 na fundusz żelazny stypendyów dla lekarzy, wyjeżdżających na studya za granicę. Godzi się też wspomnieć, że na samo urządzenie swego oddziału chirurgicznego w nowym szpitalu Dz. Jezus wyłożył ś. p. Krajewski z własnych funduszów przeszło 10,000 rbs.

— Towarzystwo lekarskie Radomskie uchwaliło ku czci ś. p. Krajewskiego zbierać składki na fundusz wdów i sierot po lekarzach ziemi Radomskiej.

— Zebranie ordynatorów szpitala Dz. Jezus wybrało dra M. Korzeniowskiego na zarządzającego oddziałem śp. Krajewskiego.

— Jeszcze jedno pismo lekarskie p. t. »Nowiny terapeutyczne« zaczęło wychodzić z d 1. III. b. r. Jako redaktor i wydawca podpisuje je dr L. Stein. »Nasze piśmiennictwo lekarskie« — czytamy w słowie wstępnem — »ubogie jest w czasopisma poświęcone specyalnie lecznictwu.... Zjawiające się tu

i owdzie artykuły lub wzmianki w kwestyi nowoczesnego lecznictwa, — nie mogą wypełnić tej luki. Wobec tego podjęliśmy myśl wydawania czasopisma, w którem starać się będziemyześrodkowywać cały odnośny materyał«. Nowe pismo ma być rozsyłane przez pewien czas bezpłatnie wszystkim lekarzom Polakom. Zeszyt pierwszy zawiera artykuł dra L. Steina: »Weronal i jego działanie uboczne« i dra B. Bernhardta i J. Wojciechowskiego: »Przyczynek do leczenia chorób skórnych zapomocą sanatogenu«, oraz szereg streszczeń.

— W ostatnich tygodniach spostrzegano w niektórych oddziałach szpitalnych dur powrotny, dotąd około 20 przypadków; z nich 14 w szpitalu Dz. Jezus stwierdzono drobnowidowem badaniem krwi. Źródłem epidemii są, jak się zdaje, głównie więzienia i przytułki noclegowe.

— Niedobór Domu wychowawczego przy szpitalu Dzieciątka Jezus wraz z zakładem położniczym i szczepienia ospy wynosi na r. b. około 70,000 rb. I ten niedobór, jak w szpitalach, ma być pokryty pożyczką, udzieloną przez magistrat.

— Wzorowy przytułek położniczy na 25—30 łóżek ma zamiar własnym kosztem (60,000 rb.) zbudować dr Zaborowski. Rada dobroczynności publ. ma pod budowę oddać część gruntów, należących do szpitala św. Ducha.

— Zakład wodoleczniczy, postępowo urządzony, otwarł dr Adam Ciągliński.

— Towarzystwo opieki nad dziećmi o zadaniach w znacznej części higienicznych wyłoniło się z t. zw. Wydziału Zimowisk wiejskich, który powstał w celach filantropijnych i w r. z. wysłał na wieś 1,064 dzieci z wybornym wynikiem dla ich zdrowia. Prócz »gniazd«, gromadzących dzieci dla wysłania na zimowiska, a w przyszłości na letniska, założono »gospodę« z ambulatoryum i szpitalikiem na 10 łóżek. (»Myśl polska« Nr 10).

— W szkołach ludowych Macierzy szkolnej urządzają lekarze szkolni regularnie pogadanki higieniczne dla uczniów klas wyższych i dla rodziców dziatwy z klas niższych.

— Uzdrowisko dla nerwowo chorych buduje w Karolinie Towarzystwo opieki nad tymi chorymi; na ten cel ma otrzymać od magistratu warszawskiego zapomogę 6,000 rb.

— Miasto Będzin zamierza przeprowadzić asanizacyę przez budowę wodociągu i kanalizacyi.

Z różnych stron. Rodak nasz dr Karol Lippe w Jassach obchodził 13. III. b. r. 50-letni jubileusz pracy lekarskiej. Ukończywszy w r. 1857 szkołę medyczno-chirurgiczną we Lwowie, otrzymał w r. 1864 licencyat medycyny w Bukareszcie, a w r. 1870 doktorat w Erlangen. Osiadłszy w Rumunii, był wiceprezesem i bibliotekarzem istniejącej tam niegdyś Biblioteki polskiej.

— W obecnej Dumie rosyjskiej zasiada 28 lekarzy (w pierwszej było podobno tylko 19); wśród nich znajduje się jeszcze jeden Polak, dr Henryk Dymsza, wybrany z Witebska, ogółem zatem 4 Polaków.

— Rosyi może w latach najbliższych zagrażać wielki brak lekarzy, gdyż do egzaminów lekarskich zgłosiło się w r. b. w Petersburgu np. tylko 47 kandydatów, a w Tomsku tylko 7. Podobno nieobsadzonych miejsc lekarskich jest obecnie w Rosyi około 1000.

— Dwóchsetną rocznicę urodzin Linneusza obchodzoną będzie uroczyście w Szwecyi 23. V. b. r.

— Czterdziesta rocznica postępowania przeciwgnilnego przypadała 16. III. b. r. W dniu tym w r. 1867 ukazała się w »Lancet« pierwsza praca Listera o tym przedmiocie. Prawie równocześnie przypada 80-ta rocznica urodzin Listera, którą w Anglii uroczyście obchodzić będą.

— W Londynie zlały się wszystkie Towarzystwa lekarskie w jedno »Royal Society of Medicine«.

— W »Kaiserin-Friedrich Haus« w Berlinie otwarte zostały 9. b. m. zbiory historyczno-lekarskie.

— Akademia lekarska w Brukseli prosiła rząd belgijski o poczynienie kroków celem utworzenia stałego międzynarodowego biura, któreby zajęło się stworzeniem jednolitego międzynarodowego lekospisu (farmakopei).

Na XIV. międzynarodowym zjeździe higieniczno-demograficznym w Berlinie 23—29. IX. b. r. przemawiać będzie szereg sprawozdawców z Austryi, m. i. profesorowie Burgerstein, Ebstein, Grassberger, Hueppe, Kabrhel, Kraus, Landsteiner, Ludwig, Meyer, Praussnitz, Paltauf, Schrötter, Weichselbaum, prezes austr. Komitetu zjazdu szef sekcyi Juraschek i t. d. Komitet austr. prosi nas o zaznaczenie, że pożądane byłyby także liczne wykłady z Austryi i prosi o zgłaszanie ich pod adresem Prezydyum c. k. Komisyi statystycznej w Wiedniu (I. Schwarzenberggasse 5), które udziela wszelkich wyjaśnień. Ze zjazdem połączona będzie wystawa higieniczna. By uczestnicy zjazdu mieli sposobność zwiedzić higieniczne urządzenia Berlina, będą posiedzenia naukowe trwały tylko do 2 godz. popołudniu. Wybrane zakłady (100) zwiedzać będzie można dowolnie lub grupami, korzystając z fachowych objaśnień.

Mianowani: prof. Küttner dyrektorem kliniki chirurgicznej w Marburgu;

Dr Wacław Męczkowski ordynatorem szpitala Dz. Jezus w Warszawie;

w rządowej służbie zdrowia w Galicyi: koncepista sanitarny dr Józef Michalik lekarzem powiatowym, a asystenci sanitarni drdr: K. Czerwiński, P. Jarocki, W. Stablewski, Eust. Baczyński, R. Zatłokal, E. Stangenhaus, A. Kondratowicz, H. Palester, Fr. Sękiewicz, M. Biliński, M. Udziela koncepistami sanitarnymi.

Powołani: Dr Dieck z Berlina na katedrę dentystyki do Lipska; prof. Heine z Wrocławia na katedrę okulistyki do Gryfii.

Zmarli: bakteryolog Macfadyen wskutek zakażenia pracownianego w Londynie w 46 r. ż.; laryngolog doc. Weismayr w Wiedniu w 40 r. ż.

Redakcya otrzymała: Grundzach: Kilka słów w sprawie leczenia dyetetycznego w naszych zdrojowiskach. Odb. »Zdrowie« 1907. — Lemberger: Komentarz do VIII. wydania farmakopei austryackiej. Cz. II. Zeszyt 13. (Kalium nitricum — Opium). Kraków 1907. — Freudenberg: Die chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie. Berlin—Wien 1907. — Obmiński: Sprawozdanie lekarskie z zakładu zdroj. w Lubieniu za rok 1906. — Schwalbe: Therapeutische Technik. Lipsk (Thieme) 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

L. 399/907.

KONKURS.

Na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Żabiu ogłasza Kosowski Wydział Rady powiatowej.

Płaca 1200 koron i ryczałt 800 koron płatne w miesięcznych ratach z góry.

Okręg Żabiowski obejmuje trzy gminy i tyleż obszarów dworskich, 11.000 mieszkańców.

Obowiązki lekarza okręgowego i alegaty podania określa ustawa z 2 lutego 1891 dz. ust. kraj. Nr. 17 i z 5 października 1906 dz. ust. kr. Nr. 148.

Termin do wnoszenia podań przed końcem marca 1907.

Z Wydziału Rady powiatowej

Kosów, dnia 21 lutego, 1907. 369

Prezes:
Z: *ks. Walnicki.*

Rok XLVI. Kraków, dnia 30. marca 1907. Nr 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chorób wewnętrznych prof. M. M. Wołkowa w Petersburskim Żeńskim Instytucie Lekarskim.

Przypadek tak zwanej choroby Bantiego.

Podał

Dr B. Wilamowski.

(Wykład na posiedzeniu Polskiego Koła lekarskiego w Petersburgu, 14/27 listopada 1906 r.)

Przypadek, który w swoim czasie był przedmiotem rozbioru na lekcyi klinicznej i który obecnie tu podaję, należy do liczby ciemnych tak co do istoty cierpienia, jak i co do etyologii.

Przypadek ten tyczy się młodej, 28-letniej mężatki, A. Ł., pochodzącej z zamożnej rodziny włościańskiej w gub. Pskowskiej. Ojciec umarł w 70 r. ż. przy objawach puchliny, 10 lat zaś przedtem umarła 50-letnia matka z przyczyny niewiadomej. Również niewiadomo, w jakim wieku i z czego umarli 3 starsi bracia. Żyją jeszcze i są zdrowi 2 bracia i siostra, — wszyscy troje starsi od naszej chorej. Życie A. Ł. przechodziło w rodzinnej wsi w nader korzystnych warunkach; cieszyła się zawsze dobrem zdrowiem i oprócz glist na nic nie cierpiała. W 16 r. ż. zaczęły się miesiączkowania, które odbywały się prawidłowo. W 20 r. ż. wyszła za mąż za młodego i zdrowego mężczyznę. Pierwszy poród przeszedł prawidłowo i lekko; dziecko umarło w 6 miesiącu życia. Druga ciąża skończyła się przedwcześnie. Koło tego czasu, t. j. przed 5 laty wydarzył się przypadek, do którego chora odnosi początek obecnego swego cierpienia, mianowicie A. Ł. spadła z wysoko naładowanego wozu i mocno uderzyła się o ziemię całą lewą połową ciała, a głową o kamień. Nieprzytomną zawieziono do domu, tydzień prawie nie opuszczała łóżka. Od tego czasu A. Ł. nie mogła już pracować, spostrzegła zwiększanie się brzucha, szczególnie lewej połowy i wielką bolesność w tej okolicy. Zaczęły się zjawiać bole głowy, bicie serca, duszność i pojawiły się obrzęki kończyn dolnych. Bardzo często zdarzały się napady ogólnych drgawek, przyczem chora traciła przytomność i kaleczyła sobie zębami język. Mowa również się zmieniła, pamięć przytępiła się. Nareszcie ustała miesiączka.

Wywiady nie mogły być dokładniejsze z powodu naruszenia umysłu chorej, jej nader upośledzonej mowy. Zapas słów był bardzo ograniczony. Zwykle na pytania chora powtarzała swoje: »da, da«. Przeważnie czerpaliśmy wskazówki od innych osób z jej rodziny i otoczenia.

W wywiadach jest więc ważniejszym szczegółem ciężki uraz (spadnięcie z wozu). Zresztą zaś brak wszelkiego obciążenia dziedzicznego, zadawalniające stosunki czynnościowe i niezachwiane zdrowie.

Po okresie bezskutecznego leczenia w szpitalu ziemstwa przywieziono chorą w końcu maja 1901 r. do Petersburga, gdzie w ciągu 5 miesięcy leczą ją w szpitalu jako cierpiącą między innemi na marskość wątroby. 1. XI. 1901 przeniesiono chorą do naszej kliniki, gdzieśmy ją spostrzegali w ciągu 6 miesięcy (aż do wypisania chorej). A. Ł. sprawiała wrażenie przygnębienia i otrętwienia; chód jej był powolny, zwracał uwagę wielki brzuch. W mowie uderzało skandowanie. Chora wszystko rozumiała, co do niej mówiono, i każdy wyraz mogła powtórzyć, lecz nie zawsze pamiętała nazwy przedmiotów i wysłowić się jej było bardzo trudno, zapas bowiem słów miała nader szczupły. Skarżyła się ciągle na niemoc ogólną, zawroty i bole głowy, uporczywe bole w lewej połowie brzucha i przerywane bole bądź to w kończynach górnych, bądź w dolnych, bądź w rozmaitych innych częściach ciała. Oprócz tego skarżyła się chora na duszność, bicie serca, miewała uczucie kuli histerycznej i mrowienia w nogach, oraz ogólne napady nerwowe. Te napady, według naszych spostrzeżeń, nie zawsze były jednakowe. Najczęściej w dzień lub wśród nocy (zbudziwszy się ze snu) dostawała chora kurczów drgawkowych, głównie w kończynach dolnych, przytomności nie traciła i półszeptem modliła się w ciągu całego napadu. Napad (jedyny lub krótko powtarzający się) trwał kilka minut i kończył się zaśnięciem. Po obudzeniu się chora przez długi czas płakała. Rzadziej zaś chora nagle z krzykiem upadała i traciła przytomność, zjawiały się ogólne kurcze stałe, które trwały około pół min.: chora leży nieruchoma, mocno ścisnąwszy zęby, oddychanie ustaje, na twarzy i na palcach silna sinica; potem następowały kurcze drgawkowe, które idą z dołu do góry na prawej połowie ciała, zajmując następnie i lewą połowę; oczy przytem szeroko rozwarte i skoszone w prawo; oddychanie ciężkie, tętno niemiarowe. Taki stan trwał 15—20 minut. Nareszcie kurcze słabły, oddech stawał się miarowszy i głębszy, od czasu do czasu zjawiały się jeszcze drgawki, a wreszcie wszystko uspokajało się i chora zapadała w głęboki sen, który trwał 2 godziny. Po takim napadzie chora jeszcze dni kilka czuła się bardzo wyczerpaną. Przed każdym napadem zwykłe dolegliwości chorej, szczególnie bole głowy powiększały się.

Chora sprawia wrażenie dobrze zbudowanej. Na pozór wydaje się starszą, niż jest rzeczywiście. Kościec rozwinięty prawidłowo. Pokład tłuszczowy stosunkowo obfity. Widzialne błony śluzowe i skóra wogóle blade. Czerwienienie się skóry za dotknięciem. Mięśnie miernie rozwinięte. Siła mięśni prawej ręki według siłomierza 40 klg., lewej 34 klg., t. j. jak dla kobiety dostateczna. Dziąsła pulchniejsze, zlekka krwawią. Język przy wysuwaniu drży i zbacza na prawo. Prawa brózda nosowowargowa wygładzona. Po obu stronach szyi z przodu spostrzega się tętnienie. Źrenice rozszerzone, lewa nieco szersza od prawej, na światło oddziaływają. Pole widzenia nie zwężone. Na oba uszy słyszy chora dobrze. Powonienie i smak prawidłowe. Na skórze głowy w okolicy zakrętów mózgowych środkowych wyraźna wciągnięta blizna (druga blizna znajduje się w skórze prawej goleni). Gruczoły chłonne nigdzie wyraźnie nie wymacalne. Tętnice promieniowe nie sprawiają wrażenia stwardniałych. Brzuch niestosunkowo wielki: obwód na wysokości pępka w stojącej postawie wahał się zawsze między 97·5 cm. i 91 cm. W linii środkowej silny rozstęp. Lewa połowa brzucha uwydatnia się więcej. Na brzuchu, piersiach, w okolicy lędźwiowej i cokolwiek niżej wyraźna sieć rozszerzonych żył podskórnych. Kończyny dolne zimniejsze od innych części ciała, golenie obrzękłe i wyraźnie ubarwione. Klatka piersiowa ku dołowi rozparta. Przepona wysoko ustawiona. Serce wskutek tego odsunięte ku górze i prawdopodobnie przyparte do przedniej ściany klatki piersiowej, położenie bowiem stłumienia sercowego nie zmienia się tak przy leżeniu, jak przy staniu. Najwyraźniejsze tętnienie, widzialne nawet okiem i dobrze wyczuwalne, w 3. międzyżebrzu trochę na wewnątrz od lewej linii sutkowej. Uderzenie serca rozległe; zmiana położenia ciała nie zmienia ani miejsca jego, ani siły. Górna granica stłumienia sercowego zaczyna się od górnego brzegu drugiego żebra, prawa granica na szerokość palca w prawo od prawej linii mostkowej. Tony serca trochę przytłumione, czasami słaby szmer skurczowy nad koniuszkiem. Dolna granica jawnego odgłosu wypukowego płuc w prawej linii sut-

kowej na górnym brzegu 5. żebra, w przedniej linii pachowej 6. żebra, z tyłu na 2—3 palce niżej kąta łopatki. Granica lewa cokolwiek wyżej. Ruchomość brzegów płuca większa po stronie prawej, niż po lewej. Szmery oddechowe wszędzie pęcherzykowe. Z tyłu stale słyszeć było można nieobfite rzężenia. Nakłucie próbne stwierdziło brak płynu w jamie opłucnej. Okręgowe przytłumienie po stronie lewej jest większe od prawego, bezpośrednio zlewa się ze stłumieniem sercowem i opuszcza się nizko ku dołowi. To przytłumienie odpowiada nadmiernie powiększonej śledzionie, której dolny brzeg kryje się poza grzebieniem kości biodrowej, przedni zaś o 3 palce nie dosięga pępka. Śledziona twarda, powierzchnia jej gładka, brzeg równy, bardzo gruby, zaokrąglony, ze znamiennem dla śledziony wcięciem. Obmacywanie i opukiwanie śledziony wywołuje ból. W nadpępczu macalny twardy, bolesny lewy płat wątroby, pod prawym zaś łukiem żebrowym czuć tylko pewien opór. Po stronie prawej na linii sutkowej znajduje się okręgowe pasmo przytłumienia między 5. a 7. żebrem. Oprócz wymienionych miejsc wszędzie na brzuchu wyraźny odgłos bębenkowy. Niema wcale pluskania, chełbotania ani kruczenia.

Badanie skórnego czucia bolu stwierdziło następujące zmiany: Zwiększone czucie bolu w okolicy śledziony i w obydwóch lędźwiowych, i to w lewej na większej przestrzeni, niż w prawej, nadmierną wrażliwość na ból w okolicach pośladkowych, w środkowych częściach goleni z przodu i na dłoniowej powierzchni nadgarstków, dalej na mostku i wreszcie mniejwięcej w zakresie lewego nerwu trójdzielnego. Na udach i przedramionach z przodu przytępienie czucia bolu, na prawem przedramieniu przekłuwaliśmy fałd skóry czasami prawie bez bolu. Tak więc na lewej połowie ciała, przeważnie w okolicy śledziony były największe zboczenia powierzchownego czucia bolu, przyczem w tej okolicy zboczenia te były najstalsze, na innych zaś miejscach zmiany wahały się i jakościowo i co do rozległości. Czucie ciepła wszędzie było prawidłowe. Odruchy kolanowe były cokolwiek wzmożone, gardłowego brak, nie było też odruchu ze spojówki lewego oka, na prawem oku ten odruch był osłabiony. Badanie wzroku: V. w obu oczach 20/XX wobec nieznacznego krótkowidztwa (1,0 D). Obraz dna oka właściwy krótkowidztwu — lekkie zapalenie naczyniówki koło nerwu wzrokowego. Przewlekły nieżyt gardła. Błony bębenkowe trochę przyćmione i wciągnięte. Badanie ginekologiczne stwierdziło nieznaczny zanik macicy.

Z objawów klinicznych najwyraźniej występowały przypadły nerwowe i to dwojakie: po pierwsze, zbiór objawów histeryi, a powtóre, kurcze padaczkowe. Związek tych kurczów z organicznemi zmianami w korze mózgowej jest zupełnie jasny; świadczyła o nim wciągnięta blizna na głowie w okolicy lewych zakrętów środkowych. Była to t. zw. padaczka korowa czyli Jacksona. Tęż samą etyologię miały i zmiany mowy u naszej chorej. Lecz oprócz objawów nerwowych zupełnie wyraźnych, których etyologia jest jasna, istniał nadto cały szereg innych zboczeń. Z nich najwybitniejszem były olbrzymie rozmiary śledziony (wymiar rzutowy 28 cm.) i wielki rozdęty brzuch. Nie mniej ciekawy był i skład krwi.

Ciałek białych z liczby 4 spostrzeżeń znaleźliśmy średnio koło 3000 (1518—3567). Liczba czerwonych ciałek nie przekraczała 4125000, a nawet 3650000. Hb. według G. od 50— 70%. Wśród leukocytów 78% było wielojądrzastych, 20% limfocytów i 2% eozynochłonnych (badanie tego ostatniego rodzaju wykonaliśmy tylko raz jeden). Spostrzegaliśmy dość czynną leukocytozę trawienną: w 2 g. i 40 m. po posiłku liczba białych ciałek zwiększyła się o 1000 (od 3567 do 4586). Treść żołądkowa po śniadaniu zawierała sok, słabo działający: białka według Metta przetrawiło się 1—1,5 mm z dodaniem kwasu solnego, sam zaś sok nic nie przetrawił. Mleko ścięło się znacznie później (40 m.). Kwasu solnego wolnego było 0,1‰, związanego 0,2‰, kwaśność całkowita 16%. Jak czynność wydzielnicza żołądka, tak też były osłabione wessanie w żołądku i jego zdolność ruchowa: i tak jodek potasu wykryliśmy w ślinie po 24 min., próba zaś salicylurowa dała wynik po 1 g. 25 min. Żołądek znosił wlewanie wody do 2000 c. sz. Co do cukromoczu pokarmowego wynik próby był dodatni: 100 grm. glikozy, podane przez usta, dały ślady cukru w moczu. W ciągu zaś całego spostrzegania oprócz indykanu mocz chorej nic szczególniejszego nie zawierał. Średnia ilość moczu na dobę 1500 c. sz., ciężar właściwy 1015. W wypróżnianiach również nic szczególniejszego. Stolec dość regularny. Ciepłota 37,0°, czasami 37·5°, zwykle niżej 37,0°. Tętno wrażliwe, dość często 100 uderzeń na 1 min., opadające do 70 i niżej. Przy zmianie położenia ciała z leżącego na stojące liczba uderzeń serca zwiększała się o 20. Oddychanie również było ruchliwe: to 15, to 30 na 1 min. Dodać jeszcze należy, że chora miewała krwawienia z nosa, co zresztą szczególniejszych skutków nie wywoływało. Ciężar ciała stale się wzmagał tak, że w ciągu 6 miesięcy pobytu w klinice przybyło chorej prawie 22 f. (opuszczając klinikę ważyła 72,9 kg.), przyczem tak objętość brzucha, jak i obrzęki na nogach pozostały właściwie bez zmiany. Łaknienie miała chora wogóle dobre i zjadała zwyczajną porcyę szpitalną.

Leczenie polegało na podawaniu odwłóknionej krwi z winem, arszeniku, żelaza, kakodylanu sodowego; następnie stosowano przetwory bromu i wanny, nadto noszenie pasa brzusznego. Jakkolwiek leczenie to pod pewnymi względami dało dobre wyniki, jednak na chorobę główną (tudzież cierpienie nerwowe) wcale nie wpłynęło. Bezskuteczną też była próba leczenia wcieraniami rtęciowemi, które pod koniec stosowano. (C. d. n.)

O wynikach leczenia gorącem powietrzem.

Napisał

Doc. dr V. Chlumský

w Krakowie.

(Dokończenie.)

Godne uwagi, zwłaszcza przy dłuższem stosowaniu kąpieli, jest występowanie silnych ogólnych potów, — mimo że kąpiele stosuje się na małej stosunkowo przestrzeni; — poty te u otyłych, jak wyżej wspomniano, przyczyniały się bezsprzecznie do ubytku na wadze. To też było przeciwwskazanem wypuszczać chorych zaraz po kąpieli na wolne powietrze, natomiast polecano zwykle przez $^1/_2$ godziny wypocząć w (lekko ogrzanej w zimie) poczekalni, lub też przez ten czas stosowano gimnastykę. Natrysków zimnych lub nacierań wcale nie używano.

Przyrządy, używane do kąpieli gorącem powietrzem, są w najrozmaitszy sposób zbudowane. Wszystkie jednak mają tę ujemną stronę, że gorące powietrze rozdziela się w nich nierównomiernie, a wiele z nich jest niepraktycznych i niedogodnych. Należy się spodziewać, że w miarę szerszego używania i postępu techniki, uda się te braki usunąć, jak również wprowadzić odpowiednie ulepszenia i obniżyć ceny, które obecnie za lepsze przyrządy są wysoce wygórowane. Byłoby to pożądanem, temwięcej, że ten sposób leczenia, w użyciu nadzwyczaj prosty, a niezaprzeczenie skuteczny, powinien się stać własnością każdego praktykującego lekarza.

Prócz cierpień dnawych stosowałem również w innych cierpieniach ten sposób leczenia, a chociaż wyniki były mniej korzystne, zawsze jednak godne uwagi.

Do nich należały 3 przypadki wiewiórowego zapalenia stawu kolanowego. We wszystkich 3 przypadkach występowały bole przy chodzeniu, a jeden chory mógł się zaledwo o kulach poruszać. W jednym przypadku ustąpiły bole już po kilku posiedzeniach. Zesztywnienie jednak utrzymywało się dalej, druga zaś chora przestała się leczyć już po 3 posiedzeniach; trzecia chora odzyskała zupełną prawie ruchomość w tym stawie, na porażenie jednak m. czworogłowego uda, które przedtem nastąpiło, leczenie to nie miało żadnego wpływu. Chora ta zgłosiła się do mnie do leczenia dopiero po całorocznem leżeniu w łóżku.

W bardzo wielu przypadkach gośćca przewlekłego stosowałem również gorące kąpiele z suchego powietrza,

atoli tutaj wyniki były nadzwyczaj niejednostajne. Obok przypadków szybkiego i zupełnego wyleczenia napotykaliśmy na przypadki, na które całe leczenie nie wywierało żadnego zgoła wpływu, co prawdopodobnie jest zależne od rodzaju zakażenia i pewnych właściwych zmian anatomicznych.

W dwóch przypadkach zmian kręgosłupa, znanego obecnie pod nazwą *spondylitis rhizomelica*, osiągnęliśmy zupełne wyleczenie. U obydwóch tych chorych istniała już sztywność stosunkowo znacznego stopnia. U jednego z nich (młodego prawnika), u którego cierpienie trwało od kilku miesięcy, wystarczyło jedno posiedzenie, połączone z miesieniem do zupełnego wyleczenia. U drugiego cierpienie datowało się od kilku lat i dopiero po kilku tygodniach leczenia ustąpiło prawie zupełnie. Ponieważ jednak przyczyn uspasabiających do tej choroby nie usunięto (bardzo wilgotne mieszkanie i złe odżywianie się) chory powrócił po paru miesiącach z nawrotem, obecnie atoli prócz kręgosłupa zajęte były również obydwa stawy kolanowe, staw barkowy i kilka innych drobnych stawów, przyczem chory skarżył się na bardzo silne bole. Po kilku miesiącach leczenia udało się chorobę powstrzymać, pozostały atoli lekkie zesztywnienia. Dalsze losy chorego nie są mi znane. U dwóch innych chorych ze zmianami kręgosłupa, u których niełatwo było wyłączyć gruźlicę kręgów, po kilku posiedzeniach nastąpiło znaczne polepszenie; chorzy ci wyjechali, a o ich losach dotąd nie mam żadnej wiadomości.

W jednym przypadku zapalenia stawu kolanowego, w którym wystąpiło zaostrzenie się sprawy, jedynie gorącemi kąpielami powietrznemi udało się złagodzić bole, które następnie coraz więcej ustępowały tak, że mimo lekkiego obrzmienia i zesztywnienia chory o lasce mógł chodzić.

U jednej chorej z objawami przewlekłego niegruźliczego zapalenia stawu biodrowego i kolanowego, mimo stosowania kąpieli przez miesiąc nie zauważyliśmy żadnej poprawy. To samo spostrzeżenie uczyniliśmy przed 2 laty u pewnego muzyka, który skarżył się na silne dolegliwości w stawie skokowym, a u którego 3-tygodniowe leczenie nie przyniosło żadnego zgoła wyniku.

O wiele wdzięczniejsze do leczenia tym sposobem okazały się 2 przypadki rwy kulszowej i kilka przypadków postrzału lędźwiowego *(lumbago)*. Tutaj już po kilku posiedzeniach nastąpiło zupełne wyleczenie. U dwóch innych chorych, cierpiących na rwę kulszową, nastąpiło przynajmniej znaczne polepszenie. U piątego po pierwszem zastosowaniu, objawy pogorszyły się tak znacznie, że do dalszego leczenia tą metodą nie można było chorego skłonić. U pewnego lekarza wojskowego, który cierpiał na nerwobole splotu ramiennego, a który przedtem mimo najrozmaitszych sposobów leczenia całe noce spędzał bezsennie, już po kilku posiedzeniach bole znacznie się zmniejszyły, a dalsze leczenie tą metodą łącznie z miesieniem, gimnastyką i kąpielami pełnemi uwieńczyło najzupełniejsze wyleczenie. Inny chory, skarżący się na bole w mosznie i dokuczliwe palenie w cewce moczowej po kilku posiedzeniach uzyskał złagodzenie dolegliwości, skoro jednak leczenie przerwał, wystąpiło pogorszenie i dopiero na nowo podjęte leczenie dało wynik stały i pomyślny. W jednym przypadku rwy nerwu trójdzielnego wywołały kąpiele z gorącego powietrza najprzód polepszenie, następnie pogorszenie się cierpienia.

Wielkie usługi oddawały mi gorące kąpiele powietrzne przy leczeniu stłuczeń, zwichnięć i złamań (około 30 przypadków), o ile chorzy zgłosili się stosunkowo rychło po urazie. U wszystkich tych chorych prawidłową ruchomość uzyskano o wiele wcześniej, aniżeli to zwykle się dzieje.

I inni autorowie, zgodnie z mojemi spostrzeżeniami, opisują korzystne wyniki, uzyskane przy pomocy gorących kąpieli z suchego powietrza. Zwłaszcza Walsch[1]) wyraża się o nich bardzo korzystnie, stosując je nadto przy bardzo wielu innych chorobach, jakoto: przy kurczeniach zawodowych, pląsawicy, niedokrwistości, dychawicy, chorobach nerek i serca, przewlekłych wypryskach i wielu innych. W nowszych czasach gorąco zalecają owe kąpiele Lindemann, Frey, Taylor, Chrétien, Soyneur, Salomon, Rautenberg, Grünbaum, Sachs, Marcus i wielu innych. Marcus[2]) dołączył do swej pracy spis 94 prac w tej sprawie, które także podają tylko korzystne wyniki, osiągnięte tą metodą leczenia.

Według Marcusa działanie lecznicze gorących kąpieli z suchego powietrza polega na wywoływaniu silnego przekrwienia tętniczego, które znów ułatwia wessanie i rozpuszczanie się wytworów chorobowych. H. Salomon[3]) stwierdził, że pochłanianie O i wydalanie CO_2 dochodzi do 16%, a ciepłota ciała podnosi się o $1-1^1/_2{}^0$ C. Podług zaś Grünbauma[4]) przy stosowaniu gorących kąpieli powietrznych o ciepłocie $80-90^0$ C podnosi się ciepłota ciała o 2^0 C, ciśnienie krwi opada (o 10—30 mm.), ilość oddechów się zwiększa. Zmiany te w ustroju zachodzą nietylko przy stosowaniu kąpieli ogólnych, ale także i częściowych, jedynie tylko w stopniu mniejszym. W każdym razie, podniesienie się ciepłoty ciała, przyspieszenie tętna, jakoteż ogólne silne poty stwierdzaliśmy we wszystkich naszych przypadkach. Nic więc dziwnego, że przy tak widocznem ogólnem oddziaływaniu tych kąpieli na cały ustrój i siła ich lecznicza musi być wybitna.

Wysokość ciepłoty, którą jeszcze chorzy dobrze znoszą, waha się w poszczególnych przypadkach w znacznych granicach i zależną jest od indywidualności chorego a w wysokim stopniu także od konstrukcyi użytego przyrządu. Im suchsze jest powietrze tem wyższą ciepłotę można stosować. Ręce znoszą daleko wyższą ciepłotę, niż inne części ciała, prawdopodobnie wskutek większej odporności skóry. Według Grünbauma szczyt ciepłoty, dobrze znoszonej, waha się od $75-90^0$ C. My stosowaliśmy jednak o wiele wyższe ciepłoty, zwłaszcza u chorych na dnę, bo dochodzące do 160^0 C, bez żadnych ubocznych szkodliwych skutków. Zauważyliśmy wogóle, że im dłużej i im wyższą ciepłotę stosowano, tem prędzej następowało polepszenie. Co się zaś tyczy przyrządów, to im są obszerniejsze i o lepszym przewiewie, tem okazują się lepsze. Co do źródła ciepła, to czy niem jest spirytus, czy gaz, czy elektryczność, to na działanie lecznicze wpływu żadnego nie wywiera. Dla lecznictwa też jest zupełnie obojętne, jakiego źródła ciepła uży-

---

[1]) The hot air treatement of eczematous, gouty, rheumatic and other affections. Sonnt 1900 August 3.

[2]) Heissluftapparate und Heissluftbehandlung. Wiener Klinik 1905.

[3]) Ueber die Wirkung der Heissluftbäder und der elektrischen Lichtbäder. Zeitschrift für diat. u. phys. Therapie. Bd V 1901.

[4]) Zur Physiologie und Technik der Heissluftbehandlung. Ibidem. Bd VI 1902.

wamy. Oczywiście ze względów higienicznych jest elektryczność najodpowiedniejsza, ponieważ nie wytwarzają się tutaj uboczne wytwory spalenia i gazy, nadto sposób ogrzewania jest daleko dogodniejszy i czystszy, niż przy użyciu innego materyału. Niestety znaczne koszta i miejscowe stosunki często jeszcze stoją na przeszkodzie użyciu elektryczności do tych celów. Wszystkie te jednak małe niedogodności muszą ustąpić wobec bezsprzecznej wartości leczniczej tego sposobu. My ze swej strony, opierając się na w tym kierunku zebranem doświadczeniu, możemy każdemu lekarzowi praktykującemu ten sposób leczenia tylko gorąco polecić.

O skazie moczanowej i jej leczeniu.

Napisał

Dr Józef Surzycki

b. 1. asystent kliniki chorób wewn. Uniw. Jagiell.

W pismach z najdawniejszych już czasów znajdujemy wzmianki i opisy dny, która widocznie już i w starożytności dawała się we znaki ludzkości. Seneca, w pierwszym wieku po Chrystusie, wie już, że ludzie, którzy lubią dobrze i dużo jeść, najczęściej podpadają tej chorobie, w 3-cim wieku po Chrystusie Caelius Aurelius nadmienia, że w tej chorobie dziedziczność odgrywa wybitną rolę. O tem, że greccy poeci dnę nazywali »córką Venery i Bachusa« wiemy wszyscy, a Hipocrates przypisuje dnę nie tylko nadużyciom w jedzeniu i piciu, ale i wszelkim wybrykom płciowym. Znana jego sentencya »eunuchi non laborant podagra« lub »puer non laborat podagra ante Veneris usum« wyraźnie wskazuje, gdzie dopatruje się on przyczyny choroby. Nie będę tutaj przytaczał całego szeregu późniejszych greckich i rzymskich pisarzy, którzy o dnie podobnie się wyrażają. Z bliższych nam wspomnę o Sydenhamie, który już dość dokładnie opisuje objawy chorobowe, a Boerhave, nieznając jeszcze zależności choroby od zmian w przemianie materyi, przypuszcza, że dna widocznie jest chorobą zaraźliwą, bo często żony chorych na dnę z czasem także ulegają tej skazie. Nie można mu się dziwić, kiedy w Prusach jeszcze w r. 1835 istniał przepis, nakazujący odkażać bieliznę po chorym na dnę, w mniemaniu, że jest to choroba zakaźna. Na czem choroba polega, tego długo nie wiedziano; dopiero Wollaston w r. 1797 stwierdził, że guzy dnawe są złogami kwasu moczowego, a później Garrod w r. 1859 podniósł, że kwas moczowy stanowi przyczynę dny. Dalsze badania aż do najnowszych czasów dotyczą roli, jaką odgrywa kwas moczowy w ustroju wogóle i w tej chorobie, oraz od czego zależy jego wytwarzanie się w prawidłowych i patologicznych warunkach.

Co do geograficznego rozprzestrzenienia się dny, to według Hirscha jest ona najpospolitsza w Anglii, natomiast Irlandczycy i Szkoci cierpią na nią stosunkowo bardzo mało. Dalej zdarza się dna często w Holandyi, Danii, w północnych Niemczech, w prowincyach nadbałtyckich i okolicach Odessy, mniej już w Turcyi, w Syryi i Persyi i to najczęściej u tych, którzy nie przestrzegają ściśle koranu. Porównując mniej więcej te same liczby w Anglii i Bawaryi, widzimy, że w Monachium na 4670 chorych było dnawych 11, kiedy w Anglii na 4695 — 97, czyli 9 razy więcej, chociaż w Monachium piją bardzo dużo piwa, bo po 200 litrów rocznie na głowę. W Ameryce północ. bywa dna tylko w większych miastach, gdzie życie jest zbytkowniejsze i wystawniejsze. W Brazylii natomiast zupełnie jej nie znają. Również w Laplandyi jest nieznaną, w Islandyi także jej niema, bardzo rzadko spotyka się ją w zimnych częściach Rosyi, a w stronach zakaspijskich, jak również w Chinach, Arabii wcale jej niema. W Indyach należy ona do rzadkości. Wogóle w krajach podzwrotnikowych spotyka się ją bardzo rzadko, co by przecież przemawiało za wpływem klimatu; zdawałaby się to potwierdzać i ta okoliczność, że mieszkańcy południa, dostawszy się do krajów północnych, często zapadają na dnę. (Attenhofer) Że wpływy atmosferyczne odgrywają jakąś rolę, na to byłby ten dowód, że dnawi najczęściej zapadają na wiosnę i jesień; Hosach przypuszcza związek tego z czynnościami skóry, które w tym czasie łatwiej ulegają zaburzeniu; twierdzi on przytem, że ludzie, u których czynności skóry są dobre, rzadko zapadają na dnę.

Rasa nie odgrywa w skazie dnawej żadnej roli, a także i narodowość nie ma większego wpływu. Cantani podnosi, że na południu Włoch jest dużo dnawych, a na północy mniej, jak gdyby południowi Włosi odziedziczyli to usposobienie po dawnych kolonistach greckich. — W naszym kraju zdawałoby się, że izraelici częściej zapadają na dnę, już to wskutek wpływów nerwowych, już to częstych zaburzeń w odżywianiu i trawieniu wskutek złego i nieodpowiedniego jedzenia. Co do klas społecznych, to u biednych dna rzadko się trafia, a daleko częściej u klas zamożnych, dobrze położonych.

Nie od rzeczy będzie wspomnieć tutaj o dnie u zwierząt. Pomijam dawniejsze wzmianki, które dla braku ścisłości i dokładnych opisów mogą być podane w wątpliwość. Ale już w późniejszych czasach Brüchmüller (1869) mówi stanowczo o dnie u zwierząt ssących, a złogi moczanowe znajdował u psa gończego. Virchow opisuje dnę, powstałą na tle guaniny (produkt rozkładowy nukleiny) u świń, co ma pewną analogię ze skazą moczanową. Megnin znajdował złogi u tych ptaków, które mało się ruszają, n. p. u samicy papugi w stawach łap. Liebig opisuje sekcyę aligatora przy której znaleziono złogi moczanowe, a Pagenstecher robił sekcyę aligatora *(sclerops)* w 5 dni po zdechnięciu w menażeryi i znalazł w mięśniach nietylko złogi moczanowe, ale i igiełki wolnego kwasu moczowego. Wynikałoby z tego, że już brak ruchu u zwierząt, karmiących się tylko węglowodanami, powoduje złogi podobne do ludzkich.

Nie da się zaprzeczyć, że w skazie moczanowej u ludzi gra pewną rolę płeć, a mężczyźni mają przewagę nad kobietami. Co do wieku, to żaden wiek nie jest wolny od przypadków dny, choć najczęściej zdarza się to między 30. a 40. rokiem życia. Według statystyki Scudamore było między 20—25 r. — 6, między 25—30 rokiem 17, między 30-35 — 14, między 35—40 — 13, a już między 40—45 tylko 2 chorych. Dna zdarza się nawet i u dzieci, choć bardzo rzadko; w piśmiennictwie spotykamy kilka niewątpliwych przykładów. I tak: Scudamore spostrzegał dnę u ośmioletniego dziecka, Gairdener i Delaux u 11 i 15-letnich, Trousseau leczył 7-letnie dziecko; Lecroche 11-letnie i Mabboux 11-letnie. Nieraz dzieci się skarżą na bóle w wielkich palcach, a z czasem z tego rozwija się dna. Znaną zresztą jest rzeczą, że u noworodków znajdują się czasem w nerkach złogi kwasu moczowego. To nadmierne wytwarzanie kwasu moczowego w pierwszym roku życia dziecka, idzie w parze ze znacznem powiększeniem się liczby białych ciałek krwi i zarazem z ich rozpadem, co już Flensburg i Gundobin w r. 1893 stwierdzili (Jahrbuch für Kinderheilkunde). Niemniej też i później zdarza się widzieć na pieluszkach dzieci czerwony piasek, a Comby tworzy nawet z tej nieprawidłowości osobny typ nazywając ją »diathèse neuroarthritique«, mającej się później objawiać pod rozmaitemi postaciami. Toż samo można powiedzieć i co do kobiet, że w różnym wieku ulegają dnie, a tak, jak i mężczyzn, nawet wiek podeszły (80 lat) nie uwalnia ich od tego cierpienia (taki przypadek opisuje Ebstein).

Z pośrednich lub bezpośrednich wpływów na rozwój skazy moczanowej, na pierwszym planie stoi dziedziczność,

która ciągnie się nieraz całemi rodzinami i spuścizna ta przechodzi na odległe pokolenia, objawiając się raz silniej, to znowu słabiej i przybierając rozmaite postacie. W statystyce Scudamore na 77 chorych było 34, a według Gairdnera na 156, było 140 obciążonych dziedzicznie. Niewątpliwie do tego dołącza się i osobiste usposobienie, które jeszcze bardziej potęguje działanie dziedziczności. Z chorób, na których tle często rozwija się skaza moczanowa, wymienić należy kiłę, bo kombinacya obu tych spraw dość często się przydarza i tem trudniej ją leczyć. Ze spostrzeżeń G. Mayera widzimy, że na 310 dnawych, których leczył w Akwizgranie, było 30 z kiłą dawną, a 10 ze świeżymi objawami. Z innych chorób grypa pozostawia po sobie usposobienie do skazy moczanowej, na co już zwrócił uwagę Přibram i Nicolaier; zresztą wogóle można powiedzieć, że wszystkie choroby zakaźne mniej lub więcej usposabiają do dny. Z innych spraw, usposabiających do skazy moczanowej niepodobna pominąć zaburzeń żołądkowych i kiszkowych, które nietylko Todd, ale i inni autorowie uważają za jeden z ważniejszych powodów tej skazy. W tych cierpieniach bowiem powstaje zbyt obfite wytwarzanie się kwasu solnego, albo też kwasu mlecznego, co nie może być bez wpływu na zasadowość krwi i na soki, krążące w tkankach. Przy nieżytach żołądkowych ze zwiększonem wydzielaniem się soku żołądkowego (Ziemssen str. 116) pokazuje się w moczu osad moczanowy, a wiadomą jest rzeczą, że nieraz zaburzenia żołądkowe w toku skazy moczanowej wywołują nawet ostry napad dny. J. Senator także zwraca na to uwagę. Wiadomo zresztą, że dnawi często cierpią na przewlekłe zaparcie stolca, a w narządzie trawienia często się u nich zdarzają rozmaite zboczenia chorobowe.

Z przewlekłych zatruć, w pierwszym rzędzie należy wymienić wyskokowe. Nadużycia wyskoku odbijają się bardzo niekorzystnie na przemianie materyi i mogą wcześniej czy później wywołać objawy dny, chociaż obecnie niektórzy (Leber) odmawiają tu wyskokowi tego znaczenia, jakie przypisywano mu do niedawna. Co prawda, inna rzecz pracowniane badanie działania wyskoku przez pewien czas, a inna stan przewlekłego nadużywania, gdzie już nietylko sam wyskok działa szkodliwie, lecz i sposób życia, jaki się zwykle przy tem prowadzi.

Sądząc z pijaństwa, jakie jest w Rosyi[1]) możnaby tam spodziewać się znacznego odsetka dny; tymczasem Cantani (48) twierdzi, że nawet jest jej w Rosyi mniej, niż gdzieindziej. Przytoczyłem dane co do zużycia piwa w Monachium; te także nie przemawiałyby za taką szkodliwością wyskoku, jaką mu przypisują.

Do rzędu trucizn, które, działając dłuższy czas, wywołują szereg zmian w ustroju, należy ołów; wiadomo, że ołowica jest często przyczyną zmian w nerkach, a jednocześnie wywołuje skazę moczanową. Działanie trujące ołowiu polegać ma na wytwarzaniu ognisk martwicy w nerkach, a w tych miejscach obumarłych ma się skupiać kwas moczowy ze krwi. Według Lüttjego przy zatruciu ołowiem niema zatrzymania kwasu moczowego, natomiast jest nadmierne wytwarzanie się kwasu moczowego, które jednak niewiadomo, od czego zależy.

Obok dziedziczności niemniej ważny, a nieraz rozstrzygający wpływ ma stan układu nerwowego, a osoby z wrażliwem, nerwowem usposobieniem, z »nerwami, łatwo się wyczerpującymi«, łatwiej podlegają skazie, niż osoby mniej nerwowe. Wiadomo dobrze, że wpływy psychiczne, nadmiar pracy, brak snu, wszelkie silne wzruszenia, obawa i t. d. mogą wywołać napad dny.

[1]) Przytaczam cyfry urzędowe głównego urzędu podatków niestałych za rok 1903: wypito w Rosyi 72 milionów wiader okowity, co czyni 0·52 wiadra na głowę. W samej gubernii petersburskiej wypito 1,52 wiadra na osobę, w moskiewskiej zaś trochę mniej, bo 1·46. Najmniej spożywa wódki ludność Królestwa i kraju zabranego.

Na te nadużywania układu nerwowego zwraca uwagę także Richardière (1896) i uważa je za jedną z przyczyn, wywołujących dnę. Na cały szereg znamiennych objawów już w dzieciństwie zwracają uwagę Richardière i Comby. Według nich u wielu takich dzieci istnieje skłonność do zapaleń gardła, nieżytów oskrzelowych, szyi skośnej, do różnych bólów w układzie kostnym, do częstych wysypek skórnych. W wieku średnim występuje krwistość *(„habitus plethoricus“)*, przyczem łatwo powstaje niestrawność; łaknienie bywa zmienne, raz dobre, to znowu złe. Najczęściej rozwija się u mężczyzn neurastenia, a u kobiet histerya. Tak u jednych, jak i u drugich, przedwcześnie pojawia się też miażdżyca tętnic. Równolegle z tem idzie i zwiększone wydzielanie kwasu moczowego, a istotnie Herter znalazł, że przy neurastenii, niedokrwistości, padaczce, migrenie, niestrawnościach nerwowych wydzielanie kwasu moczowego rzeczywiście jest zwiększone. Potwierdza to Smidt, który badał pod tym względem 11 chorych z nerwicami czynnościowemi i znalazł u trzech zwiększone ilości kwasu moczowego.

Nic więc dziwnego, że choroby z zaburzeniami w przemianie materyi, prawdopodobnie na tle zboczeń nerwowych, tak często się z sobą schodzą, a więc cukrzyca, skaza moczanowa i otyłość.

Z innych zmian nerwowych opisuje Gruber rwę kulszową i ramienną na tle dny, a często zdarzały się przypadki dny, w których można było stwierdzić to niedowłady, to zaniki mięśniowe, to znieczulenia, to znowu wzmożenie odruchów kolanowych lub znaczne ich osłabienie. Jolly opisuje ciekawy przypadek rozsianego zapalenia nerwów z typowymi napadami dny, a z wynikiem śmiertelnym. Również i Ebstein podaje przypadek zapalenia nerwów na tle dnawem. Sekcya wykryła w nerwie złogi moczanu sodowego.

Toussaint, mówiąc o etyologii skazy moczanowej za ostateczną przyczynę uważa stan neuropatyczny. Już Sydenham przypisywał wpływom nerwowym powstawanie skazy moczanowej, a Duckworth uważa dnę za dziedziczną nerwicę. Nawet i ci, którzy wskutek nieodpowiedniego jakoby żywienia się dostawali dny, okazują zmiany w układzie nerwowym, oraz różne zmiany odżywcze i naczynioruchowe.

Według Kowalewskiego może się skaza moczanowa nieraz objawiać w postaci zaburzeń nerwowych, występujących jako równoważnik pogorszeń lub napadu i tak n. p. powstawać może dusznica bolesna *(angina pectoris)* tylko na tle skazy moczanowej, a nie wskutek zmian w naczyniach. Stąd też u neurasteników zdarzają się te przypadłości, a często już przed napadem można stwierdzić zwiększoną ilość kwasu moczowego. Być może, że działa tu kwas moczowy na splot sercowy i tą drogą wywołuje te napady rzekomo typowej dusznicy bolesnej. Trousseau zwraca uwagę na stan znacznego podrażnienia nerwowego, które poprzedza napad dny, a jako dnę utajoną przytacza przypadki migreny, nerwic, zawroty głowy, napady dusznicy bolesnej i dychawicy nerwowej *(asthma nervosum)*.

Na 13-tym międzynarodowym zjeździe podniósł także Le Gendre jako koreferent w sprawie skazy moczanowej, nerwowe przypadłości w toku dny, więc niemiarowość serca, bicie serca, bole koło serca i inne zaburzenia w czynności serca jako objawy zwiastunowe, które jednak nie mają złych skutków. Często też występują na tle skazy zapalenia nerwu i nerwobole napadowe. Także i Le Gendre podnosi częsty zbieg cukrzycy z otyłością; w tych przypadkach cukrzycy na tle dnawem *(diabetes arthriticus)* przebieg jest łagodniejszy, a cukru mała ilość. Dawniej już Piotr Frank opisał ten rodzaj cukrzycy jako *diabetes decipiens*.

Ponieważ w skazie moczanowej kwas moczowy gra rolę główną, przeto należy rozpatrzyć, jaka jest średnia

prawidłowa ilość kwasu moczowego u zdrowego człowieka i co wywołuje większe lub mniejsze wydzielanie jego w stanie fizyologicznym.

Według dawniejszych autorów n. p. Rankego wydziela zdrowy człowiek przy pożywieniu mięsnem 0·88 kwasu moczowego na dobę, a przy roślinnem 0·65. Bunge podaje o wiele większe liczby, bo przy mięsnem żywieniu 67·2 mocznika, 1, 4 kwasu moczowego, przy roślinnem zaś tylko 20·6 mocznika, 0·25 kwasu moczowego. Horbaczewski z doświadczeń na 4 osobach przekonał się, że są wogóle duże wahania. I tak przy głodzeniu było: kwasu moczowego 0·39 — 0·42 — 0·49 — 0·33, a przy pożywieniu roślinnem 0·77 — 0·52 — 0·59 — 0·42 na dobę. U pierwszego z badanych, u którego ilość 0·39 wzrosła przy pożywieniu roślinnem na 0·77, była i zwiększona leukocytoza.

Jeszcze inne dane podaje Dapper.

W próbach robionych na sobie, stwierdzono:

0·89 — 0·79 — 1·05 — 1·18
według Kaysera 0·72 — 1·66
„ Hirschfelda 0·41 — 0·46 — 0·38
„ Salkowskiego 0·82
Horbaczewskiego 0·65.
Średnio wypada 0·75.

Czasem jednak według Hisa przy jednakowej dyecie i jednakowem zachowaniu się następują duże wahania u tych samych osób. Tak n. p. podaje His, że u jednego z badanych były wahania między 0·61 — 0·27, a u drugiego między 0·15 — 0·08 i 0·27. U tego drugiego było już charłactwo wskutek dny. Leber podaje także wahania 0·65 — 0·47 — 0·29. Dużo tu zależy od stanu odżywienia, bo kiedy u Dr. Z., człowieka dobrze odżywionego i dużo jedzącego His stwierdził 1·05, to u kobiety wycieńczonej było zaledwie 0·24. Średnio jednak według Hisa ilość kwasu moczowego na dobę wynosi około 0·5.

Z tych liczb wynikałoby, że wszelkie dane można wtedy tylko przyjąć jako zboczenia, jeżeli znacznie przekraczają zwykłą normę i jeżeli przy następnych doświadczeniach powtarzają się te same dane; doświadczenia tego rodzaju muszą trwać przynajmniej 6 dni, by mogły dać dokładne wyniki. W ostatnich czasach zgadzają się prawie wszyscy, że w skazie moczanowej żadnej stałej normy co do zwiększonej ilości kwasu moczowego niema. Samo wykrystalizowanie kwasu moczowego i osad, tworzący się na dnie naczynia jeszcze niczego nie dowodzą, bo według Rittera taka krystalizacya powstaje właśnie w moczach, zawierających mniej kwasu moczowego, a tworzenie się osadu, złożonego z moczanów *(sedimentum lateritium)* zdarza się znów w moczach zawierających dużo kwasu moczowego.

Stosunek kwasu moczowego do mocznika wynosi w stanie prawidłowym według Hertera 1 : 45 lub 55, poniżej zaś 1 : 40 jest już nieprawidłowy. Najwyższy niestosunek, jaki stwierdzono, wynosił 1 : 20, a już stosunek 1 : 25 można według Hertera uważać za stan nieuleczalny. Kobiety wydzielają wogóle mniej kwasu moczowego, niż mężczyźni, w tych samych będąc warunkach. U dzieci zaś według Gepperta nie można podać pewnej miary kwasu moczowego i azotu, co potwierdzają i inni autorowie, jak Camerer, Jaksch, Herter, Tano. Dane bywają tu bardzo rozmaite: naprzykład dziecko 1½ letnie tyleż oddaje kwasu moczowego, co pięcioletnie, a trzyletnie, jak dwunastoletnie.

Geppert stwierdził, że wydzielanie kwasu moczowego przy takiem samem jedzeniu (jednakowa jakość) pozostaje zawsze w jednakowym stosunku do mocznika.

Na wydzielanie kwasu moczowego u osób zdrowych wpływają rozmaite okoliczności i warunki. Przedewszystkiem ilość i jakość pożywienia. W tej sprawie wykonano dużo prac doświadczalnych, które rzucają jasne światło na stosunek kwasu moczowego do pokarmów; przytoczę z nich ważniejsze.

Z pracowni Huperta podaje Hermann, że przy wyłącznie mięsnej dyecie ilość wydzielanego kwasu moczowego z 0·66 wzrosła na 1·03 a przy roślinnej spadła na 0·45. Tłuszcze nie wywołują zmiany. Wino w doświadczeniach Hermanna nie wywołało zmian ważniejszych. Podobne liczby podają Mares, Zegari. Poglądowi Horbaczewskiego, że przy zwiększonej leukocytozie i kwas moczowy musi się obficiej wydzielać odpowiadałby zupełnie wynik badań Kühnaua. Wykonał on je na chorych przy zapaleniu płuc dławcowem, gdzie, jak wiadomo, bywa silna leukocytoza, nadto przy przewlekłych białaczkach, posocznicy, przy złośliwych nowotworach; oprócz tego wywoływał u psów sztuczną leukocytozę i okazało się, że przy zwiększonej leukocytozie i wydzielanie kwasu moczowego znacznie się zwiększało przez większe wchłanianie nukleiny; to samo działo się, kiedy psy karmił nukleiną. Umber karmiąc ludzi mięsem i grasicą stwierdził, że: ilość kwasu moczowego ogromnie się zwiększała, nawet podwójnie w porównaniu z ilością mięsa. Majer podając 100 gr. grasicy wywoływał zwiększone wydzielanie się kwasu moczowego, ale bez leukocytozy, podając zaś samą nukleinę (2,0), wywoływał leukocytozę, ale bez zwiększenia się ilości kwasu moczowego. Potwierdził to Weintraud: po podawaniu grasicy zwiększała się ilość kwasu moczowego i ogólne wydzielanie azotu, a raz nawet udało mu się otrzymać 7 mgr ze krwi po karmieniu grasicą. Również i podawanie wątroby zwiększało ilość kwasu moczowego, choć nie tak znacznie. Małe różnice wywołało karmienie nerkami, a jeszcze mniejsze mózgiem. Przy dużej ilości kwasu moczowego, (do 1·57) można było utrzymać go w rozczynie, jeżeli dawało się 25,0 sody; mocz wtedy stawał się już oczywiście zasadowym. Zegari znajdował podczas leukocytozy przy trawieniu wyraźne zwiększenie się ilości kwasu moczowego, przy mięsnej dyecie większe, niż przy roślinnej, tak samo i przy podawaniu grasicy. Strauss, dodając do zwykłego pożywienia 50 grm. wyciągu Liebiga, wywołał znaczne zwiększenie się ilości kwasu moczowego. I tak: przy zwykłem pożywieniu bywało 0·15 mocznika, coby odpowiadało 0·45, a przy podawaniu wyciągu było: 0·42 mocznika = 1·28 kwasu moczowego.

Kazeina podawana wewnętrznie, nie zwiększa wydzielania kwasu moczowego (dla tego korzystne jest jej podawanie, tak w cierpieniach nerkowych, jak i w skazie moczanowej).

Podawanie białek lub żółtek z jaj jakoby nie wpływa na zwiększenie wydzielania kwasu moczowego. Rosenfeld wykonywał próby, raz podając samo mięso, to znowu dodając 24 białek lub żółtek do dyety mięszanej. Pokazało się, że ilość kwasu moczowego albo bardzo niewiele, albo wcale nie zwiększała się. Ma to stąd pochodzić, że nukleiny żółtka nie zawierają ciał purynowych. (Kolisch). Również Hess i Schmoll spożywali sporą ilość białek i żółtek, pomimo to jednak nie zwiększało się wydzielanie kwasu moczowego, lub ciał alloksurowych, gdy natomiast karmienie grasicą od razu ilość kwasu moczowego podnosiło.

Z doświadczeń tych wynika, że przy dyecie mięszanej ilość kwasu moczowego zmniejsza się prawie jednakowo z mocznikiem, przy zmniejszonym dowozie azotu. Z drugiej strony próby u różnych osób przy jednakowem pożywieniu, wydzielających rozmaitą ilość mocznika, dowiodły, że wydzielanie kwasu moczowego zależy od rodzaju pożywienia, a nie od ilości zawartego w niem azotu.

Według Hessa i Schmolla, herbata i kawa ma zwiększać wydzielanie kwasu moczowego, natomiast Minkowski twierdzi, że kofeina, nie wpływa na kwas moczowy, chociaż i pokrewieństwo chemiczne i działanie moczopędne wskazywałoby na wpływ jej na ciała alloksurowe. Według Zegariego wywoływała kofeina zwiększenie ilo-

ści ciał alloksurowych i zasad ksantynowych, nie wywierając jednak wpływu na kwas moczowy i leukocytozę.

Wpływ pewnych pokarmów roślinnych nie ulega natomiast wątpliwości i to potwierdzają prawie wszyscy. Po szpinaku wydziela się mało kwasu moczowego. Owoce mają również korzystny wpływ na zmniejszenie się ilości kwasu moczowego. Już Wöhler w roku 1849 polecał w skazie moczanowej leczenie wiśniami i poziomkami, za pomocą których miał się sławny Linné wyleczyć z dny. Weiss, wykonując w pracowni Bungego doświadczenia na sobie samym, stwierdził, że przy $1^1/_2$ funt. wiśni świeżych ilość kwasu moczowego z 0·72, spadła na 0·39—0·36, przy suszonych 0·85, na 0·46, przy 1 funcie poziomek 0·72 na 0·53 do 0·52, przy 2 funt. winogron 0·68 na 0·55—0·69. Natomiast cytryny nawet w większej ilości nie wywierały skutku jak to stwierdzają Hausmann, Leber, His, Ebstein.

O ile przy zwykłej dyecie kwasu hipurowego było mało, to przy owocach ilość jego dochodziła do 0·5 gramów.

Pokarmy roślinne mają tę złą stronę, że do nich trzeba się przyzwyczaić; odrazu do dyety roślinnej przejść nie można, bo wtedy zbyt obciąża żołądek i wywołuje rozmaite dolegliwości.

Wyskok, jak tego najdokładniejsze doświadczenia Lebera dowiodły, nie wpływa na wydzielanie kwasu moczowego, a tylko kwaśność moczu zwiększała się o 18%. Nawet u chorych na dnę nie wywoływał wyskok zmian. Temu jednak, przeciwstawia się odwieczna tradycya a może i rzeczywiste doświadczenie, i do dziś dnia jeszcze przypisują winu węgierskiemu niepomyślny wpływ na skazę moczanową. Z drugiej znów strony statystyka (ilość piwa na głowę w Monachium, pijaństwo w Rosyi, wobec stosunkowej rzadkości dny w Rosyi i w Monachium), może także zachwiać wiarę w szkodliwość napojów wyskokowych.

Patogeneza.

Większość autorów uważa kwas moczowy za istotną przyczynę skazy, chociaż, jak wiadomo, nie zawsze w toku dny ilość jego jest zwiększona we krwi, a z drugiej strony zwiększenie jego ilości zdarza się i w innych chorobach, jak n. p. w chorobach nerkowych i białaczce. O ile wolny kwas moczowy krąży we krwi, to przechodzi swobodnie także i przez drogi limfatyczne i szczelinki tkankowe, dopóki nie natrafi na przeszkodę. Jeżeli one są niedrożne wskutek przyczyn czy to zapalnych, czy też mechanicznych, to kwas moczowy zatrzymując się drażni tkankę, wywołuje pewne zaburzenia, a następnie tworzy złogi. Ponieważ w stawach stopy najczęściej się zdarzają choćby niewielkie obrażenia, a nadto krążenie w ogóle ma tu warunki mniej korzystne, więc i tam też najczęściej tworzą się te złogi, rzadziej już na małżowinach usznych i gdzieindziej. W miejscach złogów dochodzi często do martwicy tkanki. W jaki sposób te złogi się osadzają i czy one istotnie wywołują obumarcie tkanki, to pod tym względem zdania są bardzo podzielone. Jedni z Garrodem na czele dowodzą, że martwica jest następstwem złogów, drudzy, jak Ebstein, Noorden, Klemperer utrzymują, że martwica jest pierwotną i dopiero w miejscu obumarłem tworzą się złogi.

Badania Freudweilera i Hisa w tym kierunku podjęte, dały ciekawe wyniki. Wstrzykiwali oni królikom chemicznie czysty dwumoczan sody (*Natr. biuraticum*); doświadczeń wykonali 200. Tkankę wycinali w rozmaitym czasie po wstrzyknięciu (od godziny do 90 dni) i poddawali ścisłemu badaniu. Pokazało się, że przez te wstrzyknięcia można wywołać złóg podobny do dnawego (*tophus arthriticus*) i z podobnemi anatomicznemi zmianami. Martwica jest skutkiem drażniącego chemicznego działania tej soli moczowej. Kryształki soli wywołują podrażnienie zapalne, a potem częściowe obumarcie tkanki, o czem się przekonał Freudweiler, wstrzykując sobie samemu taki rozczyn. Wstrzyknięcie takie wywołało podrażnienie, obrzmienie, zaczerwienienie, ból, nawet trochę gorączki; po 14 dniach, wszystkie te objawy ustąpiły. Po 26 dniach wycięto tkankę z tego miejsca i stwierdzono w niej mniej więcej to samo, co u królików, mianowicie bardzo silny naciek komórkowy, w pośród niego komórki olbrzymie, ku środkowi warstwa złożona z części obumarłych. W komórkach nacieku tu i ówdzie znajdują się kryształki, łamiące światło podwójnie. Oprócz tego zrobiono drugie wstrzyknięcie, po którem na 35 dzień (a więc już po zagojeniu pierwszego ogniska wyciętego) Freudweiler zaczął pić wodę Fachingen z dodatkiem 0·30, węglanu litowego, następnie tak zwaną: Gicht-Wasser Wiesbadeńską, a na końcu kwas fosforowy 2 : 140. Żadnych zmian jednak nie zauważył, choć warunki były te same. Królikom zaś zadawał Freudweiler przez zgłębnik żołądkowy na 2 klgr. wagi, 2,0 dwuwęglanu sodowego lub 1,0 soli Fachingen, lub 1,0 kwasu fosforowego — (ludziom wypadałoby w tym stosunku podawać po 70 gr. sody), co króliki znosiły dobrze i odżywiały się jak poprzednio; badanie późniejsze wyciętych guzów (*tophi*) nie stwierdziło jednak żadnej różnicy w porównaniu do królików, którym tych leków nie zadawano. Guzy (*tophi*) znikają więc nie wskutek działania podawanych środków, lecz wskutek fagocytozy, która tutaj odgrywa ogromną rolę. Dzieje się to przez jedno- i wielojądrzaste leukocyty, a następnie przez komórki olbrzymie. Według Pfeifra, dopiero w 12—18 godzin po wstrzyknięciu rozwija się odczyn zapalny i w 24—30 godzin dochodzi do szczytu, fagocytoza zaś rozwija się głównie w 3 do 4 dniu, chociaż już po 12 godzinach można znaleźć kryształki w komórkach wędrujących. Praca Riehla, oparta na badaniach anatomicznych, potwierdza ten przebieg w zupełności. Jeżeli jednak dodawać królikom do pożywienia 50 ctm. sześć. wyskoku 20%, to naciek komórkowy koło ogniska zapalnego po wstrzyknięciu dwumoczanu przechodzi w typową twardą tkankę włóknistą, która już nie znika. Z tego wszystkiego wynika więc, że dwumoczan sodu wywołuje podrażnienie zapalne, które się objawia naciekiem drobno komórkowym i napęcznieniem otaczającej tkanki. Następnie albo fagocytoza usuwa wytwory chorobowe, albo pozostają większe lub mniejsze ślady, co zależy od indywidualnych właściwości ustroju. Czy te właściwości ustroju są odziedziczone, czy też wśród pewnych warunków wyrabiają się, czy w tem nie odgrywa wielkiej roli układ nerwowy, trudno rozstrzygnąć.

Doświadczenia Freudweilera zupełnie potwierdza i His, który zresztą po części wspólnie z Freudweilerem pracował. O ile z początku zaprzeczał His, by dwumoczan działał drażniąco na otoczenie, o tyle w końcu przyznał, że sól ta wywołuje stan zapalny. Przypuszcza on, że kwas moczowy w fagocytach przechodzi zmiany chemiczne, w nich zostaje rozłożony, a potem już wydalony na zewnątrz.

Według Krauzego złogi moczanowe znaleziono nietylko w częściach obumarłych, ale i w zupełnie zdrowej tkance.

Do niedawna za »*materia peccans*« skazy, uważano tylko kwas moczowy pod wpływem różnych przyczyn nieprawidłowo i nadmiernie się wytwarzający. Teraz zaś, zwłaszcza w najnowszych czasach, uważany bywa za rzecz główną nie sam kwas moczowy, ale tak zwane zasady alloksurowe lub ciała purynowe (Kolisch) lub też tak zwane zasady nukleinowe (ksantynowe) (Horbaczewskiego). Nukleina według Kossla rozkłada się: na białko i na kwas nukleinowy; ten zaś na kwas fosforowy i na zasady nukleinowe: adeninę, guaninę, ksantynę i hipoksantynę.

Podstawowe prace Horbaczewskiego przyczyniły się bardzo do wyjaśnienia roli, jaką w skazie moczanowej odgrywa kwas moczowy, jak i te zasady nukleinowe. Powstają one z rozpadu jąder komórkowych, część ich zostaje wydalona z moczem bez zmiany, część zaś utlenia się na kwas moczowy.

Temu odpowiada wynik doświadczeń z krwią tętniczą, przyczem więcej tworzy się kwasu moczowego, gdy przeciwnie w doświadczeniach z krwią żylną tworzą się tylko zasady ksantynowe.

Leukocytozę uważa Horbaczewski za nieodzowny warunek większego wytwarzania się kwasu moczowego, na dowód czego przytacza doświadczenia na 3 chorych na raka żołądka (w klinice Přibrama w Pradze), u których po spożyciu mięsa nie było leukocytozy i nie wytworzyło się więcej kwasu moczowego. Zdaniem tego autora, może u chorych na dnę być więcej i kwasu moczowego i tych zasad ksantynowych, tak że śmiało można mówić o skazie ksantynowej. Horbaczewski twierdzi, że środki lekarskie, które wywołują zmniejszenie się ilości leukocytów, zmniejszają i wydzielanie kwasu moczowego. Tak n. p. chinina zmniejsza u zdrowych tak liczbę leukocytów, jak i wydzielanie kwasu moczowego, co Ranke już dawniej podnosił, a potwierdzali także Prior, Richter, Kerner, Kumagowo. Toż samo atropina. Natomiast pilokarpina powiększa wydzielenie kwasu moczowego, a zarazem i leukocytozę. Wyjątek stanowią tu antypiryna i antyfebryna, które wywołują leukocytozę, a jednak zmniejszają wydzielanie kwasu moczowego, czego Horbaczewski nie umie jednak dokładnie wytłómaczyć. Do środków, które zwiększają leukocytozę, należy i nukleina. Richter podawał nukleinian sodowy w dawkach 10 gramowych, wywoływał leukocytozę i znaczne zwiększenie wydzielania kwasu moczowego, co zgadza się zupełnie z doświadczeniem Horbaczewskiego.

W chorobach przebiegających ze znaczną leukocytozą (białaczka, niedokrwistość zwykła i złośliwa, zapalenie płuc dławcowe), właśnie także ilość kwasu moczowego jest zwiększoną. Badania Richtera, podjęte w różnych chorobach przebiegających ze znaczną leukocytozą, potwierdzają zupełnie teoryę Horbaczewskiego. Również i Kühnau potwierdza ten ścisły związek między kwasem moczowym, a leukocytozą. Ten stosunek leukocytozy do kwasu moczowego, wybitnie się zaznacza w zapaleniu płuc dławcowem, w którem bywa z jednej strony znacznie zwiększone wydzielanie kwasu moczowego, z drugiej leukocytoza także jest bardzo wyraźna. Przy końcu choroby i leukocytoza zmniejsza się i to szybko w przypadkach przełomu *(crisis)*, wolniej już przy powolnem ustępowaniu choroby *(lysis)*, a w toku choroby bywa średnio od 12 do 23 tysięcy leukocytów w milimetrze sześć., nieraz znajdowano 30—40, a nawet i 50 tysięcy leukocytów. Dunin i Richter potwierdzają także te wyniki. Richter (Zeitsch. f. klin. Medic.) zgadza się z zapatrywaniami Horbaczewskiego, że kwas moczowy jest produktem rozpadu leukocytów.

W warunkach prawidłowych pojawia się fizyologiczna leukocytoza po obiedzie mięsnym, jako tak zw. leukocytoza trawienna, mijająca w krótkim czasie. Horbaczewski u osób, które 18 godzin pościły, obliczał w 17-tej godzinie kwas moczowy i leukocyty we krwi; potem podawano badanym obiad i znów w 3 4 godziny badano mocz i krew. Pokazało się wówczas, że jest hyperleukocytoza i zwiększenie ilości kwasu moczowego. Wyniki były mniejsze, jeśli obiad był roślinny. W tych zaś przypadkach, gdzie leukocytozy nie było jak n. p. w raku żołądka, nie było też i zwiększenia ilości kwasu moczowego.

Inni autorowie nie przypisują już kwasowi moczowemu tak dominującego znaczenia w skazie moczanowej, twierdząc, że wahania w ilościach kwasu moczowego mają znaczenie tylko objawowe i dają tylko miarę sprawności nerek, w których głównie ma się kwas moczowy wytwarzać. Według Kolischa są podstawą skazy moczanowej zaburzenia ilościowe w wydzielaniu kwasu moczowego, wywołane przez nieprawidłowości w jego wytwarzaniu się i nieodpowiednią rozpuszczalność. Przyczyną tego jest nieprawidłowy i ilościowo zmieniony rozpad nukleiny w jądrach komórkowych i przez to powstawanie ciał purynowych, jako wytworu rozpadu nukleiny.

Pierwszy Salomon zwrócił w r. 1879 uwagę na ciała ksantynowe i uważał je za pochodzące z białka. Później powiodło się Kosselowi z ropy uzyskać nukleinę, z której znowu przez gotowanie 40-godzinne z wodą wydobył hypoksantynę. On też udowodnił wbrew Salomonowi, że ciała ksantynowe nie pochodzą z białka i że z nukleiny powstaje ksantyna, guanina, a wreszcie adenina.

W ostatnich czasach powiodło się Fischerowi wszystkie związki ksantynowe i należące do grupy kwasu moczowego wytworzyć syntetycznie, oraz wyjaśnić przy tem ich wzajemny stosunek. A na innej drodze wprawdzie zdołał Wilh. Traube syntetycznie wytworzyć guaninę, a z niej ciało, które się już niczem nie różniło od ksantyny. Według Kolischa nukleina rozkłada się w końcu na albumin, kwas fosforowy, kwas moczowy i zasady alloksurowe czyli ciała purynowe. U każdego osobnika suma tych ciał purynowych, wydzielonych w ciągu doby, ma być stała. Wahania co do ilości są małe, dopiero w związku z tą liczbą ilość kwasu moczowego daje pewną miarę. U zdrowych suma ciał purynowych składa się tylko z kwasu moczowego, a u chorych na nerki kwas moczowy stanowi tylko cząstkę sumy ciał purynowych.

Jeżeli oznaczymy ilość azotu, pochodzącego z ciał purynowych, z kwasu moczowego i zasad alloksurowych, to otrzymamy wynik następujący:

	Azot z ciał purynowych	z kw. moczowego	z zasad alloksurowych
w przewl. miąższ. zapaleniu nerek . .	0,22—0,30	0,04—0,11	0,17 - 0,19
w zapaleniu śródmiąższ. nerek	0,24 — 0,20	0,13—0,08	0,11 — 0,12
przy nerce dnawej .	0.40	0,11	0,20
przy nerce prawidłowej	0,26	0,21	0,05

czyli, tworzenie się kwasu moczowego zależy od zdrowej tkanki nerkowej, i o ile jest ona nienaruszona, o tyle to wytwarzanie odbywa się prawidłowo.

Tak Kolisch, jak i Klemperer utrzymują, że kwas moczowy wytwarza się głównie w nerkach. (Centrbl. f. kl. Med. 1895). Przy chorobach nerek kwasu moczowego bardzo mało się wydziela, a czasem niema go wcale. Innego zdania jest Weintraud, twierdzi on. że kwas moczowy nie tworzy się w nerkach, bo jeżeli chorym nerkowym podaje się pokarmy nukleinowe, to nie ma różnicy w wydzielaniu kwasu moczowego. Weintraud uważa jednak nukleinę za podstawową substancyę w tworzeniu się kwasu moczowego.

Kwas moczowy, jako końcowy wytwór rozpadu nukleiny, ma być nietrujący, przeciwnie zaś zasady alloksurowe mają własności trujące (prace Paschkisa, Pala, Filchne i Rachforda) i nieraz wywołują objawy nerwowe, jak migrenę, padaczkę i t. p., jako skutki samozatrucia. O ile więc nerki są zdrowe, to ustrój ma zdolność przerabiania tych zasad alloksurowych na kwas moczowy, i czyni je nieszkodliwemi; ale jeżeli nerki są chore i działają niedostatecznie, to powstają objawy samozatrucia.

Kolisch, karmiąc króliki zasadami purynowemi (na dzień wypadało 0,10 hypoksantyny) wywoływał zwyrodnienia w nerkach, podobne do tych, jakie bywają w skazie moczanowej, a Minkowski karmiąc psy adeniną, wywoływał osadzanie się złogów, zawierających kwas moczowy. Podobne wyniki uzyskiwano, jeżeli kwas moczowy wprowadzano wprost do naczyń. To nadmierne wydzielanie zasad alloksurowych i zmiany w nerkach przy skazie moczanowej mają dużo podobieństwa z cierpieniem nerek w ołowicy.

Kolisch nie przypuszcza, żeby kwas moczowy przy skazie ulegał zatrzymaniu, coby się jednak nie zgadzało z badaniami Jakscha, który znalazł we krwi chorych na nerki znaczne ilości kwasu moczowego i tłómaczył to tem, że wydzielanie kwasu moczowego nie mogło się prawidłowo odbywać. Badania, powtórzone przez Fodora w klinice

Neussera nie potwierdziły jednak tego mniemania. Jednakże pogląd Kolischa spotkał się z zaprzeczeniem i z innej strony. I tak Badt wykonał cały szereg doświadczeń u chorych dnawych, z których wnosi, że Kolisch niema słuszności, bo ciała alloksurowe nie są przyczyną dny, lecz zwiększona ilość kwasu moczowego. Również i Malfatti w jednym przypadku ostrej dny znalazł zwiększenie ciał alloksurowych w czasie napadu w porównaniu z okresami między napadami, ale znalezione ilości nie były wyższe od zwykłych, więc i toby także przemawiało przeciwko przypuszczeniom Kolischa.

Zwróciwszy uwagę na ilości azotu, zawartego w ciałach alloksurowych, w kwasie moczowym i w zasadach alloksurowych, widzimy, że kwas moczowy rozmaicie się tu przedstawia, ale zasady alloksurowe są zawsze zwiększone. I tak:

	moczu	Azot ciał alloksurowych	Azot kw. moczowego	Azot zasad alloksur.
prawidłowo	1200	0,26	0,20	0,05
przy podagrze . . .	2600	0,44	0,25	0,19
„ „	1000	0,35	0,16	0,18
skaza moczanowa . .	1400	0,39	0,27	0,12
„ „	1700	0,40	0,36	0,04
U dziecka dotkniętego skazą	900	0,30	0,26	0,04

W jednym przypadku, podanym przez Kolischa, ilość zasad alloksurowych wynosiła aż 1,0, natomiast było bardzo mało kwasu moczowego. Dotyczyło to chorego, dotkniętego ogromną niedokrwistością z rozpadem krwi, w następstwie czego nastąpiła śmierć. Takie znaczne ilości zasad alloksurowych mogły być trujące dla ustroju. Prawidłowo ilości azotu z ciał alloksurowych (oznaczone metodą Krüger-Wulfa) wynoszą według Kolischa 0,2—0,3, a najważniejsza część zawarta jest w kwasie moczowym; najwyżej zaś 0,04—0,06 azotu jest zawarte w zasadach. Te granice przekracza białaczka i skaza moczanowa.

Kolisch rozróżnia następujące typy chorobowe: 1) powiększenie ciał alloksurowych w całości, bywa *a)* w białaczce, *b)* w skazie moczanowej; 2) prawidłowe ilości ciał alloksurowych, przyczem zasady zwiększone, kwas moczowy zmniejszony, i to bywa przy *a)* rozpadzie krwi, *b)* w chorobach nerek. Kolisch zauważył, że w przypadkach, gdzie to było jeszcze możliwe, ile razy było powiększenie zasad alloksurowych, tyle razy było i nadmierne wydzielanie moczu, coby miało wytłomaczenie w związku chemicznym tych zasad z kofeiną i teobrominą; ze swoich spostrzeżeń podaje on następujące dane:

Ilość moczu		Ciężar gatunkowy	Cały azot	Azot ciał alloksurowych	Azot kwasu moczowego	Azot zasad alloksurowych
prawidłowo	1200	1015	·15	0,26	0,21	0,05
białaczka	3200	1010	20,98	0,84	0,47	0,37
skaza moczanowa . .	1000	1026	12,50	0,35	0,16	0,18
ostry rozpad krwi . .		—	24,30	0,31	0,03	0,28
zapalenie nerek . .	600	1030	11,17	0,22	0,04	0,17
marskość nerek . .	1500	1008	9,60	0,24	0,13	0,11
nerka dnawa . . .	2040	1011	15.30	0,40	0,11	0,28
białkomocz	1350	1015	10,20	0,19	0,12	0,06
nerka zastoinowa . .	500	—	—	0,16	0,13	0,03

Przyczynkiem do tej sprawy są badania Kaufmana i Mohra co do wpływu pożywienia na wydzielanie ciał alloksurowych. Twierdzą oni, że przy żywieniu pokarmami, obfitującemi w nukleiny, mocznika wydziela się więcej, zaś przy żywieniu pokarmami białkowatemi tego zazwyczaj nie ma. Według Mareša każdy ustrój ma dla siebie pewną normę wydzielania mocznika, a norma ta zmienia się tylko w części i nie w prostym stosunku do pożywienia. Potwierdza to i v. Noorden. Według Camerera i Löwiego mocznik w moczu pochodzi z dwóch źródeł: 1) z nukleiny pożywienia, 2) z nukleiny samego ustroju. Jeżeli dodamy do zwykłego pożywienia istoty białkowate bez nukleiny, to wyraźnego wpływu na azot alloksurowy i mocznik nie będzie. Dodając zaś węglowodanów, a przedewszystkiem podając tłuszcze, można zmniejszyć ilość ciał alloksurowych endogenicznych. Każdy ustrój zużywa swoje białko z jąder komórkowych i musi ten ubytek uzupełniać. Przy pożywieniu, obfitującem w nukleiny, łatwo to daje się wyrównać, nadmiar zaś rozkłada się i wydala, jako ciała alloksurowe, z moczem. Jeżeli zaś pokarm zawiera mało nukleiny, to ustrój sam tworzy ją przez syntezę i tylko w tej ilości, jaka jest potrzebna do zastąpienia zużytego białka w komórkach.

U osób jednakowo żywionych przy tych samych warunkach otrzymuje się wyniki też same co do ilości wydzielonych ciał alloksurowych. Tylko przez nadmierne odżywianie (tłuszcze-węglowodany) można ilości ciał alloksurowych zmniejszyć i zdaje się, że przez to białko jąder się zaoszczędza.

Inaczej zachowują się ciała alloksurowe wśród warunków patologicznych. I tak w skazie moczanowej znalazł Weintraud przy ostrym napadzie podagry zwiększone wydzielanie ciał alloksurowych, w dnie przewlekłej zaś nie było zmian. Natomiast Kaufmann i Mohr nie stwierdzili zmian ani w ostrych, ani przewlekłych postaciach dny, Rommel zaś stwierdził u osoby, nie dotkniętej skazą, znaczną ilość ciał alloksurowych i kwasu moczowego (1,2), a pokazało się potem, że osoba ta cierpiała na marskość nerek.

Przy ostrej podagrze w czasie obrzmienia stawów następuje pewne zatrzymanie azotu, (2,6 do 3,6), a po sklęśnieniu stawów, azot wraca do równowagi, a nawet i spada niżej normy. U pewnego chorego badanego przez Vogla wynosił azot nawet 4,1 podczas napadu; po napadzie było tylko 2,3. — U 3 innych chorych na dnę przewlekłą nie znalazł Vogel zatrzymania azotu; otrzymywali oni dość znaczną ilość płynów, które przepłukiwały tkanki. W tych 3 przypadkach wydzielanie kwasu moczowego było prawie prawidłowe, a wahania były takie, jakie bywają i u zdrowych.

Również i Vogt podnosi, że w dnie przewlekłej następuje pewne zatrzymanie azotu. Vogt zrobił spostrzeżenia na chorym z typowym napadem podagry. Pokazało się przy ścisłej kontroli i przy równoczesnej obserwacyi drugiego zdrowego osobnika (przy tych samych warunkach), że w skazie moczanowej istotnie jest zatrzymanie części azotowych. Że w tym przypadku nie chodziło o zatrzymanie części azotowych przez zwiększenie dowozu mięsa, lub też przez zatrzymanie wszystkiej nukleiny, tego dowodzi zachowanie się kwasu fosforowego, który był wydalany w całości. O ile te zatrzymywane części azotowe są białkiem lub azotem z istot purynowych tego niepodobna na razie rozstrzygnąć. Schmoll potwierdza, że przy zaostrzeniu się skazy zatrzymanie wynosiło 3,6, a przy tem waga ciała nie podnosiła się, lecz raczej spadała. Przez podawanie przez 4 dni przetworów tyreoidynowych, zatrzymanie azotu zmniejszało się, ale nie ustawało. Wydzielanie kwasu moczowego było prawidłowe. Przez podawanie grasicy wydzielanie kwasu moczowego zwiększało się znacznie.

Magnus-Levy w jednym przypadku dny na początku napadu znalazł bardzo znaczne wydzielanie azotu, które przy polepszeniu się stanu zmniejszało się. Twierdzi on, że podczas napadu było większe wydzielanie kwasu moczowego i zasad (zapewne alloksurowych). Podczas napadu wydzieliło się kwasu moczowego 924, 1035, 1104 mgr., a raz nawet 1221 mgr. (po użyciu salicylanu sodowego), przed napadem zaś wydzielanie kwasu moczowego było zmniejszone. Nie mniej Magnus Levy ze swoich 12

spostrzeżeń na chorych ze skazą moczanową, podaje zatrzymanie od 1,2 do 8,2 grm. Znaczniejsze straty azotu zdarzają się tylko u ludzi dobrze odżywionych i zażywnych. Kaufman i Mohr w swoich spostrzeżeniach podają także zatrzymanie do 4,72 na dzień.

Badanie strat azotu przez kał stwierdziło, że z 16 chorych na skazę, u 5 było wchłanianie prawidłowe, a u 11 złe. U innych było podobnie, co jednak nie zmienia faktu, że chorzy na dnę oddają w kale znaczne ilości azotu. Pod względem anatomicznym tworzą się przy rozwiniętych już objawach skazy moczanowej złogi w tkankach, złożone z kwaśnego moczanu sodowego. Bywają one rozmaitej zbitości i albo przedstawiają masę podobną do kredy lub gipsu, mniej lub więcej papkowatą, lub też tylko nalot na błonie maziowej lub chrząstce, albo też drobne ziarenka wśród miąższu tkanki. Złogi te osadzają się w błonie maziowej lub chrząstkach stawów, w tkance prącia, w nerkach, w szpiku kostnym, w mózgu; bardzo rzadko spotykamy złogi w naczyniach choćby najdrobniejsze, jakkolwiek pod wpływem skazy moczanowej rozwijać się mogą zmiany w naczyniach, jako przedwczesna miażdżyca. W naczyniach limfatycznych bywają nieznaczne tylko zgrubienia. Również i w sercu bardzo rzadko osadzają się złogi. Po rozpuszczeniu złogów moczanowych w nerkach, dostrzega się w ich miejscu ogniska martwicy. O ile w niektórych przypadkach skazy znajdujemy nerki zdrowe, o tyle znów w drugich spotyka się zmiany różnego stopnia, od lekkich, aż do daleko posuniętych obrazów zmian śródmiąższowych *(nephritis interstit.)*.

Masa ze złogów zawiera według Sprague kwasu moczowego 59,7, natomiast tylko ślady kwasu fosforowego, wapna i magnezyi. (C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Strauch. **W sprawie techniki usypiania.** (*Zentr. f. Chir.* Nr 9, 1907). Codzienne spostrzeżenia pouczają, że chorzy, których nazajutrz czeka operacya, spędzają najczęściej całą noc bezsennie w gorączkowem podnieceniu, połączonem z przyspieszoną i wzmożoną pracą serca, co prowadzić musi do wyczerpania mięśnia sercowego. Aby zapobiedz temu wyczerpaniu się serca, stosuje S. od kilku lat 1 gr. weronalu na noc przed operacyą, celem sprowadzenia spokojnego snu, rano zaś 0·02 morfiny podskórnie i lawatywę z wyskoku, poczem dopiero przystępuje do uśpienia eterowego kroplami. Zaletę tego postępowania stanowi: 1) że serce, wzmocnione spokojnym snem, może wytrzymać nawet dłużej trwające zabiegi, wskutek czego rzadko się zauważa osłabienie i niemiarowość tętna, 2) że chory, znajdując się jeszcze niekiedy w półśnie, łatwo przy pomocy niezwykle małych ilości eteru głęboko zasypia. (Prawdopodobnie i okres podniecenia jest słabszy i skraca się. *Spr.*). Nadto weronal działa następnie wraz z morfiną i wyskokiem przez cały prawie dzień, tak że chorzy przesypiają niejako najprzykrzejsze chwile, bo całą noc przed operacyą i dzień po niej. *Kasprzyk.*

Rosenthal. **Uśpienie zapomocą przyrządu kroplowego Roth-Draegera.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 6, 1907). R. poleca gorąco ten przyrząd. Z początku wdycha chory z przyrządu czysty tlen, potem 25 kropli chloroformu na minutę, potem 30 chloroformu, a 70—100 eteru; mniej więcej w 5 minut potem śpią chorzy lekko; okres tolerancyi prędko się zjawia. W razie, gdy go niema, daje się jeszcze 40 kropli chloroformu na minutę. Po zaczęciu operacyi usuwa się chloroform i daje się 100—120 kropli eteru na minutę, zmniejszając tę ilość do 30 ku końcowi operacyi. Średnio zużywa się przy laparotomii 15 ctm.³ chloroformu, a 85 eteru w godzinie. Okresu podniecenia zwykle niema, nadzór uśpienia cały czas łatwy, objawy uboczne, jak nudności, wymioty, objawy płucne, nie zjawiają się prawie nigdy. Przyrząd ma jedynie tę wadę, że jest wielki i ciężki i trudno przenośny. *Klęsk.*

Wanietschek. **W sprawie wymiotów po uśpieniu.** (*Prager med. Wochs.* Nr 50, 1906). Celem powstrzymania wymiotów po uśpieniu zaleca autor zaraz po obudzeniu podać chorym 5—6 kropli 5 prc. alypiny. Obecnie stosuje ten sposób także zapobiegawczo przed uśpieniem. *Klęsk.*

Gregor. **Uśpienie tlenowo-chloroformowe.** (*Čas. lék. čes.* 1906, Nra 24 i 25). Okoliczność, że wziewanie tlenu stosowano ze skutkiem przy zatruciu chloroformowem, nasuwała myśl, aby przez domieszanie tlenu złagodzić działanie chloroformu. Prochownik zastosował tę mieszaninę już w roku 1895, a w r. 1901 zastosowano do usypiania tym sposobem przyrząd Roth-Drägera, którym można ściśle dawkować chloroform i tlen, oraz śledzić oddech chorego; stwierdzono, że w przyrządzie Roth-Drägera chloroform nie ulega rozkładowi i nie zagraża z tego względu większem niebezpieczeństwem. G. podaje 81 przypadków takiego uśpienia ze szpitala w Niem. Brodzie. Stosowano je przy dłużej trwających ciężkich operacyach i u ludzi osłabionych. Jako zalety wymienia G.: Pobudliwość bywa bardzo słaba, zwykle jej niema zupełnie, tętno staje się wolniejsze, pełniejsze; można zatem usypianie to stosować także i przy wyrównanych wadach serca. Objawy następowe, jak wymioty, bole głowy, są rzadkie, a w razie pojawienia się przebiegają bardzo łagodnie. *Schnurpfeil.*

Hecht. **Najnowsze środki lecznicze w róży.** (*Ther. Monatsh.* 1907, Nr 1). Przeciw róży poleca H. wyskok bezwodny, kamforę fenolową, ichtyol z gwajakolem, salokreol i mesotan, a wewnętrznie chininę. *Klęsk.*

Rothfuchs. **Ropowica gazowa.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 42, 1906). Ropowica gazowa nie zdarza się często. Jakie drobnoustroje są jej przyczyną, dokładnie nie wiemy, bo wyniki badań bakteryologicznych bywały i są rozmaite. Często spotyka się prątek Fränkla nieruchomy, rozpuszczający żelatynę cukrową, tworzący na cukrowym agarze pęcherzyki gazowe, wywołujący krzepnięcie mleka. Prątek ten jest chorobotwórczym dla świnek morskich i wróbli, dla królików zaś nie. Tworzący się gaz składa się z 67·55 prc. wodoru, 30·62 prc. bezwodnika kwasu węglowego, śladów azotu i amoniaku. Westenhoeffer przypuszcza, że prątek ten nie jest zdolny zakazić człowieka pierwotnie, lecz dołącza się dopiero następowo do ran ulegających zgorzeli. Prócz wspomnianego prątka wywołują też ropowicę gazową prątek mleczny i prątek okrężnicy w łączności z paciorkowcami i gronkowcami, prątek obrzęku złośliwego i t. d. Zakażona część ciała staje się rychło szarą, zieloną, w końcu niebiesko-czarną, tworzą się pęcherze, zjawia się trzeszczenie i wypuk bębenkowy. Leczenie powinno być bardzo energiczne: rozległe nacięcia, tampony napojone wodą utlenioną, wreszcie nieraz odjęcie kończyny. W ostatnich czasach Fränkel próbował leczyć tę straszną chorobę wstrzykiwaniami zabitych hodowli prątka. Rokowanie bardzo poważne. Śmiertelność do niedawna 90 prc., teraz wobec rozległych operacyi 35 prc. *Klęsk.*

Burkhardt. **Etyologia jałowego ropienia.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. LXXV). Zmiażdżone tkanki zawierają substancye, działające chemotaktycznie i przez to powstać może jałowe ropienie. Ropienie to nie dochodzi większych rozmiarów. Prócz zakaźnego i chemicznego ropienia trzeba też przyjąć trzecie, urazowe, dążące do oddzielenia i wydalenia zniszczonych tkanek. *Klęsk.*

Kolaczek i Müller. **Prosty sposób odróżniania ropienia gruźliczego od innych.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 7, 1907). Müller i Jochmann stwierdzili, że kropla jałowej ropy, zawierającej wielojądrzaste ciałka białe, wyżera na ściętej surowicy krwi, zaprawionej bulionem z cukrem gronowym, ubytek. K. i M. stosowali ten sposób w celu odróżniania różnych rodzajów ropy. Szybkie nadżeranie surowicy przemawia za ostrem ropieniem. Ropa gruźlicza surowicy nie trawi, jak tylko w razie poprzedniego traktowania ogniska gruźliczego jodoformem, w razie zakażenia mieszanego, n. p. przy przetokach, lub w razie leczenia zastoiną podług Biera. (Jodoform w gruźlicy nie działa swoiście, lecz tylko przyciągająco na wielojądrzaste ciałka białe). Sposób ten, bardzo prosty, dozwala łatwo odróżniać ropę gruźliczą od innych. *Klęsk.*

Aleksander. **Gorączka przy raku.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 5, 1907). Gorączka przy raku występuje nieregularnie i nietypowo. Rzadko spotykamy tor stały, zwykle przerywany lub w postaci napadów. Podwyższona ciepłota zjawia się, co dziwna, zwykle tylko przy rakach przewodu pokarmowego, rzadziej innych narządów jamy brzusznej, a tłomaczyć ją należy samozatruciem przez wytwory samego nowotworu. *Klęsk.*

Prof. Spiess. **Próby leczenia guzów rakowych znieczulaniem.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 40, 1906). Wychodząc z założenia, że do wzrostu nowotworu potrzebne jest odpowiednie odżywienie i dowóz krwi, starał się autor wstrzymywać rozrost guzów złośliwych przez zniedokrwienie miejsca chorobą zajętego. Znaną jest rzeczą, że n. p. raki na strunach głosowych rosną bardzo wolno i nieraz dopiero leczenie n. p. przypalaniem

wywołuje podrażnienie guza i szybszy rozrost. Uzyskano także dobre wyniki, aczkolwiek czasowe, przez podwiązywanie naczyń, doprowadzających krew do guza. Spiess wywoływał zniedokrwienie nowotworów, wstrzykując w nie środki znieczulające. Używał głównie nirwaniny lub nowokainy w rozczynie ½-procentowym w ilości 0,5 ctm. na jedno wstrzyknięcie. Doświadczenia wykonywał na myszach, dotkniętych rakiem lub mięsakiem. Wstrzykiwania robił co drugi dzień. Przekonał się, że w ten sposób można często nowotwór u tych zwierząt zupełnie wyleczyć lub znacznie powstrzymać jego rozwój. Wprawdzie raki u myszy nieraz znikają same, ale Ehrlich stwierdził, że wtedy zwierzę wyleczone pozostaje odporne na powtórne szczepienie; natomiast po wyleczeniu środkami znieczulającymi powtórne szczepienie nowotworu zawsze udawało się. Z tych powtórnie szczepionych rakiem wyleczył autor swą metodą zupełnie znowu 6 zwierząt. Leczenie trwało około 4 tygodni. Zachęcony tymi wynikami przystąpił autor do doświadczeń na ludziach w przypadkach ciężkich raków, nie nadających się do operacyi z powodu rozległości guza, wieku chorego, lub też w przypadkach, w których chorzy nie chcieli żadną miarą zgodzić się na operacyę. Przypadków tych było razem 11. (Z przytoczonych historyi chorób nie można odnieść jednak korzystnego wrażenia. *Przyp. sprawozd.*). Badania będą prowadzone w dalszym toku przez autora i przez zakład dla badania raka w Heidelbergu. *Klęsk.*

Strebel. **Śródguzowe naświetlanie nowotworów rakowych jako postęp w leczeniu.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 11). Jednakowej budowy nowotwory oddziaływają różnie na naświetlanie. Różnica ta jest skutkiem samej techniki naświetlania, twardości lampy, przepuszczalności skóry, głębokości usadowienia guza i t. d. Skóra jest niejako przeszkodą w leczeniu i z tego powodu zbudował autor osobne lampy do leczenia podskórnego. Lampy te wsuwa się do środka guza przez otwór, wycięty przedtem nożem o podwójnem ostrzu. Działanie promieni rentgenowskich polega nietylko na miejscowym odczynie, ale, i więcej może, na wpływie ich na cały ustrój, na narządy krwiotwórcze i t. d. Wobec tego sądzi S., że należałoby naświetlać nietylko sam guz, ale i inne części ciała, a nadto wzmagać to działanie przez podawanie środków, działających na krew, n. p. chloranu potasowego i t. p. *Klęsk.*

Engel. **Szkodliwe działanie promieni Röntgena przy radyoterapii.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 1, 1907). Stosowane obecnie w medycynie wewnętrznej na szeroką skalę leczenie promieniami Röntgena dowiodło, że rentgenizacya może wywołać liczne szkodliwe skutki dla ustroju. I tak X-promienie wywołują zmiany skórne, zabijają plemniki, wywołują zanik jąder i jajników, działają szkodliwie na siatkówkę i nerw wzrokowy, wywołują czasem zapalenie krtani, opłucnej, opon mózgowych, przy leczeniu białaczki zapalenie okołośledzionowe, biegunki i objawy ogólne, jak silną gorączkę, które to objawy odnosimy do zatrucia ustroju truciznami, powstałemi wskutek rozpadu tkanek. Przy leczeniu naświetlaniem białaczki zdarzała się nawet nagła śmierć. By złym skutkom zapobiedz, należy nie naświetlać dłużej nad dwie minuty w odległości 20 ctm. Przy zdjęciach 4 minuty w odległości 35 ctm. Tej samej części ciała nie należy naświetlać częściej, niż trzy razy dnia. Do leczenia używać należy twardych lamp, a ciało pokrywać staniolem, sąsiednie okolice płytami ołowianemi. Po 5—6 posiedzeniach uczynić należy przerwę i badać krew. *Klęsk.*

Försterling. **Ogólne i miejscowe zaburzenia wzrostu po krótkotrwających naświetlaniach u zwierząt ssących.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 81). U młodych zwierząt ssących często już po jednorazowych krótkich naświetlaniach występują wybitne zaburzenia wzrostu. Powinnoby to odstraszyć od stosowania promieni rentgenowskich u małych dzieci. *Klęsk.*

Kuhn. **Katgut ze zdrowego zwierzęcia.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 41, 1906). Ciągle pracuje się nad sposobami wyjaławiania katgutu, a nikt nie zwraca uwagi na jego wyrób; wielu nawet nie wie, jak się ten wyrób odbywa. Katgut sporządza się podobnie, jak i struny, z kiszek owczych i baranich. Lepsze sorty używane bywają na struny, gorsze na katgut. Kiszki po wymyciu podlegają najpierw tak zwanemu »śluzowaniu«, które polega na usunięciu błony surowiczej i śluzowej. Już samo śluzowanie odbywa się w sposób bardzo pierwotny i pozostawiający wiele do życzenia. Po śluzowaniu kiszki suszy się i w wiązkach idą do fabryk. Tutaj umieszcza się je w rozczynie potażu celem zmiękczenia, potem jeszcze raz »śluzuje«, a dalej przecina się każdą kiszkę wzdłuż na dwie części. Połowa najcieńszego jelita odpowiada katgutowi Nr 1, grubego Nr 2, dalsze numera powstają przez łączenie kilku połów jelit razem. Przecięte kiszki wkłada się na 5 dni do coraz to nowego rozczynu potażu i tam się je czesze. W końcu w maszynie skręca się je na nitki. Potem zwykle umieszcza się nitki w puszkach (na 2 dni), w których spala się siarka. Postępowanie to ma na celu nadanie katgutowi jasnego koloru i przeźroczystości. Po nasiarkowaniu suszy się katgut na (brudnej) podłodze, potem jeszcze raz skręca się go i politeruje kredą i olejem kostnym. — Z tego widać, że sposób wyrobu katgutu jest bardzo pierwotny. Nie zwraca się przytem żadnej uwagi nietylko na zwykłą czystość, ale nawet na unikanie gnicia. Kiszki z błoną śluzową, a raczej jej resztkami, skręca się w ten sposób, że znajduje się ona wraz z wszelkiemi nieczystościami w środku katgutu. Jeżeli żelatyna wywoływała dawniej zakażenia, nim ją zaczęto wyrabiać jałowo, to cóż dopiero mówić o katgucie w ten sposób wyrabianym. Autor żąda też ścisłego dozoru nad wyrobem katgutu, wyrabiania tegoż czysto i jałowo, a przedewszystkiem używania kiszek zwierząt zdrowych. W ten sposób wyrabiać będzie katgut z polecenia autora fabryka Mercka. *Klęsk.*

Dermatologia.

Tellner. **W sprawie leczenia wiewióra u kobiet.** (*Wiener med. Presse* 1907, Nr 6). Według dzisiejszych zapatrywań nie należy stosować miejscowego leczenia przepłukiwaniami przy ostrym wiewiórze u kobiet, ze względu na łatwość przeniesienia zakażenia ku górze. Ponieważ jednak często i pomimo leczenia wyczekującego takie przeniesienie zakażenia następuje przeto autor stosował leczenie drożdżami piwnemi, w którem nie dostrzega tego niebezpieczeństwa przeniesienia zakażenia, jak przy przepłukiwaniach środkami odkażającymi. Po oczyszczeniu sromu i pochwy ze śluzu i wydzieliny wstrzykuje autor przez wziernik pewną ilość drożdży piwnych, zakłada czopek żelatynowy, zawierający drożdże i wreszcie tampon z waty, zamaczany w rozczynie drożdży. Po 12 godzinach należy tampon wyjąć i przepłukać pochwę słabym prądem ciepłej wody w celu usunięcia zalegających drożdży. Tym sposobem wyleczył autor 45 przypadków ostrego wiewióra. W kilku przypadkach musiał oprócz tego przeprowadzić osobne leczenie wnętrza macicy, z czego wnosi, że sposób ten wystarcza do leczenia pochwy i szyjki macicznej, natomiast nie działa na wiewióra wnętrza macicy. Doświadczenia T. nie zgadzają się pod pewnymi względami ze spostrzeżeniami innych autorów, którzy tak dobrych wyników zapomocą drożdży nie uzyskali. Tłomaczy to T. bądź tem, że leczono nieodpowiednie przypadki, jak wiewiór wnętrza macicy i przydatków, bądź niezwracaniem uwagi na równoczesne zapalenie cewki moczowej, skąd z łatwością mógł nastąpić nawrót choroby. *Stopczański.*

Schindler. **Przyczynek do leczenia wiewiórowego zapalenia najądrza.** (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr 51). W ostatnich czasach zalecono w leczeniu zapaleń najądrza nakłucie i przekrwienie bierne, brak jednak było dokładnych spostrzeżeń. Autor, zachęcony dobrymi wynikami nakłucia w kilku przypadkach, wykonywał następnie (w klinice wrocławskiej) ten zabieg przy każdem początkowem zapaleniu, połączonem z gorączką lub większymi bolami i rozległym naciekiem. Nawet w najuporczywszych przypadkach wynik leczniczy był pomyślny, pomimo że często przy nakłuciu nic się nawet z zapalnego obrzęku nie wydobyło. Pierwsze nakłucie wykonywano w miejscu najboleśniejszem, w którem należało przypuszczać znajdujący się wysięk płynny, następne w różnych miejscach w kierunku dośrodkowym, nie zaniedbując ich, choć nie wydobywała się ropa, gdyż te powtarzane nakłucia okazały się właśnie bardzo skutecznemi. W każdym przypadku bezpośrednio po nakłuciu ustawały bole i uczucie napięcia, często nawet znikał i ból dotykowy; gorączka opadała już tego samego dnia; naciek zaś szybciej ulegał wessaniu, przez co czas trwania choroby skracał się o połowę. Sam zabieg jest prawie zupełnie niebolesny tak, że można nawet u najwrażliwszych osób wykonać kilkakrotnie nakłucie bez żadnego znieczulania. Nie zauważył również autor ani razu po 45 własnoręcznie wykonanych nakłuciach żadnego odczynu zapalnego. Po nakłuciu należy założyć na najądrze wilgotny opatrunek, na ten dobrze przylegające wieszadło (*suspensorium*), na wierzch zaś ciepły okład, który należy zmieniać. Próbowano nawet stosować nakłucie u kilku chorych przychodnich. I w tych kilku przypadkach nastąpiło polepszenie tak znaczne, że już po kilku dniach mógł chory wrócić do swoich zajęć. — W 7 przypadkach zapalenia najądrza stosował autor leczenie przekrwieniem biernem. Wymaga ono wielkiej cierpliwości i ciągłego nadzoru. Jeżeli opaska przez pierwsze dwie lub trzy godziny dobrze leży i nie wywołuje bolów, skóra zaś moszny jest ciepła, to można pozostawić opaskę na 22—30 godzin.

Przy leczeniu tym sposobem zauważył autor zmniejszanie się bolów i uczucia napięcia, chociaż niekiedy bole podczas przerwy w stosowaniu opaski wracały, natomiast szybszego zmniejszania się nacieku nie mógł autor stwierdzić. Dlatego też nakłucie uważa autor za sposób daleko lepszy i prędzej do celu wiodący. *Stopczański.*

Zoosc. **O klinicznej wartości cystopuryny.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 2). Pod tą nazwą wprowadzono do handlu nowe połączenie kenametylentetraminy z octanem sodu. Autor podawał cystopurynę w kołaczykach jednogramowych po 6 gr. dziennie. U 45 chorych, leczonych cystopuryną, nie zauważył Z. żadnych dolegliwości żołądkowych, ani zmniejszenia się apetytu. Nawet przy dawce 20 gr. dziennie nie występowały objawy zadrażnienia nerek, ani białkomocz. Czynność nerek przy podawaniu tej ilości cystopuryny wzmaga się, dzienna ilość moczu wzrasta. Korzystne, a szybkie działanie tego środka zauważył autor w 8 przypadkach nieżytów pęcherza, leczonych poprzednio przez czas dłuższy bezskutecznie innymi środkami, oraz w ostrym wiewiórze cewki moczowej. Pewien chory, który z powodu stulejki napletka nie mógł być leczony wstrzykiwaniami, leczony był tylko cystopuryną. Objawy ostrego wiewióra szybko w tym przypadku ustąpiły. W innych przypadkach wiewióra stosował autor cystopurynę obok miejscowego leczenia rozczynami soli srebrowych, przyczem działała ona bardzo korzystnie. *Stopczański.*

Prof. Kromayer. **Leczenie wiewiórowego zapalenia szyjki pęcherza przez lekarza praktycznego.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 1). Leczenie tego tak częstego powikłania wiewióra przedstawia dla lekarza praktycznego pewne trudności. K. zaleca przeto uproszczony sposób wkraplania rozczynów używanych obecnie przetworów srebrowych, n. p. albarginy 3 prc. Do tego celu zaleca zwyczajny cewnik jedwabny, którym wypuszcza mocz i wstrzykuje do 50 ctm.³ płynu do samego pęcherza, a kilka ctm.³ do jego szyjki. Rozczynów silniejszych nie zaleca, gdyż zanadto drażnią błonę śluzową. — W zapaleniach ostrych zaleca spokój i 5—10 litrów na dzień naparu liści mącznicy niedźwiedziny (*fol. uvae ursi*). Ze środków wewnętrznych stosuje prócz tego kawa-kawin i santyl, podawane naprzemian; środki te nie sprawiają zaburzeń żołądkowych nawet w dawce po 60 kropli trzy razy dnia. Zwraca jednak uwagę, żeby przetworów tych nie podawać zaraz z początku wiewióra, a dopiero w tym okresie, gdy sprawa chorobowa przechodzi na tylną część cewki. *Krzysztalowicz.*

H. Kassitz. **O znaczeniu leczniczem promieni Roentgena w rakach skórnych.** (*Arch. f. Derm. u. Syphl.* grudzień, 1906). Według K. do leczenia promieniami R. nadają się najlepiej raki skórne powierzchowne, a zajmujące niewielką przestrzeń. Wessaniu ulega tylko tkanka nowotworowa, a na jej miejscu powstaje cienka, gładka blizna. Dobre usługi oddają promienie R. także w rakach, wybujałych ponad powierzchnię skóry, o ile nowotwór nie zajmuje równocześnie głębszych warstw. W tych ostatnich przypadkach promienie nie działają na warstwy głębsze i dlatego autor radzi zabieg chirurgiczny po zastosowaniu promieni. W przypadkach raków daleko posuniętych osiąga się przez rentgenizacye zmniejszenie bolu i rozpadu, częściowe wessanie i pokrycie owrzodzenia. W końcu radzi K. używać tego sposobu leczenia wtedy, gdy chorzy zabiegowi chirurgicznemu poddać się nie chcą lub nie mogą ze względu na wiek i siły. Przeciwwskazanie według K. stanowią tylko raki, wychodzące z błon śluzowych i zajmujące głębsze warstwy skóry. Utkanie raka skórnego nie daje żadnych wskazówek, czy zastósować tę metodę leczniczą. Obok działania wprost na tkankę rakową równorzędną rolę przy rentgenizacyi przypisuje autor i odczynowemu bujaniu tkanki łącznej, która w ten sposób niszczy tkankę rakową. Używać powinno się tylko średnio miękkich rur i promieni w takiem nasileniu, żeby w 1—3 posiedzeń wywołać odczyn (średnio 5—6 H. według chromoradiometru Holzknechta), a unikać zawsze obumarcia tkanki zdrowej, co wywołuje łatwiej objawy zatrucia. W ten sposób zastosowane promienie R. dają wynik zupełnie równorzędny z zabiegiem chirurgicznym, a pod względem kosmetycznym najczęściej lepszy. *Dr T. Włyński.*

Położnictwo i ginekologia.

Müller. **W sprawie drobnowidowej budowy torbieli pochwowych.** (*Cas. lék. čes.* R. XLV, Z. 36, 37, 38, 39). Autor zbadał (w klinice Pavlika) 20 przypadków torbieli pochwowych, przyczem trzymał się podziału ogólnie znanego. Najciekawszą jest budowa torbieli z przewodów Wolffa-Gärtnera, sadowiących się znamiennie po bokach pochwy, nieco więcej ku przodowi, w niektórych przypadkach sięgających aż do tkanki przymacicznej. Obok jednokomorowych opisuje M. torbiele wielokomorowe. Ściana składa się często z warstwy mięsnej, na wewnętrznej jej powierzchni zdarza się budowa brodawkowata. Torbiele te zawierają białą lub żółtawą ciecz śluzową, wytwór wydzielania lub też rozpadu nabłonka. Nabłonek ten bywa jednowarstwowy lub dwuwarstwowy; w dwuwarstwowym wydłuża się czasem warstwa dolna w soplowate wielowarstwowe wyniosłości, na których warstwa górna z wałeczkowej, jaką jest zwykle, staje się płaską gdzieindziej. W jednym z przypadków był jednak nabłonek wielowarstwowy, zawierający gniazda komórek pęcherzykowatych, a obok energiczny rozrost, jak świadczyły liczne figury mitotyczne; w wielu miejscach zwyrodnienie śluzowe. W innym przypadku bujała dolna warstwa nabłonka w postaci wysokich wyrośli, łączących się ze sobą mostkami, a pokrytych cieniutką powłoką spłaszczonej powierzchownej warstwy nabłonkowej. Wnosi z tego M., że nabłonek tych torbieli, dopóki jest nieczynny, ma cechy zwykłego nabłonka wałeczkowego; torbiele wtedy zawierają treść skąpą, ściany pochwy nie wypuklają i nie sprawiają dolegliwości. Pod wpływem jednak podrażnienia (częste porody, opadnięcie ściany torbiela i t. d.) nabłonek bujać poczyna, oprócz zwykłego wydzielania powstaje zwyrodnienie śluzowe lub szkliste i rozpad nabłonków, naciek drobnokomórkowy i przekrwienie ściany, torbiel szybko się powiększa i staje się bolesna. — W torbielach, usadowionych bardziej ku przodowi, bliżej cewki moczowej, zdarza się znamienny nabłonek brukowy. Jedyny przypadek torbieli z przewodu Müllera miał nabłonek brukowy. Nigdzie tu nie było bujania gruczolakowego; treścią torbieli była ciecz ropiasta, a ściana jej posiadała własną okrężną warstwę mięsną. — Torbiele pochodzenia gruczołowego i kaszaki sadowią się powierzchownie. Pierwsze zawierają ciecz lepką, bezbarwną, drugie masę kaszakową. W pierwszych jest nabłonek wałeczkowy, w drugich brukowy. Torbiele gruczołowe powstają z pozostałości gruczołów zarodkowych, kaszaki zaś przez sklejenie się marszczek pochwowych. Wreszcie opisuje M. jeden przypadek chłoniaka (*lymphangiectasia*). *Dr Soulavý* (Praga).

Mäurer. **Wpływ chininy na skurcze macicy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 5) Autor, uwzględniając obszerne piśmiennictwo, opisuje własne spostrzeżenia z kliniki Pfannenstiela w Giesen. Podawał on w 78 przypadkach chininę i to wśród porodu czasowego w 50 przypadkach, przy porodach przedwczesnych i przy poronieniach po 14 razy. Celem wywołania bolów porodowych podawał zwykle wewnętrznie, a gdy chore temu się sprzeciwiały, podskórnie 1·00 chininy; po 2 godzinach, gdy bole jeszcze nie wystąpiły, lub gdy już ustały, podawał ponownie jeden gram, a po dalszych 5 lub 6 godzinach jeszcze jeden gram. Autor wysnuwa z tych doświadczeń następujące wnioski: Chinina zwiększa bole porodowe, a może nawet je wywołuje, czasem jednakże zawodzi; tak dla matki, jak i dla płodu jest nieszkodliwa. Polecić ją można jako znakomity środek do wywołania fizyologicznych bolów porodowych; autor przypisuje jej wielką wartość przy wywołaniu przedwczesnego porodu i przy leczeniu poronienia. Z objawów ubocznych wymienia M. szum w uszach, który jednak trwa krótko. *Engländer.*

Hippel i Pagenstecher. **Wpływ choliny i promieni rentgenowskich na przebieg ciąży.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 10, 1907). Autorowie w szeregu doświadczeń na królikach przekonali się, że najprawdopodobniej wskutek działania promieni rentgenowskich powstaje w ciele matki, przy wstrzykiwaniach zaś choliny wprowadza się doń czynnik, wytwarzający w ustroju matki istoty trujące, które z matki przechodzą na płód i niszczą zdolność życiową jego komórek. Obumarły płód ulega wessaniu, a zmiany, powstałe w macicy skutkiem ciąży, powoli ustępują. Płody żywo urodzone z matek, poddanych działaniu X-promieni i choliny, miały zaćmy, szczeliny powiekowe, były drobnooki i szybko ginęły. *Engländer.*

E. Louise i Montier. **O przepuszczalności łożyska dla rtęci.** (*Comptes rend. de la soc. de biol.* 1906, Nr 33). W 4 końcowych miesiącach ciąży wstrzykiwano codziennie kozie 20 mlgr. dwufenylanu rtęci, rozpuszczonego w octanie etylowym. Po porodzie stwierdzono chemicznie w łożysku 1·5 mlgr., w trzewiach zwierząt nowonarodzonych około 0·5 mlgr. rtęci. Płody były donoszone i zdrowe. Na podstawie tego doświadczenia radzą autorowie stosować wymieniony przetwór w czasie ciąży i karmienia u kobiet, dotkniętych kiłą. (Przepuszczalność łożyska dla rtęci w zatruciach sublimatem stwierdzili już poprzednio: Strassmann i Ziemke, oraz Mirto, Sorge, Marx i Porak. *Przyp. spr.*). *Bujak.*

Bass. **107 porodów w znieczuleniu skopolaminowo-morfinowem.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 11, 1907). Autor dochodzi do następujących wniosków: 1) Bole porodowe ulegały pod wpływem wstrzykiwań skopolaminy-morfiny w większej liczbie przypadków znacznemu osłabieniu. 2) Wystarczała dawka 0·0003 skopolaminy + 0·01 morfiny, zwiększenie dawki okazało się bezcelowe. 3) W niektórych przypadkach poród pod wpływem tych wstrzykiwań stanowczo opóźniał się, jednak po największej części nieznacznie i bez szkody dla matki i dziecka. 4) Bole parte i trzeci okres porodowy ulegały nieznacznej zmianie, gdyż działanie tłoczni brzusznej było słabsze. 5) Nie występowały żadne szkodliwe następstwa dla matki. 6) Dla dziecka natomiast wstrzykiwania skopolaminy-morfiny nie były obojętne. *Engländer.*

Gauss. **Tysiąc porodów w oszołomieniu skopolaminowem.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 4, 1907). Autor poleca ten sposób, udoskonalony przez siebie i wypróbowany w klinice Krönniga według przepisów, podanych przez siebie w *Ctrbl. f. Gyn.* 1907, Nr 2. Sposób ten jest zupełnie nieszkodliwy, co G. udowadnia liczbami, zbijając zarzuty Hocheisena, przytoczone w *Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 37/38. Sposób G. polega na badaniu pamięci chorej wśród oszołomienia, wywołanego przez zastrzyknięcie skopolaminy. *Engländer.*

Preller. **Zastosowanie oszołomienia skopolaminowo-morfinowego w położnictwie.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 4). Na podstawie 220 przypadków klinicznych dochodzi autor do wniosku, że sposób ten nadaje się na razie do celów klinicznych. Jeśli praktyk celem zmniejszenia bólów porodowych zechce użyć poza kliniką tego sposobu, musi być dobrze obeznany z dawkowaniem i własnościami skopolaminy, powinien poświęcić swym chorym sporo czasu, celem dokładnego śledzenia porodu; w końcu musi mieć na oku liczne przeciwwskazania, jak: znaczniejsze zaburzenia w krążeniu i oddychaniu, ciężkie ogólne osłabienie, osłabienie bolów porodowych pierwotne i następowe, przez Gaussa przytoczone choroby gorączkowe, ostrą niedokrwistość i śpiączkę. Częściowe przeciwwskazanie stanowić powinno bardzo długie trwanie porodu przy wązkiej miednicy i przy przedwczesnem pęknięciu pęcherza płodowego. O ile choroby nerek i rzucawka stanowią przeciwwskazanie, należy dopiero wyjaśnić. Rzucawki zarówno z Gaussem nie chciałby P. bezwarunkowo uważać za przeciwwskazanie. *Engländer.*

Peukert. **Technika znieczulenia lędźwiowego w oszołomieniu skopolaminowem przy operacyach chirurgicznych i ginekologicznych jamy brzusznej.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 4). P. opisuje sposób postępowania w klinice Kröniga i przyrząd, używany w klinice do nakłucia lędźwiowego. P. uważa ten sposób znieczulenia za pewny, polecając znieczulenie lędźwiowe, połączone z oszołomieniem skopolaminowem. *Engländer.*

Toff. **Kilka słów o chronieniu krocza.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 11, 1907). Aby nie nastąpiło pęknięcie krocza przy porodzie, powinna główka przerzynać się jak najmniejszym odcinkiem. Od 4 lat stosuje autor z niezawodnym, jak twierdzi, skutkiem swój sposób, polegający na tem, by tyłogłowie całe urodzić z pod spojenia łonowego, t. j. by płód karkiem oparł się o dolny kąt spojenia łonowego; gdy to nastąpi, należy dopiero wytaczać główkę przez odgięcie główki, przyczem dobrze jest przyciskać główkę do spojenia łonowego. Autor wprowadza więc podczas bolów palce pod spojenie i ściąga tyłogłowie, to jest zwiększa jeszcze bardziej fizyologiczne nagięcie, a gdy się kark płodu dostanie pod spojenie, wtedy następuje wytaczanie główki. *Engländer.*

Langes. **Leczenie położenia poprzecznego zaniedbanego.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 11, 1907). Zamiast dość trudnego sposobu Millera (*Münch. med. Wochs.* Nr 7, 1907), poleca L. sposób, z dobrym wynikiem stosowany przez Löhleina. Löhlein radzi w tych razach wykonać obrót na nóżkę, ułożywszy rodzącą na czworakach, co ułatwi znacznie wykonanie zabiegu i nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa. Wprawdzie operując w ten sposób, łatwiej można wprowadzić powietrze do macicy, ale obawy zatoru powietrznego niema, gdyż wnętrze macicy wyścielone jest jeszcze błonami płodowemi, a żadne naczynie krwionośne nie jest otwarte. *Engländer.*

A. Czyżewicz (jun.). **Rzadki przypadek ciąży jajowodowej.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1906, Nr 50). W 8 miesięcy po ostatniej miesiączce ustały, po upadnięciu, ruchy płodu, wystąpiło przez 3 tygodnie trwające krwawienie i bole w krzyżach, a brzuch zaczął się pomniejszać. Badanie wykryło guz napięty, twardy, przylegający do prawego brzegu nieznacznie wydłużonej (9 ctm.) macicy. Rozpoznanie niepewne. Przy operacyi znaleziono guz, wychodzący z jajowodu prawego, twardy, wolny; na szczycie otworek, z którego wyzierają włosy. Po wycięciu guza znaleziono w jego wnętrzu płód (2200 gr., 48 ctm.) wymokły, przedartą pępowinę i łożysko. Przejście obu odcinków jajowodu w worek płodowy dało się łatwo stwierdzić. Otwór na górnej ścianie worka był następstwem ucisku. Jajnik i ujście brzuszne jajowodu wolne, więzadło okrągłe przebiega na wewnątrz od guza. Brak pęknięcia jajowodu tłómaczy S. silnym przerostem ścian, dochodzących do 1 ctm., jakoteż wczesnem zarośnięciem światła w obu odcinkach jajowodu z przyczyn mechanicznych. Tak silny przerost jest możliwy, jak tu właśnie, przy narządach zupełnie zdrowych. W związku z tem pozostaje również brak zrostów. Niezakażone wody płodowe i produkty maceracyi uległy tak samo wessaniu bez śladu, jak gdyby chodziło o wylew niezakażonej krwi. Brak krwawień w przebiegu tej ciąży uważać należy za rzecz wyjątkową. *B. Wojciechowski.*

J. Bucura. **Przypadek ciekawego zejścia ciąży jajowodowej.** (*Wiener klin. Wochs.* 1997, Nr 4). Autor opisuje przypadek ciąży jajowodowej, przy którym pojawiały się krwawe stolce. W przypadku tym nastąpiło niezupełne poronienie ciąży jajowodowej i przebicie worka płodowego do jelita z następowem ujściem krwi. Całą sprawę tłómaczy B. w ten sposób: wskutek wiewióra wytworzyły się zrosty okołomaciczne; w tak zmienionych częściach rodnych wytworzyła się ciąża jajowodowa prawostronna. Przydatki lewe zrośnięte z macicą. Ciąża ta rozwijała się dalej w bańce jajowodu (*ampulla*) i w jamie zamkniętej, ograniczonej przez zrośnięte ze sobą pętle jelitowe. Skutkiem zakażenia nastąpiło zapalenie jajowodu, zropienie worka płodowego, przebicie do jelita i następowo krwotok jelitowy, który spowodował zejście śmiertelne. *Engländer.*

Scefelder. **Przyczynek do zapobiegania zapaleniu spojówek u noworodków.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 10, 1907). Autor zaleca 1 prc. rozczyn octanu srebrowego (*arg. aceticum*) jako środek lepszy od azotanu srebrowego, gdyż nie paruje, przez co zgęszczenie jego się nie zmienia i nie drażni spojówek; zresztą zaś w niczem nie ustępuje azotanowi srebrowemu. Wywody swe popiera S. doświadczeniem, zebranem w 500 przypadkach. *Engländer.*

Kaupe. **Nowa pompka mleczna.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 3, 1907). Autor poleca zmodyfikowaną pompkę Ibrahima, mającą tę zaletę, że mleko matki niezanieczyszczone bywa wprost doprowadzane do ustroju oseska. (Opis dokładny patrz w oryginale). Autor wypróbował ją w swej praktyce prywatnej, jakoteż w klinice Fritscha w Bonn. W pierwszym rzędzie poleca ją w przypadkach, gdy noworodki same ssać nie umieją, lub gdy chodzi o oddzielenie dziecka od matki, chorej na chorobę zakaźną, prócz tego do odciągania nadmiernej ilości pokarmu, do zapobiegania zastoinie mleka w gruczole sutkowym matki; a nadto w celu wyciągania brodawki jeszcze przed porodem. *Engländer.*

A. Döderlein. **W sprawie zapobiegania połogowemu zapaleniu sutka.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1906, Nr 49). D. poleca t. zw. »gaudaninę«, rozczyn benzynowy paragummi, zawierający około 1 prc. formaliny, do pociągania nią brodawki kobiety karmiącej. Po odparowaniu benzyny i zapudrowaniu tworzy się delikatna, sprężysta błonka, przylegająca lepiej, niż kleina (*collodium*) do podstawy i dająca się zmyć tylko benzyną lub eterem. Błonka ta przerywa się pod wpływem ssania tylko w miejscach, odpowiadających ujściom przewodów mlecznych, chroniąc zresztą brodawkę od skaleczeń i zakażenia. Pędzlowanie powtarza się 2—3 razy dziennie. *B. Wojciechowski.*

J. Strasburger. **O wykryciu sporyszu w kale.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1906, Nr 49). Udaje się to łatwo. (Sposób badania obacz w oryginale). W przypadkach zbrodniczego poronienia możnaby, o ile niema biegunki, w ciągu 1—1½ dnia sporysz jeszcze wykryć, podobnie przekonać się o niewłaściwem podaniu sporyszu przez położną, jakoteż uzyskać podstawę w razie zatrucia chlebem, zawierającym sporysz. *B. Wojciechowski.*

A. Zweig. **W sprawie wodolecznictwa w okresie przekwitania.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 11, 1907). Autor poleca w okresie przejściowym zabiegi wodolecznicze, zwłaszcza kąpiele 34—32° C., dwa do trzy razy tygodniowo wśród dnia, nie na noc, pomiędzy niemi kąpiele nożne z wody wystałej. Chorym, źle oddziaływającym, radzi Z. dodawać do kąpieli soli. Bez kąpieli nasiadowych z kwasem węglowym i elektrycznych można się zupełnie obejść; nierzadko źle je chore znoszą, a przytem kąpiele te są droższe. Z. poleca również suche opakowania krótkotrwałe, tak aby nie wywołać potów, poczem zmywania wodą o ciepłocie 32° C. częściowe lub całkowite. W każdym przypadku należy jednakże indywidualizować. *Engländer.*

Sacher Masoch i Masochizm.

Szkic literacko-psychiatryczny według collegium publicum.

Skreślił

Prof. Dr L. Wachholz.

(Ciąg dalszy.)

Inaczej przedstawia się w tej mierze piśmiennictwo obcej np. niemieckie lub francuskie. Pomijając już, że w sagach staroniemieckich, np. w Nibelungach znajdujemy typ wampirycznej Brunhildy obok masochicznego Guntera, to nowsza i najnowsza literatura niemiecka stworzyła szereg dzieł masochicznych, że wymienić np. dramat Fryderyka Müllera »Golo i Genowefa«, w którym bohaterka jest pierwowzorem Wandy Dunajew Sacher-Masocha, powieści Hansa Fuchsa »Claire« lub »Po ciernistych ścieżkach« i t. d. Śladów masochizmu dopatruje się Schlichtegroll słusznie nawet w utworach Göthego [39]). W literaturze francuskiej spotykamy się z tak jawnym masochistą, jak Rousseau, z typami tak wyraźnie masochicznymi, jak kochanek Manon Lescaut w powieści tejże nazwy Prévosta, jak kochanek bohaterki powieści Richepina »La Glu« i t. d. — A piśmiennictwo stanowi przecież odbicie życia, zatem skoro w naszem piśmiennictwie masochicznych typów nie można odszukać, to i stąd wniosek, że masochizm jest nam dotąd obcy.

Na Rusi wedle Maciejowskiego kobieta »zostawszy żoną, żyła tylko dla męża«. Do komnat jej nikt prócz męża nie miał przystępu, wejście do nich wiodło przez jego izbę. Wedle Ł. Gołębiowskiego [40]) u ludu ruskiego »mąż przywłaszcza sobie najwyższą władzę nad żoną, karze ją i bije, gdy opuszcza gospodarstwo, nie pilnuje domu i t. d. Mężczyzna ruski zdaje pracę na swą żonę«.

Sacher-Masoch podaje za ruski obyczaj, że w czasie zaślubin (np. w »Sądzie ludu«) pan młody zdejmuje pannie młodej bucik niejako na znak swej uległości względem niej. W tym względzie autor nasz albo się pomylił, źle poinformowany, lub też rozmyślnie obyczaj ten na swoją modłę przerobił. W istocie bowiem rzecz się ma odwrotnie, gdyż to panna młoda zdejmuje panu młodemu obuwie na znak uległości. Co więcej na zdjęciu obuwia obrzęd się nie kończy. Gdy panna młoda zdejmie swemu mężowi but prawy, on jej wręcza pieniądz, w nim ukryty, gdy zdejmie but lewy, uderza ją biczem zań zatkniętym. Ten sam zwyczaj istniał także na Litwie i był w użyciu aż do Jagiełły nawet u rodzin znaczniejszych. Na Rusi druchny lub panna młoda, przez nie wiedziona do pana młodego, nucą: »Da ne sama idu, da wedut mene«, a w śpiewie tym tkwi wyraz bojaźni przed swym przyszłym władcą i panem. Na Litwie śpiewa panna młoda w wigilię ślubu w czasie obrzędu, zwanego »kunigowaniem«, pieśń: »Pokłon ci o słońce, które zachodząc okrywasz ten smutny ostatni wieczór, co ma być wstępem do mojej srogiej niewoli i bojaźni«. — Obyczaj zdejmowania obuwia w czasie wesela był w nieco zmienionej formie znany w Niemczech. Wedle Plossa pozostawała kobieta u pogańskich Germanów pod opieką swego opiekuna, ojca i t. d. Chcący ją pojąć za żonę, musiał ją z tej opieki (Munt, stąd Vormund = opiekun) wykupić. Później stał się trzewik symbolem tego przeniesienia opieki i władzy nad kobietą z opiekuna jej na męża. Narzeczony przynosił jej trzewik, a gdy go ona włożyła, składała tem dowód swego poddania się jego władzy. Stąd wynikło wyrażenie się »bohaterstwo pantoflowe«, przez które rozumie się stan odwrotny, t. j. »wstąpienie mężczyzny w bucik kobiety« czyli poddanie się jego jej władzy. Mimo opiekuństwa, jakiemu ulegała kobieta u Germanów, była ona przecież, jak się wyraża Ploss, poważaną i cenioną. Dla niej i przed nią staczano turnieje, z jej rąk brano nagrody. Stanowisko jej wybitne u Germanów dawało bezwzględnie więcej pola do wytworzenia się anormalnego stosunku między nią a mężem, do masochizmu, tak bezpodstawnie odnoszonego przez Sacher-Masocha do stosunków w Słowiańszczyźnie, a zwłaszcza w Polsce i na Rusi.

IV. Uwagi psychopatologiczne.

Poznawszy naszego autora z jego życia i twórczości i rozpatrzywszy się w realnych danych tego tła, na którem największą część swych utworów snuje, godzi się zapytać, czy stworzone przezeń typy są fizyologiczne, a więc prawidłowe i czy, jeźliby je należało uważać za anormalne, one same nie dozwalają już wnosić, że twórca ich był również anormalny?

Eulenburg powiada w pierwszem swem dziele [41]), że »typy Sacher-Masocha nie mają w sobie nic chorobowo erotycznego, nic z zakresu patologii płciowej, lecz wynikają z realnych (przynajmniej wedle zapatrywania ich autora w istocie tak ukształtowanych) kulturalnych i etnologicznych stosunków«. W dziele zaś późniejszem [42]) tak się wyraża Eulenburg: »Jeźli zgodzić się trzeba z tem, że Sacher-Masoch czerpał z pewnego środowiska i z pełnych wrażenia wspomnień młodości, i że postaci jego wynikały przynajmniej w części z istniejących w istocie kulturalnych i etnologicznych stosunków, to przecież rozwinęły się te jego wcześnie wytworzone zapatrywania i wyobrażenia w »myśli nadwartościowe« tylko mocą wewnętrznej słabości i braku odporności jego natury; myśli te nie opuściły go przez całe życie i wywarły doniosły wpływ tak na jego całą artystyczną działalność jak również, choć niestety, na jego osobisty bieg życia«. Tem późniejszem oświadczeniem obala więc Eulenburg zapatrywanie swe pierwotne co do prawidłowości typów, stworzonych przez Sacher-Masocha, albowiem przyznaje im tylko w części podstawę etnologiczno-kulturalną, głównie przecież wywodzi je z myśli nadwartościowych, zrodzonych w tym kierunku w jego umyśle. Innemi słowy znaczy to, że typy Sacher-Masocha nie są przecież tak prawidłowe, jakimi mogłyby się wydawać temu, którby przypadkowo jeden lub dwa jego utwory przeczytał. Gdyby typy zasadnicze Sacher-Masocha były w utworach jego tylko epizodyczne, a więc niezasadnicze, to straciłyby na patologicznem znaczeniu wogóle, a już w szczególności w odniesieniu do osoby swego twórcy. Wtedy nie mogłaby też psychiatrya, a w szczególności Krafft-Ebing utworzyć z nich jednolitego typu masochicznego. Skoro zaś typ mężczyzny do ostateczności uległego sile płciowej kobiecej, obok typu kobiety, do ostateczności chciwej władzy nad pierwszym, przewijają się jak nić czerwona przez cały artystyczno-literacki dorobek autora, przeto nabierają one zasadniczego, a patologicznego znaczenia. Nikt, komu psychopatologia płciowa jest znaną, nie zaprzeczy, że typy męzkie i kobiece Sacher-Masocha wydarzają się w życiu codziennem, lecz każdy przyzna, że typy takie, zwłaszcza męzkie, odbiegają od prawidła, a więc należą do wyjątków. Tłomaczenie genezy tych typów słowiańskim pierwiastkiem Sacher-Masocha po wywodach w poprzednich rozdziałach upada, zresztą w myśl tych wywodów byłyby one raczej zrozumiałe u Niemca, niż u Słowianina, za jakiego uważać się nie miał Sacher-Masoch dostatecznej podstawy. Tej podstawy nie dostarczył Schlichtegroll nawet przytoczeniem następującego epizodu z życia autora. Miał on raz doznać na jednej z austryackich stacyi kolejowych silnego wzruszenia na widok kilku wieśniaków rusińskich w ich strojach ojczystych i miał poczuć w sobie wspólność pochodzenia z nimi. Poczem czytamy: »Z podobnie gorącem spojrzeniem zwykł on (Sacher-Masoch) stawać przed wystawą kuśnierską, z której poglądają na nas futra wypchanych lwów lub polarnych niedźwiedzi«. Z powyższego zresztą cynicznego zestawienia, wielkiego, czy też raczej czułego przywiązania jego, objawianego w równym stopniu do wieśniaków rusińskich i do lwich lub niedźwiedzich manekinów, wynika jedynie to tylko, że jeźli przywiązanie do wypchanych zwierząt dowodzi tylko fetyszyzmu, to także umiłowanie ludu rusińskiego zdaje się być tylko fetyszyzmem zwróconym do odmiennego przedmiotu. Z tem wszystkiem uderzać musi potęga suggestyi, jaką podziałał Sacher-Masoch w kierunku wywodzenia masochizmu ze źródła etnologiczno-kulturalnego (słowiańskiego) nietylko na laików, wielbicieli swego talentu, lecz i na poważnego neurologa, jakim jest Eulenburg, któremu przecież równocześnie nawet przez myśl nie przeszło wywodzić sadyzmu od romańskiego pochodzenia markiza de Sadea, mianodawcy tego zboczenia. Jak więc sadyzm, tak i masochizm nie mają swego źródła w pewnem etnicznem środowisku, lecz tylko w nieprawidłowej *vita sexualis*, która może się wydarzyć tak dobrze u ludzi romańskiego, lub germańskiego, jak i słowiańskiego pochodzenia. Wreszcie, jak wiadomo, już rzymscy poeci np. Propercyusz, Tybullus i Katullus opiewali w swych poezyach masochiczny stosunek mężczyzny do kobiety, a niektórzy cezarowie rzymscy np. Nero byli wedle opisu Swetoniusza dotknięci obok innych perwersyi także masochizmem, mimo to przecież nie można u nich nawet myśleć o wpływie pierwiastka słowiańskiego. (C. d. n.)

[39]) N. p. w wierszu »Lilis Park« i »Erwin und Elmire«.

[40]) Lud Polski. Warszawa 1830.

[41]) Sexuale Neuropathie l. c. str. 112.

[42]) Sadismus und Masochismus l. c. str. 50.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 4. stycznia 1907.

(Protokół urzędowy).

(Dokończenie.)

II) Kol. Franke przedstawia przypadek **zgorzeli goleni i stopy** prawej u chłopca 17-letniego. Chłopak ten zachorował przed 3 tygodniami wśród objawów lekkiego zapalenia gardła, gorączki i silnych bolów w jamie brzusznej, nudności, wymiotów, co było przyczyną rozpoznania ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Wskutek tego też z oddziału chorób wewn. szpit. powsz., gdzie chory wtedy leżał, przeniesiono go na oddział chirurgiczny. Tu wystąpiło po trzech dniach nagłe cierpnięcie i znieczulenie obu kończyn dolnych, które z jednej kończyny (lewej) wkrótce, bo już po paru minutach ustąpiło, pozostając w kończynie drugiej (prawej), gdzie też dotąd się utrzymuje. Chorego umieszczono następnie w klinice chorób wewn. Prócz zgorzeli daje się stwierdzić: stan podgorączkowy, nad końcem serca lekki szmer skurczowy (bez objawów rozszerzenia serca), w jamie brzusznej bolesny opór nad talerzem biodrowym prawym, w kończynie zaś, dotkniętej zgorzelą, prawie zupełny brak tętna w tętnicy udowej. Mimo tego szczegółu zgorzel ograniczyła się tylko do $^2/_3$ goleni i całej stopy. Wobec nagłego wystąpienia zmian w kończynie i obecności szmeru skurczowego nad końcem serca należałoby w tym przypadku myśleć o sprawie zapalnej wsierdzia (*endocarditis*), być może z przewagą zmian na ścianach komór. Skrzep, powstały w sercu, uniesiony prądem krwi, zaczopować mógł tętnicę udową prawą i to, jak można sądzić z braku tętna, usadowił się prawdopodobnie w jej pniu, a nie w rozgałęzieniach. Dla sprawy, toczącej się w wyrostku, równie jak na wsierdziu, musimy przyjąć tło wspólne, jakieś zakaźne, być może grypę, którą, w czasie nagminnego jej we Lwowie panowania w grudniu r. z., chory miał przebyć. Postępowanie jest co do nogi na razie wyczekujące.

Dyskusya: Kol. prof. Ziembicki zaznacza, że o ile w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego znane są zakrzepy żylne w zakresie kończyny dolnej po tej samej stronie, to zaczopowanie tętnicy nie dałoby się łatwo wytłómaczyć. Podnosi nadto nasuwające się czasami trudności w odróżnianiu zaczopowania żylnego od tętniczego.

Kol. Pisek ma wrażenie, że zapalenie wyrostka robaczkowego nie jest powodem tej zgorzeli, że do jej wytłómaczenia wystarcza zupełnie stan serca. Zgadza się na rozpoznanie zaczopowania tętnicy, pozostawałoby tylko do rozstrzygnięcia: jakiej tętnicy i na jakiej wysokości (niektóre bowiem tętna są wyczuwalne). Związek między zapaleniem wyrostka robaczkowego, a zaczopowaniem tętnicy, wydaje się mowcy zupełnie nieprawdopodobnym.

Kol. prof. Kadyi sądzi, że wszystkie trzy tętnice goleni są zamknięte. Krążenie oboczne sprawia, że częściowo odbywa się odżywianie. Mowcy wydaje się nieprawdopodobnem, ażeby zaczopowaną była tętnica udowa w swym górnym przebiegu.

Kol. prof. Ziembicki zwraca uwagę, że gdyby zaczopowanie było nizko, to powyżej przeszkody siła tętna byłaby zwiększona, czego tu nie stwierdzamy. Przeciwnie, już pod więzadłem Pouparta tętno jest niewyczuwalne, co świadczy o istnieniu przeszkody gdzieś powyżej. Zwracając się do kol. Piska, podnosi mowca dobry ogólny stan chorego, wobec którego należałoby tylko z pewnemi zastrzeżeniami przyjmować zapalenie wsierdzia.

Kol. Stauber przypomina sposób podany przez Moszkovica, ułatwiający rozpoznanie siedziby przeszkody w krążeniu zapomocą opaski Biera.

Kol. prof. Kadyi przyznaje słuszność uwadze kol. prof. Ziembickiego, że brak wzmożonego tętnienia wyłącza zamknięcie światła tętnicy nizko.

Kol. prof. Mars, opierając się na znanem doświadczeniu, że po podwiązaniu nawet grubych naczyń nie następuje zgorzel, sądzi, że tu inne jeszcze czynniki składają się na jej powstanie, a nie samo tylko zwężenie, czy zamknięcie światła. Podnosi trudność rozpoznawania, na jakiej wysokości powstaje takie zamknięcie. Obecność plam powyżej przemawia za tem, że i zaczopowanie jest znacznie wyżej, niżby to się mogło wydawać.

Kol. Wolf stwierdza, że po podwiązaniu pnia tętniczego powyżej t. głębokiej (*a. profunda*), jakoteż po podwiązaniu t. podkolanowej (*a. poplitea*) nie powstaje zgorzel, z wyjątkiem tych przypadków, gdzie się podwiązuje równocześnie żyłę.

Kol. Stachiewicz zapytuje, czego możnaby oczekiwać w tym przypadku od zabiegu chirurgicznego.

Kol. prof. Ziembicki radzi przedewszystkiem zachowywać się wyczekująco, tembardziej, że stan ogólny jest względnie dobry. W danym razie nie wahałby się odjąć kończynę tuż ponad kolanem.

III) Kol. Reis okazał preparaty mikroskopowe, pochodzące **z nitkowatego zrostu obu powiek** u noworodka (*ankyloblepharon filiforme adnatum*). Brzegi powieki oka lewego były mianowicie mniejwięcej w samym środku połączone zapomocą cienkiej nitki, długiej 2 mm. Przy unoszeniu powieki ku górze nitka ta dała się wydłużyć do 4 mm. Przypadek należy do szeregu bardzo rzadkich (w piśmiennictwie podano podobnych zaledwie pięć). Sposób powstawania podobnych zrostów nie jest dokładnie znany. Prelegent wyłącza przypuszczenie, jakoby to miała być pozostałość z życia płodowego, skłania się natomiast do zdania Wintersteinera, który przypuszcza możebność zranienia brzegu powiekowego, n. p. paznokciem płodu. Preparaty mikroskopowe, stwierdzające istnienie naczyń wśród tkanki łącznej, tworzącej główną część składową nitkowatego zrostu, zdają się przemawiać za tem właśnie tłómaczeniem.

Sekretarz: *Witold Ziembicki.*

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lek. krak.

Posiedzenie z dnia 10 marca 1906.

1) Na wniosek doc. dra Lembergera uchwalono przedstawić Towarzystwu lek. krak. jako wyroby, polecenia godne: *a*) **chleb dla chorych na cukrzycę** wyrobu p. **Gurgula** w Jarosławiu; *b*) tran jodowo-żelazisty **„jecolerrol“**, wyrobu dra Juliusza **Franzosa**, aptekarza w Tarnopolu; *c*) przetwory fabryki **„Beskid“** w Białej, a mianowicie: równorzędne podobnym zagranicznym środki odkażające: **kreseptol** (zawiera fenol i kwas olejowy), **septosol** (wodny rozczyn mydła kresolowego), **lithantrol** (produkt smołowy, utworzony przy udziale mydeł żywicznych), dalej przetwór waselinowy **viskogen** (zaróbka dla maści), i środek odkażający (w 5—8 prc. rozczynie) **formasol** (mieszanina formaliny z mydłem z dodatkiem olejku bergamotowego).

2) **Syrup thymo-sulfo-gwajakolowy** wyrobu p. K. **Armatysa** w Stanisławowie o składzie: *Kalii sulfo-guajacolici 8, Syr. cort. aurant. 130, tinct. fruct. aurant. immat. 10, Extr. thymi fluid. 2*, uchwalono na wniosek doc. dra Lembergera polecić Towarzystwu dopiero wówczas, gdy p. Armatys uzyska pozwolenie ministerstwa na rozpowszechnianie tego leku.

3) Przewodniczący przedstawił prośbę mleczarni dóbr Łuczanowice o przepis i pozwolenie na wyrób mleka podwójnego i potrójnego, na którą stosownie odpisał. Sprawę odłożono do nadejścia dalszej odpowiedzi mleczarni.

4) Uchwalono wezwać listownie dra M. Śliwińskiego o wyaśnienie, w jaki sposób załatwione zostało pismo gremium aptekarzy Galicyi zach. z m. lutego 1904.

5) **Alcarsodyl** wyrobu apt. p. **Wewiórskiego** we Lwowie oddano do zbadania i ocenienia doc. drowi Lembergerowi.

6) Uchwalono zapytać p. Sokoła, nożownika w Krakowie, czyby się nie zajął wyrobem **narzędzi chirurgicznych.**

7) Uchwalono wezwać wszystkich, których wyroby polecała komisya przem.-lek., aby te wyroby przysyłali komisyi celem kontrolnego zbadania.

8) Zbadanie i ocenienie **zakładu kefirowego** p. **Lipińskiej** w Krakowie powierzono drowi Bierowi i Korolewiczowi.

9) Kontrolę **fabryki opatrunków** p. M. **Dobrowolskiego** w Podgórzu polecono doc. Rutkowskiemu i drowi Bierowi.

10) Kontrolę **mleczarni** p. **Dobrzyńskiej** w Krakowie polecono drowi Bierowi i Korolewiczowi.

11) Kontrolę fabryki **pieczywa dyetetycznego** p. **Gurgula** w Jarosławiu powierzono drowi Trzaskowskiemu.

Posiedzenie d. 13 czerwca 1906.

1) Na podstawie dokonanych przez doc. dra Lembergera badań uchwalono przedstawić Towarzystwu lek. krak. jako polecenia godne wyroby apt. p. **Wewiórskiego** we Lwowie, a mianowicie ampułki. zawierające po 1 ctm.³: *neo-alkarsodylum* (*natr. methylo-arsenicicum*) *alkarsodylum purum* (*natr.*

kakodylicum), *alkarsodylum modificatum (atoxylum) i alkarsodylum ferratum* (*ferrum kakodylicum*).

2) Przyjęto do wiadomości zgodność badań kontrolnych pigułek wyrobu p. **Mańkowskiego** w Sieniawie z poprzedniemi badaniami.

3) Przyjęto do wiadomości zgodność badań kontrolnych **pastylek tyreoidynowych** wyrobu p. **Bartmańskiego** w Krakowie z poprzedniemi badaniami.

4) Uznano, że dla braku funduszów komisya nie może własnym kosztem przeprowadzić badań kontrolnych **piwa żelazistego** p. **Kwiatkowskiego** z Suczawy, i o tem uchwalono p. Kwiatkowskiego zawiadomić.

5) Pismo »Polskiego Towarzystwa balneol. z 22/V. 1906 w sprawie zaliczenia wód mineralnych galicyjskich do kategoryi wód leczniczych celem uzyskania ulg celnych w Rosyi, oddano do referatu doc. drowi Lembergerowi.

6) Przyjęto do wiadomości sprawozdanie dra Biera i Korolewicza z kontroli **zakładu kefirowego** p. **Lipińskiej** w Krakowie, która stwierdziła w zakładzie tym zupełny porządek.

7) Ponieważ kontrola **mleczarni** p. **Dobrzyńskiej**, przeprowadzona przez dra Biera i Korolewicza, stwierdziła, że sposób przyrządzania mleka podwójnego i potrójnego pozostawia dużo do życzenia, zarówno jak i urządzenie pracowni, przeto uchwalono zażądać usunięcia znalezionych braków. Od odpowiedniego urządzenia pracowni, oraz od wyników niespodziewanie przez komisyę zarządzanego badania chemicznego i bakteryologicznego zależeć będzie dalsze przyznanie firmie p. E. Dobrzyńskiej prawa do ogłoszenia, że sztuczne jej mleka są polecone przez Tow. lek. krak.

Posiedzenie 29 listopada 1906.

1) Wobec uzyskania pozwolenia ministerstwa na rozpowszechnienie **syrupu thymo-sulfo-gwajakolowego** wyrobu p. **Armatysa** w Stanisławowie uchwalono przedstawić Towarzystwu lek. krak. ten przetwór, jako polecenia godny.

2) Przewodniczący zawiadamia, że Towarzystwo lek. krak. zaliczyło na pos. w d. 21/XI. 1906 **alkarsodyl** wyrobu p. **Wewiórskiego** do przetworów, przez siebie poleconych.

3) Przewodniczący z powodu wyjazdu z Krakowa składa swój urząd, oddając czynności wiceprezesowi doc. drowi Seńkowskiemu. Sekretarz komisyi: *Dr B. Korolewicz.*

Kronika historyczna na kwiecień.

Zestawił

Dr Adam Langie.

2. kwietnia 1578 r. urodził się w Folkestone (płd. Anglia) Wiliam Harvey. Medycynę studyował w Cambridge i Padwie, poczem został lekarzem w londyńskim szpitalu św. Bartłomieja, a następnie profesorem anatomii i chirurgii, nadwornym lekarzem królów Jakóba I. i Karola I. i członkiem »Royal College of Physicians of London«. Umarł 3. czerwca 1657 r. — Epokowe dzieło, wydane 1628 r. jako owoc 17-letnich badań: *»Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus«* zadało cios starożytnym błędnym pojęciom i stało się podstawą nowoczesnej nauki o krążeniu krwi. Wprawdzie zrazu poglądy Harveya spotkały się z gwałtowną polemiką, z szyderstwem nawet, ale przetrwały niespożycie wszystko i w końcu nawet tak zaciekli przeciwnicy jak Guy-Potin w Paryżu, uchylić musieli czoła przed wielkiem odkryciem.

4. kwietnia 636 r. umiera Isidorus Hispalensis, biskup sewillski, jeden z najwybitniejszych pisarzy epoki medycyny klasztornej, autor dzieła: *»Liber etymologiarum s. Origines«*. Jestto encyklopedya w 20 księgach, z których księga czwarta traktuje o medycynie; nie podaje ona wprawdzie nic nowego, ale jest dobrą kompilacyą, opartą głównie na pismach Caeliusa Aureliana.

10. kwietnia 1755 roku urodził się w Meissen (Saksonia) Samuel Hahnemann. Po ukończeniu medycyny w Lipsku i w Wiedniu praktykował w różnych miastach, nie zdołał jednak zyskać większej wziętości. Dopiero gdy w 1810 r. ogłosił zasady nowej metody leczenia w książce p. t. »Organ der rationellen Heilkunde«, tłumy chorych i lekarzy cisnąć się do niego zaczęły do Lipska. W r. 1828 wydał drugą książkę, poświęconą swej doktrynie p. t. »Die chronischen Krankheiten, ihre Natur und homöopatische Heilung«. W roku 1834 przeniósł się do Paryża i tam w podeszłym wieku umarł 1843 r. — Nauka jego narobiła wiele wrzawy, wywołała zaciętą polemikę, której owocem były stosy broszur i rozpraw, opanowała niemal większość umysłów w Europie na pewien czas (między r. 1811 a 1821), potem jednak upadła bezpowrotnie, nie mając podstaw ściśle naukowych, a będąc raczej tworem fantazyi, snutej przy zielonym stoliku. Poglądy Hahnemanna były pokrótce następujące: Choroba polega na zwichnięciu siły życiowej, lekarz, nie dociekając podstaw tego, powinien zająć się jedynie objawami i usuwać je stosując środki, które wywołują w ustroju stan jaknajpodobniejszy do objawów choroby w myśl zasady: *»similia similibus curantur«*. Tylko małe dawki leków działają korzystnie, stąd osobne przepisy rozcieńczania silnych środków i sporządzania w ten sposób apteki homeopatycznej.

11. kwietnia 1755 r. urodził się w St.-André Filip Pinel. Z początku uczęszczał na teologię, dopiero w 30 r. ż. poświęcił się naukom lekarskim, które odbywa w Tuluzie i Montpellier. Następnie udał się do Paryża, gdzie pod wrażeniem tragicznego wypadku, jakiemu uległ jeden z jego przyjaciół, chory umysłowo, poświęcił się psychiatryi, kładąc niezmierne zasługi około poprawy doli obłąkanych, których aż do jego czasów zamykano w zakładach, będących właściwie strasznemi więzieniami, a zamykano nie w celu leczenia, lecz dla odosobnienia ich, jakby zwierząt drapieżnych, od reszty ludzi zdrowych. Zwrot korzystny pod tym względem zawdzięcza ludzkość Pinelowi, bo on dowiódł, że obłąkani są ludźmi chorymi, z którymi trzeba się obchodzić stanowczo, ale łagodnie, a nie katować, że wielu z nich, uważanym dawniej ryczałtowo za nieuleczalnych, można przecież zdrowie przywrócić, poznawszy zmiany chorobowe, toczące się w ich mózgu. Zapatrywania swe zebrał Pinel w dziele napisanem 1791 r. p. t. »Sur l'aliénation mentale«. Również jako patolog zerwał Pinel jeden z pierwszych, z dawnemi teoryami, nie popartemi ani badaniem przyczyn, ani śledzeniem istoty choroby. Oświadcza się on stanowczo za metodą analityczną badań patologicznych, a w leczeniu i rozpoznawaniu chorób opiera się na obserwacyi obrazu klinicznego. W dziele swem o metodzie analitycznej w medycynie, wydanem 1789 r., usiłuje dotrzeć do zmian anatomicznych w tkankach i zmianami temi tłómaczyć objawy chorobowe. Umarł 26. października 1826 roku w Paryżu, a pamięć jego dotąd przypomina obraz pędzla Roberta Fleury, umieszczony w wielkim amfiteatrze Salpetrière, przedstawiający uwolnienie obłąkanych z więzów i tortur.

18. kwietnia 1873 roku ogłasza Fryderyk Esmarch na zjeździe chirurgów niemieckich sposób wywoływania sztucznie miejscowej bezkrwistości. Rzecz ta łącznie z dwiema innemi zdobyczami chirurgii XIX. wieku, t. j. uśpieniem chloroformem i przeciwgnilnem opatrywaniem ran, rozstrzygnęła o przyszłości zabiegów chirurgicznych, dozwalając bowiem operować bezkrwawo, umożliwiła zabiegi takie, które przedtem groziły życiu.

21. kwietnia 1881 roku umiera w Krakowie Stanisław Janikowski. Ur. 6. maja 1833 w Warszawie, syn Andrzeja, profesora warszawskiego uniwersytetu, doktoryzuje się w Dorpacie 1856 roku, poczem jako lekarz szpitala Dzieciątka Jezus osiada w Warszawie, gdzie zostaje redaktorem »Pamiętnika Tow. lek. warszawskiego«. W r. 1866 mianowany profesorem medycyny sądowej i policyi lekarskiej w Krakowie. Tutaj przedewszystkiem wykołatał u rządu osobne prosektoryum dla sekcyi sądowych i skromny na początek inwentarz tej katedry. Pisząc wiele, wzbogacił piśmiennictwo nasze szeregiem cennych prac kazuistycznych w liczbie 47. Wspólnie z Al. Kremerem i Oettingerem opracował »Słownik terminologii lekarskiej polskiej« i był stałym członkiem redakcyi »Przeglądu lekarskiego«.

W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego.

III.

Braki i potrzeby.

Zestawił **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

W Brodach istnieje »zakład dawnego typu, bez wodociągów, bez nowoczesnych urządzeń i udogodnień«[1]). Dopiero przed paru laty tak poprawiono wychodki, że przynajmniej nie zanieczyszczają powietrza w szpitalu; niema pawilonu dla chorób zakaźnych i rzeczywiście podziwiać należy, że chociaż w r. 1904

[1]) Dep. V. 1904/5, str. 41.

jednym z przypadków leczonych był dur osutkowy, »nie pociągnęło to za sobą złych następstw«[1]).

W Brzeżanach »od paru lat zaczęły się pokazywać różne braki w budynku szpitalnym«, »zachodzi konieczna potrzeba rozszerzenia budynku szpitalnego«, »zaczyna się pojawiać wilgoć w różnych miejscach budynku«, »niema piwnicy i suszni«, a dom przedpogrzebowy jest w zbyt niewielkiem oddaleniu od kuchni i pawilonu zakaźnego. — A to jest — dodajmy — szpital dość niedawno wybudowany[2]).

Kuchnia jest za mała i potrzebuje powiększenia i naprawy. W pralni niema odpływu dla zużytej wody, więc »praczki brodzą po kostki w wodzie«, »w dachu między dachówkami porobiły się dziury«, »miejsca ustępowe nienaprawione«. W r. 1906 »stan szpitala jest opłakany; grzyb niszczy podłogę, kuchnia wali się; dachy zaciekają, trupiarnia grozi upadkiem; obie sale operacyjne wymagają poważnych wkładów, by choć zbliżyć się mogły do wzorów, już i na prowincyi obowiązujących«[3]).

Z uznaniem podnieść należy, że Wydział krajowy przedkłada tegorocznemu Sejmowi wnioski, zmierzające, jeżeli już nie do całkowitej sanacyi stosunków szpitala Brzeżańskiego, to przynajmniej do bardzo znacznej ich poprawy[4]). (Wnioski te Sejm właśnie uchwalił).

W Drohobyczu projektowane było w r. 1905 rozszerzenie szpitala, jednakże w ten sposób, że powstałby korytarz około 50 m. długi, prawie ciemny(!) i trudny do przewietrzania, a odosobnianie chorych zakaźnych byłoby niemożliwe lub przynajmniej iluzoryczne wobec pomieszczenia ich we wspólnym budynku. A jednak, jak się przy tej sposobności dowiadujemy[5]), »w tenże sam sposób są umieszczeni zakaźni w wielu naszych, nawet większych szpitalach«.

Pawilonów izolacyjnych nie posiadały w r. 1903 szpitale w Brodach, Podhajcach, Sanoku, Stanisławowie, Śniatynie, Stryju i Tarnowie[6]), a z nich w dwóch tylko pawilony te od tego czasu zbudowano[7]). Co prawda nie można było żądać, aby niewłaściwość tego stanu zrozumiały władze krajowe, dopóki żądanie osobnych pawilonow zakaźnych było im przedstawiane, jako »przesadna ostrożność, pociągająca za sobą wielkie wydatki, których wystrzegać się musimy w naszym niebogatym kraju«[8]). Jesteśmy pewni, że przynajmniej teraz zasadnicze względy sanitarne są przedewszystkiem dokładnie wyjaśniane władzom krajowym, a już tym władzom pozostawia się troskę, by oszczędzać tyle, ile się da bez uchybienia tym zasadniczym przepisom.

Zresztą szpital drohobycki obecnie, po przeróbkach niezły, znowu, jak i brzeżański, dostarczył w r. 1904 dowodu, że nawet do niedawna podejmowane budowy i przebudowy nie bywały wolne od błędów i nie zawsze mogły usunąć skargi na złe pomieszczenie szpitala. Np. przy przebudowie w Drohobyczu odrazu »kocioł, mający parą swą ogrzewać wodę gorącą, dostarczaną do łazienek i suszarnię postawiono za nizko, tak, że w czasie ulewy woda zaczęła występować ze wszystkich stron i zalała fundamenta, na których kocioł stoi«[9]).

(C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie wiecu lekarzy miejskich *otrzymujemy następujące pismo:* Na listowne wezwanie kilku kolegów, bym się zajął zwołaniem wiecu lekarzy miejskich i gminnych do Lwowa celem prawnego ustalenia ich stanowiska i płacy, oświadczam gotowość zajęcia się tą sprawą i proszę kolegów-lekarzy miejskich w kraju, którzy pragną wziąść udział w projektowanym zjeździe, by mi jak najrychlej o tem donieśli. Od ilości bowiem chętnych uczestników zawisło wogóle, czy zjazd będzie zwołany lub nie. — Buczacz, 20. marca 1907 r. Radca ces. dr *Edward Krzyżanowski*, starszy lekarz miejski.

[1]) Dep. V. 1904/5, str. 42.
[2]) Tamże str. 43
[3]) Insp. w r. 1906, str. 29, 30.
[4]) Spraw. W. kr. L.W. 2063/1907 z 15. I. 1907.
[5]) Dep. V. za 1904/5, str. 45.
[6]) Spraw. Kraj. Rady zdrowia za r. 1903, str. 107.
[7]) Spraw. Dep. V. za 1905/6, str. 12.
[8]) Tamże str. 45.
[9]) Tamże str. 46.

Wydział Towarzystwa Samopomocy *ogłasza:*
Pan Otmar Hordyński, aptekarz w Radymnie, postanowił wszystkie recepty opatrywać znaczkiem jednohalerzowym własnym kosztem, za co Mu Wydział Towarzystwa Samopomocy składa publiczne podziękowanie.

Kraków, 23. marca 1907.

Sekretarz: *Dr Flis.* Za prezesa: *Dr Bogdanik.*

Pożytek organizacyi objaśnia przytoczeniem całego szeregu korzyści, zdobytych już przez najstarszą i najsprawniejszą organizacyę lekarzy niemiecko-czeskich, dr Pick (»Oest. ärzt. Verztg.« 6), podając zarazem pouczające przykłady sposobu postępowania w poszczególnych przypadkach. N. p. w Aussig wymogła organizacya cofnięcie nieuzasadnionego wypowiedzenia posady w kasie chorych lekarzowi, który pracował w kasie lat 15. W Alt-Rohlau przy sposobności obsadzania posad uzyskała organizacya zmniejszenie zakresu pracy lekarza gminnego bez zmniejszenia płacy i podwyżkę płacy w kasie chorych z 2,900 na 4,000 K, w Teplitz-Schönau przy podobnej sposobności przeprowadziła zasadę zorganizowanego wolnego wyboru lekarza z odpowiedniem wynagrodzeniem. Inne przykłady, przytoczone przez dra Picka, dowodzą, że organizacya oddaje znakomite usługi nietylko wobec kas chorych, ale w daleko szerszym zakresie: np. lekarzom, zabezpieczonym od nieszczęśliwych przypadków (zamiast rocznej renty 450 K uzyskano dla 60-letniego lekarza odszkodowanie jednorazowe — 10,000 K), w sprawie lekarzy szkolnych i t. d. Warunkiem powodzenia jednakże jest należenie do organizacyi wszystkich lub znacznej większości lekarzy, karność i koleżeńskość. *R.*

Na Zjeździe galicyjskich kas chorych we Lwowie 24 i 25 III. b. r. występowano ostro przeciw lekarzom i przeciw stosunkowi szpitali do kas chorych; oświadczano się też przeciw ograniczeniu wpływu zarządów kas na działalność lekarzy. Wśród uchwalonych rezolucyi zasługują na baczną uwagę: żądanie ubezpieczenia rodzin członków (także co do leczenia), upaństwowienia zawodu lekarskiego i aptek (a na razie uprawnienia kas do zakładania własnych aptek i wpływania na taksy aptekarskie), bezpłatnego leczenia w szpitalach (a na razie mają kasy płacić tylko za chorych, leczonych na ich wyraźne żądanie). Wobec tego, że żądane przez Zjazd upaństwowienie lekarzy nierychło chyba nastąpi, zapowiada stanowisko, zajęte przez Zjazd, niewątpliwie pogorszenie się stosunków lekarzy kas chorych w Galicyi, i tak już przeważnie fatalnych, i przynagla do przyspieszenia organizacyi zawodowej lekarzy galicyjskich. *R.*

Stosunki materyalne lekarzy w Austryi najlepiej objaśniają dane o opłacanym przez nich podatku dochodowym, które omawia »Wiener med. Presse« (Nr 11, str. 447) według dzieła dra Leitera: »Die Verteilung des Einkommens in Österreich« (1907, Braumüller, Wiedeń). Podatek ten przypada dopiero od dochodu rocznego powyżej 1,200 K. Zdawałoby się, że większość lekarzy powinna posiadać ten dochód, uznany za najniższy, na życie wystarczający, i opłacać ów podatek. Tymczasem na 9,204 lekarzy austryackich opłaca podatek dochodowy (a więc ma dochód ponad 1,200 K) tylko 4,458, t. j. połowa nie ma z czego poprostu żyć. Z owych 4,458 ma aż 1,271 dochód, nie przekraczający 2,400 K; od 2,400—3,600 K ma 959, od 3,600—7,200 ma 1,461, od 7,200—12,000 476, powyżej 12,000 tylko 284. Z lekarzy, zajmujących »posady«, przypada mniejwięcej po $^1/_3$ na każdą z 3 najniższych klas dochodu (poniżej 7,200 K); tylko 95 z pośród 1.938 zajmujących posady, a opłacających podatek dochodowy, ma dochód ponad 7,200 K. Średni dochód roczny lekarza wolnopraktykującego wynosi w Austryi 5,100 K, lekarza »na posadzie« 3,500 K; w Galicyi tylko 3,500 resp. 3,100 K; gorzej jest tylko w Dalmacyi (2,700 K), a nawet na Bukowinie jest lepiej (3,900 i 3,000 K), niż w Galicyi. — Przeważna większość lekarzy austryackich, opłacających podatek, nie ma przeto ponad 4,000 K dochodu; uwzględnić należy, że tem objęty jest już dochód z własnego majątku, którym pomaga sobie przeszło 50 prc. lekarzy.

Ciekawe jest porównanie tych danych z danemi o lekarzach, należących do Izby lekarskiej berlińsko-brandeburskiej. Opłacało tam podatek w r. z. 4,179 lekarzy, 123 było wolnych od podatku, co do 218 rzecz nie była rozstrzygnięta. Z płacących podatek miało dochód 900—3,000 mk. 909, 3,000—5,000 mk. 712, ponad 5,000 mk. 2,217. (»Heilkunde«, 3, str. 127). *R.*

Felczerzy Królestwa Polskiego ogłosili publicznie »Zbiorowy protest w sprawie ukrócenia służby zdrowia w Królestwie Polskiem«, t. j. przeciw zamierzonemu zniesieniu instytucyi felczerów. Zamiar ten zagraża, zdaniem protestujących, niewątpliwą

szkodą społeczeństwu, przez obniżenie i tak już niewystarczającej sprawności pomocy lekarskiej, niezasilanej wskutek zamknięcia uniwersytetu i szkoły felczerskiej od dwu lat ani przyrostem lekarzy, ani felczerów; zwraca się on przeciw 2-tysięcznemu zastępowi felczerów właśnie w chwili, gdy pragną oni, stwarzając własną ofiarnością średnią szkołę lekarską polską, podnieść poziom swego wykształcenia; pozbawia kilkudziesięciu uczniów dawnej szkoły felczerskiej możności ukończenia studyów; pośrednio zaś »dąży do nieopatrznego zdezorganizowania ustroju służby zdrowotnej, opartego i na życiowych potrzebach społeczeństwa i na rozporządzeniach prawnych, powierzających felczerom stanowiska funkcyonaryuszów miejskich, powiatowych, kolejowych, fabrycznych«... Posterunki te w braku felczerów Polaków zajęliby felczerzy z Cesarstwa. Lekarzy jest w Królestwie zaledwo 1541; po odliczeniu 868 lekarzy warszawskich, przypada na cały kraj tylko 673 lekarzy, t. j. 1 na 10.865 mieszkańców (na zachodzie 1: 2100—3000). Łóżek szpitalnych na 10.000 mieszkańców jest w Królestwie tylko 5,8 (w Rosyi 6,2), śmiertelność wynosi 28‰ (na zachodzie 16—21‰), stosunki zdrowotne w kraju są zupełnie zaniedbane, cierpiąca więc ludność znajduje się w opłakanych warunkach. Ludność tę »antyspołeczna akcya pewnej grupy lekarzy chce jeszcze bardziej skrzywdzić, pozbawiając ją nawet doraźnej, zastępczej pomocy swych pomocników, felczerów«. To też protest wyraża przekonanie, że dopóki każdy cierpiący, bez względu na zamożność, nie będzie miał zapewnionej pomocy lekarskiej, dopóty felczerzy wytrwają na stanowiskach. — (Nie znając szczegółowo zakresu wykształcenia i działania felczerów, których w Austryi zupełnie niema, zrozumieć ten protest niełatwo, tem więcej, że mieści on w sobie sprzeczności. I tak, domagając się średniej szkoły lekarskiej, uznają autorowie protestu wyraźnie sami, iż obecny typ felczera nie wystarcza i powinien zniknąć; wychowańcy owej »średniej« szkoły, »podlekarze«, musieliby wyprzeć dzisiejszy typ felczerów zwolna z zajmowanych obecnie stanowisk. Cały protest opierać się zdaje na błędnem chyba założeniu, że instytucya felczerów ma być zniesiona naraz, od jednego zamachu. Powolny ubytek dzisiejszej pomocy felczerskiej nie może przynieść ludności szkody, gdy równolegle z nim przybywać będzie, czy to żądanych przez autorów protestu »podlekarzy«, czy też lekarzy, podobnie, jak w Austryi bez szkody dla ludności stopniowo znika przestarzała, a bez porównania od felczerów wyższa instytucya patronów chirurgii. Skoro zaś obecny typ felczera w ten czy inny sposób ma zwolna zniknąć, to przecież zdawałoby się korzystniejsze dla ludności, jeżeli ich miejsce zajmą całkowicie wykształceni lekarze, niż, jeżeli zastąpi ich znikający już gdzieindziej pośredni typ »podlekarza«). *R.*

Asystenci wszechnic austryackich, wśród nich i asystenci Wydziałów lekarskich, podjęli starania o poprawę bytu, żądając płacy 2200 K. (zamiast 1400) z 3 dodatkami dwuletnimi po 500 K., wliczenia lat służby, pierwszeństwa przy obsadzaniu posad rządowych i t. d. *R.*

Asystenci szpitali berlińskich, walczący o poprawę bytu, uzyskali od magistratu m. Berlina pewne ustępstwa (podniesienie płacy z 1,050 na 1.200 mk., coroczny 4-tygodniowy urlop). *R.*

Fundusz wdów i sierót wiedeńskiego »Med. Doktorenkollegium« wynosił z końcem r. 1906 — 6,002,722 K; członków było 444, wspomaganych wdów 193, sierót 4; pensya wdowia wynosi 1,400 K. Fundusz pensyjny tegoż Towarzystwa wynosił 1,683,450 K; członków było 270, pensye wypłacano 50 lekarzom.

Znaczki receptowe, rozsyłane na Nowy Rok jako sposobność do datku na fundusz wdów i sierót przy Towarzystwie »Samopomocy«, przyjęło i zapłaciło 33 prc. lekarzy, którym je posłano, a w szczególności: z profesorów i docentów obu wszechnic tylko 18 prc. (i to z Krakowa 10, ze Lwowa 4), z lekarzy rządowych 30·4 prc., z prymaryuszy szpitali stołecznych tylko 13·1 prc., z lekarzy miejskich w stolicach 20 prc., z lekarzy okręgowych 45·3 prc., z lekarzy wolno praktykujących i zajmujących skromne posady 35·5 prc. (Dr Zydłowicz, »Głos lek.« 5). *R.*

Pomoc dla rodzin lekarzy, wysłanych na wojnę rosyjsko-japońską, zorganizowano oprócz Warszawy także w Łodzi i w Kaliszu. W Łodzi zebrano ze składek 125 lekarzy 2,070 rb., rozdzielono na zapomogi 10 rodzinom lekarzy 1,440 rb.; z pozostałości i zwrotów zapomóg (dotąd 883 rb.) powstanie fundusz pożyczkowo-zapomogowy dla lekarzy, znajdujących się w potrzebie. W Kaliszu zebrano ze składek 56 lekarzy 768,50 rb. i tyleż rozdano 3 rodzinom lekarzy. (»Czas. lek.« 2). *R.*

W sprawie aptek domowych zarządziło austr. ministerstwo spraw wewn. (26 II. 1907, l. 6,341), by władze polityczne, zasięgnąwszy opinii Izb lekarskich, przedłożyły wnioski co do rewizyi dotychczasowych przepisów i dokładną statystykę istniejących aptek domowych. Lekarze, którzy dotychczas posiadali apteki domowe, nie potrzebują podawać o nowe na nie pozwolenie, gdyż § 29 nowej ustawy aptekarskiej odnosi się tylko do aptek, powstających po wejściu ustawy w życie. *R.*

Ogłaszanie w prasie codziennej leków zakazanych stara się powstrzymać austr. ministerstwo spraw wewn. (rozp. z 18. I. 1907, L. 1337), rozdzielając za pośrednictwem władz politycznych spis takich środków redakcyom czasopism i agencyom ogłoszeń. *R.*

Kwiatów do szpitali berlińskich dla uprzyjemnienia chorym pobytu dostarczać będzie świeżo zawiązany komitet dobroczynny. *R.*

Woda do picia i do użytku domowego w Galicyi i W. Ks. Krakowskiem. W r. 1905 zażądał Sejm od Wydziału krajowego zaopiekowania się zaopatrzeniem kraju w wodę i przedłożenia programu akcyi. Wydział krajowy zaś prosił Namiestnictwo o wiadomość, w których okolicach kraju jest woda do picia złą i jakie zarządzenia dotychczas poczyniło Namiestnictwo dla poprawy stosunków. Namiestnictwo nadesłało obszerne, mapą objaśnione sprawozdanie, opracowane przez dra Barzyckiego, a obecnie ogłoszone drukiem, jako wydawnictwo lwowskiego Towarzystwa higienicznego. Praca ta, bardzo cenna, daje dokładny obraz tego, jak cały kraj zaopatrzony był w wodę w r. 1905 i co w tym względzie zrobiono w ostatnich latach, a daje ten obraz nietylko w surowym zarysie liczb, ale i w umiejętnem ich ugrupowaniu i objaśnieniu, dopełniając go wskazówkami, co i jak nadal czynić należy. Niepodobna tu streszczać bogatego materyału, nagromadzonego w tej pracy. Wspomnę tylko, że według danych, zebranych przez autora, jest w całym kraju tylko 7 powiatów, w których ani jedna gmina nie odczuwa braku wody. Najobficiej w studnie zaopatrzony jest kompleks 5 powiatów na północ od Tarnowa i Rzeszowa (1 studnia na 11—13 mieszkańców); najmniej studzien jest w powiatach podolskich (i w chrzanowskim). Zaopatrzenie w wodę jest jednak w niektórych powiatach niedostateczne mimo dość licznych studzien z powodu małej ich wydajności (zwłaszcza pow. podhajecki i wielicki), w powiatach nizinnych zaś w czasie posuchy lub mrozów. Na Podolu w wielu miejscach pomimo głębokiego kopania wody nie znaleziono. Dobrą wodę studzienną mają tylko powiaty grybowski i kosowski, w innych powiatach w wielu studniach, a w podhajeckim, trembowelskim i wielickim we wszystkich, jest woda niesmaczna. Nieumiejętność wyboru miejsca i sposobu budowy studzien, niezasięganie rady fachowej, zaniedbanie przepisów asanacyjnych sprawiają, że zły, wogóle biorąc, stan obecny zaopatrzenia kraju w wodę poprawia się zbyt powoli. Na 18.982 nowych studzien, urządzonych w 3 latach 1903—1905, było 5·1 prc. wierconych, reszta kopane (z tych jednak aż 38·7 prc. miało cembrzynę drewnianą), tylko 6·2 prc. pompowych, 60·1 prc. ze stałemi wiadrami, reszta bez pompy, ani wiader: czerpano w nich własnemi nieczystemi konewkami. Istniejące studnie czyszczone bywają zbyt rzadko i nieumiejętnie. Gdzie niema studni, tam ludność czerpie wodę z potoków lub co gorsza ze stawków, gdzie się poi i pławi bydło, pierze bieliznę, wylewa nieczystości i t. d. Wodociągi publiczne istnieją tylko w 39 miejscowościach kraju, wiele z nich przytem posiada wady lub nie zaspokaja wszystkich potrzeb. Osobną tablicą objaśnia autor zbawienny wpływ lepszego zaopatrzenia w wodę na epidemie duru i czerwonki w całym kraju. Dążenie ku poprawie jest, przyznać trzeba, coraz silniejsze. Obecnie np. 17 miasteczek projektuje budowę nowych wodociągów; obok wydawania odpowiednich przepisów, udzielają niektóre starostwa uboższym gminom zapomóg na budowę studzien, coraz liczniejsze są też takie Wydziały powiatowe, które udzielają zapomóg, albo pożyczek na ten cel, sprawiają przyrządy wiertnicze, popierają betoniarnie, zarządzają badania hydrotechniczne i t. d. Tem bardziej napiętnować należy te Wydziały powiatowe, które mimo nacisku władz rządowych i autonomicznych zachowują się w tej ważnej sprawie obojętnie (Cieszanów, Czortków, Grybów, Jarosław, Jasło, Nowy Sącz), albo nawet, chociaż stosunki wodne w powiecie należą do najgorszych w kraju, pozwalają istniejącym funduszom, zebranym przez gminy, leżeć bezużytecznie (Wieliczka, Spr. Rady zdr. za r. 1903) lub też odmawiają niezamożnym gminom pożyczek na budowę studni (!) (Stary Sambor) (Spr. R. zdr. za 1903). Pracę dopełnia cały szereg wniosków, obejmujących cały program racyonalnej akcyi. W tym celu konieczne są 1) fachowa ankieta, która dostarczy planu systematycznej poprawy stosunków, 2) oddział dla spraw studni i wodo-

ciągów w dep. technicznym Wydziału kraj., 3) szkoła studniarska, 4) szczegółowe plany porządku akcyi w każdym powiecie, 5) studnie wzorowe, budowane przez Wydziały powiatowe i premiowanie najlepszych studni prywatnych, 6) uregulowanie sprawy pokrycia kosztów studni przez gminy, 7) dokładne przepisy budowania studni i nadzór lekarski w tej sprawie, 8) surowy zakaz zanieczyszczania rzek i stawów, 9) zabezpieczenie źródeł, 10) wodociągi tam, gdzie nie można uzyskać wody studziennej, 11) dostarczanie bezpłatne planów i kosztorysów gminom ubogim, 12) fundusz krajowy na subwencye i pożyczki, 13) podobne fundusze powiatowe i t. d., 14) pouczanie młodzieży szkolnej o potrzebie dobrej wody, 15) przyczynianie się do kosztów studzien ze strony zarządu wojskowego, sądów, kolei i t. d., 16) regulacya rzek, zalesianie, drenowanie moczarów, 17) asanacya miast i miasteczek, zwłaszcza co do wychodków, śmietników, gnojowisk i t. d.

Zebrane przez autora dokładne dane, wyborne ich opracowanie i przygotowane wnioski mogły stanowić podstawę do realnego programu akcyi w kraju. Niestety pod tym względem spotyka nas ponieląd zawód. W tegorocznem sprawozdaniu Dep. V., przedstawionem Sejmowi, zapewnia wprawdzie Wydział krajowy, że usiłuje stosunki poprawić za pośrednictwem lekarzy okręgowych (nadzorowanie studzien, donoszenie o wadliwościach, pouczanie ludności), że w »pewnych« (nie wymienia, w jakich) przypadkach udzielał rady i pomocy gminom w urządzeniu studzien i wodociągów, że zarządził utrzymywanie dokładnego katastru studzien w gminach, że i nadal zmierzać będzie do stopniowego usuwania braków, — jednakże oświadcza, że opinię i wnioski Namiestnictwa dopiero weźmie pod rozwagę, że sprawa wymaga jeszcze fachowych studyów i znacznych kosztów, że »ewentualne zarządzenia nastąpićby mogły tylko w miarę rozporządzalnych funduszów« i że program szerszej, kraj cały obejmującej akcyi przedłożyłby dopiero na życzenie Sejmu. Jednem słowem odnosi się z tego wszystkiego wrażenie, że Wydział krajowy radby sprawę traktować, jak dotychczas (t. j. o wiele za powoli), i odwlec nawet opracowanie programu systematycznej akcyi, składając się brakiem funduszów na jego wykonanie. A jednak stosowne rozłożenie programu na szereg lat nie powinnoby krajowych funduszów nadmiernie obciążyć, a opracowanie i trzymanie się jego uwolniłoby dotychczasową akcyę od cech przypadkowości i zapewniło jej wydatniejszy (nawet przy obecnem tempie) skutek. Sprawa jest zbyt ważna i zbyt długo była zaniedbywana, aby stanowisko, zajęte obecnie przez Wydział krajowy, mogło zadowolnić. *C.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 10. do 16. marca 1907 doniesiono o 54 nowych przypadkach duru plamistego w 17 gminach, a mianowicie: pow. Drohobycz (m. Drohobycz 1), Horodenka (Dąbki 5, Głuszków 2, Semenówka 8), Jarosław (Dobcza 2), Jaworów (Zawadów 3, Kurniki 1, Jazów stary 1, Bruchnal 2, Podłuby 3), Kosów (Szeszory 9), Lisko (Manasterzec 1), Mościska (Matnów 1), Nadwórna (Pasieczna 8), Rawa (Manastyrek 2), Stryj (Tarnawka 4), Tarnopol (Tarnopol 1) i o 6 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 6 gminach, a mianowicie m. Kraków (1 stwierdz. bakteryolog.), Jasło (Zarzecze 1), Przeworsk (Nowosielce 1, Hucisko jawornickie 1), Tarnobrzeg (Wielowieś 1, stwierdzony bakteryolog.), Żółkiew (Wolica 1). — W czasie od 17. do 23. marca 1907 doniesiono o 57 przypadkach duru plamistego w 18 gminach, a mianowicie pow. Jaworów (Zawadów 2, Jazów st. 4, Bruchnal 4, Podłuby 1), Kolbuszowa (Nienadówka 1), Kosów (Szeszory 5), Lisko (Manasterzec 2), Nadwórna (Dobrotów 2, Zarzecze 4, Pasieczna 6, Zielona 8), Rawa (Ulicko ser. 1, Ostobuż 1), Śniatyn (Śniatyn 1), Stryj (Tarnawka 4), Tarnów (Brzozowa 1), Żywiec (Jeleśnia 6, Sopotnia m. 4) i o 18 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 12 gminach, a mianowicie Dąbrowa (Sikorzyce 1), Krosno (Suchodół 1), Mielec (Mielec 1), Pilzno (Gołęczyna 2, Kamienica g. 3), Przeworsk (Nowosielce 1), Tarnobrzeg (Sielec 2, Miechocin 2, Wielowieś 1), Wadowice (Kalwarya 1, Lanckorona 2, Zebrzydowice 1). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 17. do 23. III. 1907 przypadków błonicy miejsc. 1 (obcych 2), płonicy 2 (1), duru brzusznego 2 (4). Przypadków śmierci z chorób zakaźnych nie było. *S.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 17. do 23. III. 1907 urodziło się dzieci żywo 50, nieżywo 5, zmarło osób 57 (w tem obcych 25), z tych z gruźlicy 15 (7), z zapalenia płuc 8 (4). *S.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 17. do 23. III. 1907 przypadków: błonicy 4 † 2 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca 3 (1), płonicy 1 † 1, odry 11 (1), duru brzusznego 1, nagminnego zapalenia opon 2 (1). *L.*

---

† Franciszek Ksawery Gałęzowski.

Urodzony w Lipowcu w r. 1832, studyował ś. p. Gałęzowski medycynę w Akademii Petersburskiej, gdzie też w r. 1858 otrzymał dyplom doktorski na zasadzie rozprawy o oftalmoskopie i jego użytku. Przeniósłszy się potem do Paryża, gdzie przebywał wówczas znakomity Seweryn Gałęzowski, jego stryj, uzyskał doktorat francuski w r. 1865 po obronie rozprawy p. t. »Etude ophtalmoscopique sur les altérations du nerf optique et sur les maladies cérébrales dont elles dépendent«. Jako okulista był uczniem Desmarresa. W r. 1866 otwarł w Paryżu prywatną klinikę okulistyczną, w której prowadził publiczne wykłady. W istniejącem w owym czasie w Paryżu Towarzystwie lekarzy polskich należał do bardzo czynnych członków. Od roku 1871 wydawał własne pismo p. t. »Recueil d' ophtalmologie«.

Drukiem ogłosił kilkaset przyczynków nietylko w swojem piśmie, ale także we wszystkich ważniejszych pismach francuskich. Po polsku ogłosił tylko prace p. t. »Nowa modyfikacya oftalmoskopu« (Rocznik Tow. lek. pol. 1860), »Pogląd na terapię chorób oczu« (Klinika 1867) i »O trudności rozróżniania barw« (Księga jub. prof. Szokalskiego 1884).

Po śmierci ś. p. prof. Rydla brany był w rachubę, jako kandydat na katedrę okulistyki w Krakowie; wówczas też odwiedził kraj i miał wykład w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem i warszawskiem »O limfatycznych cierpieniach oczu«.

Ogromny, światowy rozgłos i powodzenie zawdzięczał swej działalności praktycznej.

Spokój jego popiołom. *Z.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. *Zarząd biblioteki Tow. lekarskiego krak. ogłasza:* Kolegów, którzy mają u siebie książki lub czasopisma z biblioteki Tow. lekarskiego krakowskiego, oraz którzy wypożyczyli poszczególne zeszyty czasopism z czytelni, proszę o ich jaknajrychlejszy zwrot. *Dr Flis,* bibliotekarz.

— Komisya sanitarna miejska wydala na posiedzeniu w d. 23. III. b. r. opinię co do sprzedaży nabiału (uznając za szkodliwy zakorzeniony sposób kosztowania na targu nabiału przez kupujących) i co do płukania naczyń w piwiarniach i restauracyach (zalecając nakaz płukania naczyń wyłącznie w płynącej wodzie wodociągowej). Na wniosek prof. Domańskiego polecono chemikowi miejskiemu zbadanie powietrza w salach szkół miejskich dla ocenienia używanych w nich sposobów wentylacyi. Wnioski Prof. Pareńskiego o urządzenie kursu dezynfektorów i dopilnowanie czystości w sieniach i na schodach domów przekazano magistratowi. Przyjęto do wiadomości sprawozdanie prof. Domańskiego o uchwałach komitetu przeciwgruźliczego, o szkole dla jąkających się dzieci, sprawozdanie lekarza miejskiego dra Schaittra o chorobach zakaźnych, wreszcie zapowiedź magistratu (wywołaną wnioskami prof. Ponikły), że przygotuje i przedstawi komisyi program budowy szpitala zakaźnego, domu izolacyjnego i zakładu odkażania.

— W klinikach lekarskiej i chirurgicznej było jednodniowe bezrobocie służby z powodu lichych płac. Zażegnała je obietnica starań o poprawę bytu i pomnożenie służby.

— Szpital izraelicki otrzymał w tym roku po raz pierwszy subwencyę od Sejmu (2,000 K).

— Dyplom doktorski uzyskał p. Władysław Kluger, rodem z Limy w Peruwii.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej przeprowadził na posiedzeniu w d. 23. III. b. r. jako Rada honorowa 2 rozprawy, w jednej z nich wydając wyrok i załatwił kilka spraw drobniejszych.

— Sejm odrzucił (na XXII posiedzeniu) wniosek posła Merunowicza o zwiększenie zasiłku dla Towarzystwa ratunkowego we Lwowie z 600 na 5,000 K i wniosek posła dra Wursta o zwiększenie zasiłku dla Wystawy przyrodniczo-lekarskiej z 400 na 1,500 K.

— Dzienniki donoszą, że ministeryum wojny zezwoliło lekarzom wojskowym uczestniczyć w X. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich.

— W klinice chirurgicznej było trzydniowe bezrobocie służby żeńskiej z powodu windy (ręcznej), której mimo starań dyrektora kliniki dotąd nie zastąpiono przez mechaniczną (elektryczną).

Z różnych stron. Współpracownicy pism lekarskich francuskich utworzyli towarzystwo p. n. »Association professionnelle des journalistes médicaux français«. Sekretarzem generalnym jest p. Cabanès (9, rue de Poissy).

— Fundacya imienia Roberta Kocha utworzona będzie w Berlinie z okazyi ćwierćwiekowej rocznicy odkrycia prątka gruźliczego. (Rocznica wykładu Kocha o tem odkryciu w berlińskiem Tow. fizyologicznem przypadała 24. b. m.).

— »Wiener med. Wochenschrift« zamierza pomieszczać sprawozdania z działalności naukowej Towarzystw lekarskich galicyjskich.

Mianowani: Dr Zygmunt Glücksmann, Polak rodem z Piotrkowa, profesorem higieny i bakteryologii w Fryburgu szwajcarskim; prof. H. Schröder z Gryfii profesorem dentystyki w Berlinie.

Zmarli: Dr Kłopotowski w Berdyczewie; chemik-higienista dr fil. Aleksander Weinberg w Warszawie, autor licznych artykułów popularno-higienicznych;
słynny chirurg prof. Bergmann w Berlinie w 70 r. ż.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w marcu 1907: *Gazeta lekarska Nr 7—10:* Pawiński: Dusznica bolesna, przebiegająca pod postacią cierpienia żołądka. Pisarzewski Gr.: Pubiotomia. Janowski: Współczynnik szybkości tętna w stanach normalnych i patologicznych. Karwacki: Teorya odporności w świetle badań klinicznych. — *Medycyna Nr 9—12:* Szmurło: O przekłuciu lędźwiowem w leczeniu nagminnego zapalenia opon mózgowych. Palmirski i Karłowski: Wyniki szczepień ochronnych w r. 1905. Karczewski: Ś. p. Władysław Krajewski. Endelman: O nowym zabiegu operacyjnym w jaskrze: cyclodialysis. Rosenthal: Przypadek pooperacyjnego ostrego bezwładu żołądka z następczem rozszerzeniem jego. Pechkranc: Krzywica w wieku młodzieńczym. — *Tygodnik lekarski Nr 9—12:* Poczobut: Kilka uwag i spostrzeżeń w sprawie wczesnego rozpoznawania sprawności mięśnia sercowego. Barącz: W sprawie prowadzenia cięcia do resekcyi wyrostka robaczkowego i przy bocznem otwarciu jamy brzusznej. Franke: O niemiarowości ruchów serca na tle skurczów dodatkowych i o jej znaczeniu klinicznem. — *Kronika lekarska Nr 4—5:* Miklaszewski: Kąpiele słoneczno-powietrzne. Żenczykowski: Obecny stan pomocy lekarskiej fabrycznej u nas w porównaniu z kasami chorych w Galicyi. Warszawski: Franciszek Neugebauer. Giedroyć: Zapiski do dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce (c. d.). — *Czasopismo lek. Nr 2:* Waserman: Kilka słów o powstawaniu i leczeniu zakrzepu zatoki jamistej. Mazurkiewicz, Sochacki, Borowiecki i Morawski (dok.). Skalski: Pomoc akuszeryjna w fabrykach. — *Nowiny lekarskie Nr 3:* Sędziak: Przyczynek do kwestyi porażeń nerwu krtaniowego dolnego pochodzenia urazowego. — *Głos lekarzy Nr 5—6:* Mikołajski: Organizacya lekarzy rządowych w Galicyi. Grodecki: W sprawie Towarzystwa zaliczkowego lekarzy. Mikołajski: Stosunki zdrowotne Lwowa. Wątorek: W sprawie ubezpieczenia lekarzy. — *Krytyka lekarska Nr 3:* Rzętkowski: Z doby dzisiejszej. Kramsztyk: Sprawa felczerska. — *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych Nr 2:* Leszczyński: Dwa przypadki xeroderma pigmentosum Kaposi. Malinowski: Krętek blady w kile trzeciorzędnej. — *Postęp okulistyczny Nr 2:* Wicherkiewicz: O tężcu wywołanym zranieniem narządu wzrokowego. Kuropatwiński: Włosowiec w komorze przedniej oka końskiego. — *Pamiętnik Tow. lek. warsz. 1906, Z 4.:* Sterling: Badania psychologiczne nad spostrzeganiem i pamięcią przy porażeniu postępującem. — *Zdrowie Nr 3:* Hewelke: O internacie. Wład. Sterling: O mierzeniu zmęczenia umysłowego. J. Piotrowski: O instytucyi lekarzy szkolnych. — *Przegląd higieniczny Nr 3:* Ogórek: Zadania obywatelskie kobiet w Polsce wobec klęski alkoholizmu. Szpilman, Barzycki, Lewinski (c. d.). — *Kronika dentystyczna Nr 3:* Zieliński Wł.: Zapalenie okostnej szczęki dolnej z utworzeniem ropnia przy zębach z żywą miazgą. Ziemens: Metalowe przyrządy regulacyjne. Goldberg: O nowotworach w jamie ustnej.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie sekcyi wadowickiej Tow. lek. galicyjskich odbędzie się **w sobotę d. 6. kwietnia 1907 o godzinie 10½ przed poł. w sali Rady miejskiej w Wadowicach** z następującym porządkiem dziennym: 1) Wybór 2 delegatów i 1 zastępcy na Walne zgromadzenie Tow. lek. gal. 2) Uchwalenie taryfy za czynności lekarskie na wzór taryfy jarosławskiej. 3) Przedłożenie projektu statutu lekarzy szpitali prowincyonalnych. 4) Wnioski członków i Biura sekcyi.

Jeżeli który z kolegów zamierza coś zmienić w taryfie jarosławskiej, upraszamy przed 5. kwietnia b. r. przysłać swe wnioski do Biura sekcyi na ręce sekretarza.

Sekretarz: *dr St. Żędzianowski.* Przewodniczący: *Dr A. Bukowski.*

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Pyrenol, jako środek swoisty przeciw krztuścowi omawia dr O. Wilke (»Medico« Berlin, Nr 10, 1907, »Gegenwärtiger Stand der Therapie des Keuchhustens«) w sposób następujący: Pyrenol działa jako środek wykrztuśny przez rozcieńczenie gęstej plwociny i ograniczenie tworzenia się nowej wydzieliny, jako środek uspokajający i uśmierzający ból tak, iż czyni prawie zawsze zbytecznemi środki odurzające, działa przeciw gorączce przez łagodne, jednostajne obniżanie ciepłoty, bez następowego osłabiającego wybuchu potów. Pyrenol wypełnia zatem główne wymagania, stawiane wobec środka przeciw krztuścowi: 1) korzystny wpływ na nieżyt błon śluzowych przez rozcieńczanie śluzu i ułatwianie wykrztuszenia, 2) obniżenie wrażliwości włókien nerwowych czuciowych w błonie śluzowej dróg oddechowych, a zatem usunięcie przyczyny kurczu mięśni gładkich. Pyrenol działa nadto skrzepiająco na serce: tętno staje się pełniejsze, wyższe, silniejsze, a wolniejsze. Wspomnieć należy również o działaniu odkażającem. Pyrenol nie wywiera przytem szkodliwych działań ubocznych i nie przeszkadza wyzyskaniu pokarmu przez zaburzenia w wydzielaniu soków trawiennych; podnosi raczej apetyt i poprawia podmiotowy stan ogólny. Te zalety pyrenolu są bardzo pożądane w leczeniu krztuśca i nadają temu lekowi poważne znaczenie. Dawki: *Sol. pyrenoli 10,0 : 180,0 Liq. ammon. anis. 3—4,0* lub *Syr. rub. id. ad 200,0.* M. S. co 2 godziny łyżkę stołową dla dorosłych, dzieciom połowę. Dla 1-rocznego dziecka *Sol. pyrenoli 2 : 80,0. syr. rub. id. ad 100,0.* M. S. co godzinę łyżeczkę kawową. *Hr.*







Rok XLVI. Kraków, dnia 6. kwietnia 1907. Nr 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chorób wewnętrznych prof. M. M. Wołkowa w Petersburskim Żeńskim Instytucie Lekarskim.

Przypadek tak zwanej choroby Bantiego.

Podał

Dr B. Wilamowski.

(Wykład na posiedzeniu Polskiego Koła lekarskiego w Petersburgu 14/27 listopada 1906 r.)

(Dokończenie.)

Wszystko, co o chorej wiemy, da się streścić w sposób następujący: nie mając w swym ustroju prawdopodobnie żadnych wyraźnych cech zwyrodnienia i żadnego obciążenia dziedzicznego, A. Ł. rozwija się w warunkach wogóle korzystnych i wyrasta na zdrową, tęgą dziewczynę, nie ulegając żadnym poważniejszym zakażeniom, ani zatruciom. Ani razu harmonia czynności ustroju nie ulega wyraźnemu naruszeniu. Taki stan trwa aż do zamążpójścia, przyczem pierwszy połóg kończy się pomyślnie. W ciągu zaś powtórnej ciąży, jak wiadomo przerwanej przed czasem (może pod wpływem upadku z wozu), lub też wkrótce po połogu zadziałał jakiś wpływ szkodliwy, po którym stan wcale już poprawić się nie może. Mamy tu na myśli nie ciężki uraz głowy z opisanymi już jasnymi skutkami, lecz coś innego, co, być może zadziałało jednocześnie z urazem (który, mógł zresztą utorować drogę do ustroju jakiemukolwiek zarazkowi), lecz niekoniecznie musi być z nim w związku przyczynowym. Ów wpływ szkodliwy zmienił prawidłowe stosunki w ustroju, a wyraził się przedewszystkiem objawami miejscowymi, powiększeniem brzucha, szczególnie jego lewej połowy, w której chora zaczęła odczuwać pewną niedogodę, ciężar i ból, a powtóre objawami ogólnymi, jakoteż osłabieniem i niezdolnością do pracy. Tak jedne, jak i drugie, jakkolwiek powoli, latami, lecz niezawodnie postępowały i już następowo wywołały objawy drugorzędne, a mianowicie: zmniejszenie pojemności klatki piersiowej i, co za tem idzie, niedodmę brzeżną i duszność, oraz przemieszczenie serca; dalej, obrzęki kończyn dolnych. Skłonność do krwawień z nosa i brak miesiączki dopełniały obrazu ciężkiej choroby.

Podczas spostrzegania klinicznego stwierdziliśmy, że w lewej połowie brzucha znajduje się olbrzymi ruchomy guz, który niczem innem być nie mógł, tylko przerosłą śledzioną. To pierwsze wrażenie co do rodzaju obrzęku śledziony pozostało i nadal; nie mieliśmy danych, przemawiających za nowotworem lub bąblowcem, ani też za zwyrodnieniem skrobiowatem lub gruźlicą śledziony. W związku widocznie z przerostem śledziony stwierdziliśmy i naruszenie składu krwi: obniżenie liczby ciałek czerwonych, a szczególnie hemoglobiny; lecz najciekawszem było zachowanie się ciałek białych, których liczba była znacznie niższą od średniej prawidłowej. Potem wskutek ciasnoty w jamie brzusznej, wywołanej przez olbrzymią śledzionę, jelita, jako najwięcej ruchome, przesunęły się więcej na prawo i prawdopodobnie bardzo przeszkadzały wyraźnie wymacać brzeg wątroby, której powiększenia można było się domyślać, a nawet uważać je za wcale prawdopodobne. Istnienia puchliny brzusznej, można było raczej zaprzeczać, jednak niezupełnie stanowczo. Pominąwszy objawy nerwowe, jako rzecz odrębną, jako przypadkowe powikłanie cierpienia zasadniczego, uwagę w naszym przypadku zwracały na siebie: śledziona, krew i wątroba. Śledziona, jak to ze wszystkiego widać, uległa zmianom wcześniej, niż krew, a tem bardziej wątroba. Wątroba, w porównaniu ze śledzioną, zaledwo na dalszym stoi planie; widocznie tak wielkie zmiany, jakie znajdujemy w śledzionie, w wątrobie nie zdążyły się rozwinąć. W śledzionie, sądząc z jej spoistości, rozwinęła się silnie tkanka łączna; prawdopodobnie na powierzchni jej są włókniste zrosty, których napinanie się wywołuje ból przy biernych ruchach narządu. Przypuszczalne zmiany włókniste torebki śledziony *(perisplenitis)* mogły być przypadkowe, wywołane doznanym ciężkim urazem ciała. Ażeby zmiany w miąższu miały punkt wyjścia z powierzchni narządu, jest bardzo wątpliwe. Takie zmiany miąższu mogą być wywołane przez ogólną przyczynę przyrody zakaźnej lub toksycznej. W każdym razie w danym przypadku należy przyjąć przewlekłe zatrucie niejasnego pochodzenia. Trujące wpływy, oprócz śledziony, odbijają się tu i na wątrobie i na innych narządach i na krwi. We krwi spostrzegamy ciekawy objaw niedostatku krwinek białych, którego znaczenie trudno zrozumieć; ograniczyć się trzeba tylko do samych przypuszczeń i porównań. Tak n. p. w zakażeniu durowem spostrzega się również zmniejszenie liczby krwinek białych, co możnaby uważać za wynik zwiększonego rozpadu ciałek białych i zmniejszenia wytwarzania się leukocytów, lub też objaśniać tę czasową (ostrą) leukopenię ujemną »hemotaksis«. Temże samem przewlekłem zatruciem tłómaczą się objawy osłabienia serca ze skurczowym przy koniuszku szmerem z rozszerzenia i obrzękami kończyn dolnych. Do całego obrazu chorobowego dołączyły się i czysto nerwowe objawy, w niemałym prawdopodobnie stopniu będące podstawą rozmaitych bolów, na które chora ciągle się uskarżała.

W ten sposób rozpatrzywszy nasz przypadek, możemy rozpoznanie kliniczne ująć w sposób następujący: *Hereditas*

incerta. Conditiones vitales benignae. — Insufficientia abdominalis: diastasis lin. albae. — Contusio lateris sin. corporis atque cranii. Epilepsia Jacksoni. Aphasia incompleta. — Hysteria. — Intoxicatio chr. origine incerta: Hyperplasia lienis exquisita. Hyperplasia hepatis (?). Leucopenia. Anaemia (oligochromaemia et oligocythaemia). Amenorrhoea. — Insufficientia cardiotonica: dilatatio cordis, anasarca.

Opisany przypadek zupełnie odpowiada temu obrazowi klinicznemu, któremu nadano nazwę choroby Bantiego. Banti wyodrębnił niektóre przypadki, cechujące się przewlekłym przebiegiem, olbrzymią śledzioną, zmianą składu krwi i następową marskością wątroby, a w końcu puchliną brzuszną. On pierwszy zaczął odróżniać takie przypadki od t. zw. marskości wątroby i upatrywał w śledzionie pierwotne siedlisko zakażenia; stąd brały, zdaniem jego, źródło dalsze zmiany i we krwi i w wątrobie i w innych narządach. Takim przypadkom nadał on nazwę *anaemia splenica cum cirrhosi hepatis*, a rozwój choroby dzielił na 3 okresy: pierwszy, najdłuższy (od 3—11 lat) okres niedokrwistości, potem niedługi okres przejściowy, kiedy ilość moczu się zmniejsza i w nim pojawia się urobilina, dużo moczanów i czasami ślady barwików żółciowych; w kilka miesięcy później rozwija się puchlina brzuszna, która stanowi cechę trzeciego, ostatniego okresu. Ten trzeci okres również nie trwa długo — kilka miesięcy, rzadziej rok. W tych zmianach chorobowych Banti jest skłonny upatrywać pochodzenie zakaźne, nie zważając na ujemne w tym względzie wyniki badania; w rozwoju ich nie przypisuje on przytem znaczenia przymiotowi ani zimnicy, ani też zatruciu wyskokowemu i zaburzeniom trawiennym. Zmiany zaś anatomiczne w narządach polegają na rozroście tkanki łącznej w śledzionie i następowo w wątrobie, dokąd jad (zarazek) dostaje się, jak sądzi Banti, drogą żyły wrotnej, w której ścianach spostrzegano stwardniające zapalenie błony wewnętrznej, wychodzące z żyły śledzionowej.

Uważając śledzionę za siedlisko zarazka radzi ją Banti zawczasu usuwać.

Senator (1) rozszerza zakres schematu, podanego przez Bantiego i zalicza tutaj przypadki niedokrwistości śledzionowej z mało uwydatniającem się cierpieniem wątroby, ale z puchliną brzuszną (nie będącą częściowym wyrazem puchliny ogólnej). Zalicza tutaj również i te przypadki t. zw. marskości wątroby, które czemkolwiek różnią się od zwyczajnych typów, n. p. ogromną śledzioną, silną niedokrwistością lub skłonnością do niezrozumiałych w danym przypadku krwawień z nosa, żołądka, kiszek i inn. Do skłonności do krwawienia przywiązuje Senator większą wagę, niż Banti; wielkie też znaczenie przypisuje on składowi krwi, który różni się od zwyczajnej przewlekłej niedokrwistości znacznem obniżeniem liczby krwinek białych. Lecz ten ubytek krwinek białych nie jest objawem stałym i Senator gotów jest uznawać istnienie takich przypadków niedokrwistości śledzionowej, w których leukopenia ustępuje stopniowo miejsca hyperleukocytozie, które więc stanowią w ten sposób przejście do białaczki wrzekomej śledzionowej, od niej zaś do białaczki. Kiedy do tego dołącza się puchlina brzuszna, wówczas mamy prawo stan ten nazwać chorobą Bantiego.

Również i inni autorowie nie zaprzeczają możliwości przejścia stanów wrzekomobiałaczkowych w białaczkę. O tem pisze i prof. Krehl (2), powołując się między innemi na szczególnie ciekawy przypadek Marchanda.

Hans Hirschfeld (3) w swojem zbiorowem sprawozdaniu rozbiera niektóre przypadki niedokrwistości śledzionowej i uznaje istnienie t. zw. nietypowych białaczek, cierpień białaczkowatych, czyli białaczkowych postaci przejściowych. Z tych przypadków wymienić należy przypadek Jaweina *(anaemia splenica pseudoleucaemica)* i Jacksona *(splenic anaemia)*. Przypadek Jacksona przytacza i Senator, który zalicza go do kategoryi choroby Bantiego.

Gruzdew (4) w wyczerpującej rozprawie o chorobie Bantiego przyznaje, że schemat Bantiego jest za ciasny, ale nie całkiem godzi się i z Senatorem. Pomijając jednak pewną niezgodę zdań w szczegółach, stwierdzić należy, że co do rzeczy zasadniczej wszyscy autorowie godzą się i uznają, że z opisywanych pod innemi mianami stanów chorobowych koniecznie należy wyodrębnić takie przypadki które cechuje pierwotne przewlekłe cierpienie śledziony pociągające za sobą szczególniejszą zmianę krwi z końcową marskością wątroby i puchliną brzuszną.

Pomimo, że Banti zaleca zawczasu wyciąć śledzionę, nie mogliśmy się zdecydować na tę operacyę, chociażby już dlatego, że pomyślne skutki wycięcia śledziony w tych przypadkach właściwie nie są stanowczo stwierdzone.

Wobec przyjętego zwyczaju, by przypadki chorobowe oznaczać nazwą stanowczą, może wydawać się zbyteczne dodanie w tytule niniejszej rozprawki wyrazów: »tak zwanej«. Pragnąc uzasadnić ten dodatek, z góry nadmienić muszę, że zastrzeżenie, zawarte w tym dodatku odnosi się nie tyle do opisanego przypadku, ile wogóle do postaci chorobowej, wprowadzonej do patologii pod mianem choroby Bantiego. Takie zastrzeżenie jest konieczne, albowiem ta nowa jednostka chorobowa, jak to z rozbioru piśmiennictwa wynika, nie jest jeszcze ustalona. I jedynie przyjętym zwyczajem szablonowania należy objaśnić pomieszczenie stanowczej (bez »t. zw.«) rubryki choroby Bantiego, n. p. w jednym z najnowszych podręczników patologii szczegółowej, wydanym przez W. Jaworskiego (5). W rozdziale napisanym przez W. Piska, czytamy tam bowiem, co następuje: »Z opisu widać, że niektóre szczegóły zgadzają się w zupełności z innemi, dobrze nam znanemi chorobami. Pierwszy okres bardzo przypomina białaczkę wrzekomą *(pseudoleukaemia, anaemia splenica)*; i w drugim okresie niema swoistych objawów; jedynie okres trzeci nie odpowiada żadnej ze znanych postaci, w szczególności żadnej z postaci marskości wątroby«. Już te słowa dowodzą, że niema mowy o kategorycznych cechach tej postaci chorobowej; wiele tu jeszcze nie ustalonego, nie swoistego.

Ponieważ wyodrębnienie tej postaci chorobowej znajduje się jeszcze w okresie rozwoju, to tem bardziej nie może być stanowczym podział na okresy (który zresztą, zawsze jest w zasadzie rzeczą sztuczną). Dlatego też, właśnie mój przypadek, jako przykład konkretny, z życia wzięty, nie zastosowuje się zupełnie ściśle do tego lub innego okresu, i tylko do pewnego stopnia, gdybyśmy koniecznie chcieli schematyzować, moglibyśmy go zaliczyć do okresu pierwszego. Że schematowi, podanemu przez Bantiego, nigdy nie może ściśle odpowiadać przykład konkretny, to rzecz wcale zrozumiała; — obraz Bantiego bowiem, jak każda

postać chorobowa patologii szczegółowej, jest tylko abstrakcyą, teoretyczną zbiorową formą, a w danym razie, powtarzam, nawet jeszcze i nie ustaloną. Dobrem też tego objaśnieniem może być przypadek Goldbluma (6) (»Czasopismo lekarskie« 1903), który pisze: »Spostrzegany przezemnie przypadek niezupełnie odpowiada obrazowi klasycznych przypadków opisanych przez Bantiego; ale obraz kliniczny tej choroby został zmieniony przez badania innych autorów, głównie Senatora...« Przypadek Goldbluma tem się wyróżnia i dlatego schematowi Bantiego ściśle nie odpowiada, że obok istnienia cech znamiennych niedokrwistości, powiększenia śledziony i puchliny brzusznej, nie było marskości wątroby. Na podstawie tego albo należałoby współistnienie wymienionych objawów wydzielić jako nową postać chorobową, albo rozszerzyć pojęcie choroby Bantiego, przyjmując, że marskość zanikowa wątroby, jak to chce Senator, nie jest konieczną w przebiegu tego cierpienia. Tak też właśnie czyni Goldblum, chociaż zupełnie stanowczo nazywa swój przypadek chorobą Bantiego. Przypadek Goldbluma również ściśle nie daje się pomieścić w żadnym z trzech okresów obrazu Bantiego i chyba do pewnego tylko stopnia może być zaliczony do okresu trzeciego. Wreszcie Goldblum wypowiada zdanie, że wrzekoma białaczka śledzionowa *(pseudoleucaemia lienalis)* stanowi być może tylko pierwszy okres choroby Bantiego. Do tego wniosku dochodzi on na podstawie tego, że Senator znajdował leukopenię prawie we wszystkich ogłoszonych przypadkach choroby Bantiego i białaczki wrzekomej śledzionowej. O swojem zaś spostrzeżeniu powiada Goldblum: »Największej podobieństwa cierpienie naszego chorego ma do tak zwanej *pseudoleukaemia lienalis* (i gdyby chory został zbadany wcześniej, zanim się rozwinęła puchlina brzuszna, najprawdobodobniej postawilibyśmy to właśnie rozpoznanie)«.

Na zakończenie powtórzmy, że to, co czytamy w najnowszych podręcznikach patologii szczegółowej o chorobie Bantiego, powinniśmy przyjmować *cum grano salis*, albowiem ta postać chorobowa nie przybrała dotąd ścisłych, niezaprzeczonych i stanowczych kształtów teoretycznych.

Piśmiennictwo. 1) Senator: Üb. Anaemia splenica mit Ascites. Berl. klin. Wocheus., 1901, Nr 46 — 2) Krehl: Patołohiczeskaja fiziologia, 1960, str. 134. Isdanie „Prakticzeskoj medycyny". — 3) Hirschfeld: Ueber atypische Leukamieen. Folia haematologica, 1904, Nr 3. — 4) C. Gruzdew: Boliezń Banti. Russkij Wracz, 1902, Nr 8, 9 i 10. — 5) Nauka o chorobach wewnętrznych. Wydał prof. Walery Jaworski w Krakowie. 1905, Tom III, str. 149. — 6) N. Goldblum: Przypadek choroby Bantiego. Czasopismo lekarskie, 1903, Nr 5.

O skazie moczanowej i jej leczeniu.

Napisał

Dr Józef Surzycki

b. I. asystent kliniki chorób wewn. Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy.)

Powstawanie złogów guzów dnawych *(tophi)*, jak i samej skazy rozmaicie bywa tłómaczone. Jedni twierdzą, że guzy dnawe powstają wskutek miejscowych zmian, a ogólny stan przemiany materyi niema przy tem żadnego znaczenia; drudzy znowu, że właśnie ogólne zaburzenia w przemianie materyi są przyczyną tworzenia się guzków; wreszcie inni przypuszczają z jednej strony zaburzenie w ogólnej przemianie materyi, a z drugiej jeszcze i zmiany miejscowe. Co jednak wpływa na ogólne lub miejscowe zmiany, tego także dokładnie nie wiemy, i znowu musimy się uciec do rozmaitych przypuszczeń.

I tak: Cullen przypuszcza wpływy nerwowe. Duckworth dowodzi, że nieprawidłowy skład krwi drażni ośrodki nerwowe i w ten sposób narządy pod wpływem zmienionej inerwacyi wydzielają więcej kwasu moczowego. Luff zaś przypuszcza, że cała sprawa zależy od nerek, które nie mogą wydalić kwasu moczowego, jaki w nich się wytwarza, i przez to kwas moczowy dostaje się do ogólnego obiegu i zatruwa ustrój. Ma on powstawać w nerkach z mocznika, glikogenu i związków podrodnych. Istotnie przy skazie moczanowej nerki są mniej lub więcej zajęte, a Ebstein i Nicolaier, podając królikom duże ilości mocznika, rozpuszczonego w alkaliach, wywoływali miąższowe zapalenie nerek, chociaż kamieni nie udało się im wytworzyć. Z drugiej jednak strony Zülzer udowadnia, że przy zapaleniu nerek wydzielanie kwasu moczowego nie zmniejsza się, a stosunek kwasu do zasad alloksurowych jest prawidłowy.

W. Roberts wskazuje na to, że kwas moczowy w połączeniu z sodem (Na) pojawia się w dwóch postaciach: albo jeden atom sodu na 2 drobiny kwasu moczowego, czyli t. zw. czworomoczan (Quadriurat) $C_5.\ H_3N_4O_3Na + C_5H_4N_4N_4O_3$ albo też jeden atom sodu na 1 drobinę kwasu moczowego, to jest dwumoczan (Biurat): $C_5H_3N_4O_3Na$; dwumoczan stanowi główny składnik złogów dnawych, czworomoczan zaś znajduje się we krwi i w moczu, a po odstaniu wydziela się na dnie kieliszka. We krwi lepiej rozpuszcza się czworomoczan, niż dwumoczan, w wodzie zaś czworomoczan nie rozpuszcza się wcale. Według Robertsa zmiany, jakie zachodzą we krwi, miałyby być następujące: Jeżeli spotyka się małą ilość kwasu moczowego z dużą ilością płynu alkalicznego, to kwas moczowy zabiera sód lub potas tak, że powstaje zaraz $C_5H_3N_4O_3Na$ czyli dwumoczan, ale wyższe połączenie już powstać nie może, bo gdyby nawet i powstało połączenie $C_5H_2N_4O_3Na_2$, to już kwas węglowy ze krwi zaraz by zabrał jeden atom Na i wszystko wróciłoby do dawnego stanu. Najprawdopodobniej we krwi krąży dwumoczan, bo wszelkie silniejsze połączenia byłyby przez CO_2 rozłożone.

Scudamore i Gairdner przypuszczają, że złogi dnawe tworzą się wskutek zastoju krwi żylnej. Według Zegariego tworzenie się i wydzielanie kwasu moczowego ma polegać na zmianach leukocytów i na pewnej transformacyi nukleiny i pochodnych od niej związków znajdujących się w pokarmach. Ebstein zaś sądzi, że u dotkniętych skazą moczanową istnieje jakaś nieprawidłowa właściwość jąder komórkowych, lub też protoplazmy, wskutek której następują zmiany w wytwarzaniu się nukleiny i przeróbce na kwas moczowy. Według niego nie z pożywienia, ale z nuklein ustrojowych wytwarzający się kwas moczowy stanowi przyczynę skazy. Senator znów przypuszcza, że nadmiar istot białkowatych w pokarmach przy większej ilości tłuszczu i wyskoku jest przyczyną, że się one niedostatecznie utleniają i że wskutek małego utlenienia białko nie zostaje przerobione na mocznik, lecz na kwas moczowy. Nadto według niego także i zaburzenia w trawieniu, oraz zmiany w śledzionie muszą w tem odgrywać pewną rolę, bo w pewnych postaciach białaczki, przy której kwasu moczowego tak wiele się wydziela, zmiany w śledzionie są bardzo wybitne. Według Garroda i zła czynność nerek jest przyczyną niedostatecznego wydalania kwasu moczowego, przez co krąży go więcej we krwi i osadza się w stawach. Schmoll przypuszcza, że następuje rozpad komórek, a przez to uwalniają się nukleiny i z nich powstaje kwas moczowy. Część wydzielonego kwasu moczowego powstaje przez utlenienie grupy alloksurowej. Martwicę tłómaczy on w ten sposób, że wytwory przemiany materyi, zawierające azot, gromadzą się

powoli w ustroju i jeżeli dojdą do pewnego zgęszczenia, to wywołują obumieranie tkanki.

Le Gendre przypuszcza zaburzenia czynnościowe układu nerwowego, za czem idą zaburzenia odżywiania komórek. Wskutek tego wytwarzanie i wydzielanie szkodliwych związków, powstałych przy przemianie materyi, odbywa się nieprawidłowo, a stąd rozwija się powolne przepełnienie ustroju tymi szkodliwymi związkami. Według Le Gendra i Duckwortha tworzy się kwas moczowy syntetycznie w nerce (XIII. Zjazd międzynarodowy w Paryżu) skąd wskutek niedokładnej ich czynności lub głębszych zmian chorobowych wydzielanie jest utrudnione. Wogóle jakaś nić niewyjaśnionych dotąd związków ciągnie się pomiędzy skazą, a stanem nerek. Lewison podnosi, że we wszystkich przypadkach dny, w których znajdowano złogi w stawach, stwierdzano przy sekcyi marskość nerek *(Granularatrophie)*. Odwrotnie, o ile znajdowano zmiany w nerkach, to napewno i w stawach były złogi. W innych zaś 30 sekcyach, gdzie były wprawdzie zmiany w nerkach, ale nie w postaci marskości, tam nie znaleziono też żadnych zmian w stawach. Z tego Lewison wnosi, że marskość nerki nie jest zwykłą towarzyszką dny, lecz że stanowi konieczny warunek rozwinięcia się dny stawów. Jaksch stwierdzał przy marskości nerki znacznie zwiększoną ilość kwasu moczowego we krwi, a ponieważ przy tem cierpieniu niema zwiększonej leukocytozy i zwiększonego wytwarzania kwasu moczowego, więc to zwiększenie jego ilości we krwi powstaje na drodze zatrzymania, niedostatecznego wydzielenia przez nerki wskutek zaburzeń w samej filtracyi.

Virchow opisuje przypadki, w których znajdował w kanalikach prostych nerek złogi kwasu moczowego, a równocześnie już i w istocie korowej były zmiany; uważa on za możliwe zapalenie nerek na tle skazy moczanowej bez zmian w stawach, ale nie przypuszcza możliwości zmian w stawie bez marskości nerek. Podobnież i Ebstein widział złogi kwasu moczowego w krętych i prostych kanalikach nerki. W kilku jego przypadkach była nawet obok marskości nerek kamica *(lithiasis)*. Zresztą i Ebstein podnosi, że tworzenie się piasku w nerkach jeszcze nie dowodzi skazy moczanowej, potwierdza to wiele sekcyi, przy których żadnych zmian w stawach nie znaleziono, chociaż były złogi w nerkach.

Natomiast C. Lange utrzymuje, że stałego związku skazy moczanowej z chorobą nerek niema, a twierdzenie to opiera na swoich spostrzeżeniach klinicznych, na sekcyach, oraz na tem, że skaza moczanowa jest przedewszystkiem chorobą dziedziczną, a w chorobach nerkowych dziedziczność nie gra takiej roli.

Według Freudweilera żadna z tych teoryi nie da się pogodzić z wynikami jego doświadczeń. Zdaniem jego jeżeli tworzą się złogi, to równocześnie musi być zwiększenie kwasu moczowego w sokach ustrojowych. Stanowczo więc trzeba przyjąć, i tak twierdzi Freudweiler, że we krwi dotkniętych skazą moczanową krąży więcej kwasu moczowego, niżby to odpowiadało normie. Dalej sądzi, że wskutek przesycenia kwasem moczowym, ustrój łatwiej ulega miejscowym zapaleniom. Gdy przez nadmiar pożywienia lub picia następuje przesycenie ustroju kwasem moczowym, to wtedy wydziela się kwas moczowy do tkanek, poczem następuje zapalenie, a nawet martwica. Przez to jednak oswobadza się ustrój od pewnej części kwasu moczowego i znowu ma trochę spokoju, dopóki się cała ta sprawa na nowo nie powtórzy.

Mojem zdaniem niepodobna w skazie moczanowej zaprzeczyć wpływu dziedziczności, która nietylko w tej, ale i w tylu innych chorobach gra tak wybitną rolę. Jednak sama dziedziczność nie tłómaczyłaby nam tak ogromnego zwiększenia się w ostatnich latach częstości dny w rozmaitych warstwach ludności, przeważnie jednak w kołach inteligencyi. Z tem w parze idzie i znaczny przyrost chorób nerwowych i umysłowych, co jest wynikiem przeciążenia pracą, wysiłków w studyach, bezsennych nocy w służbie, zajęć wymagających wytężonej, a nieregularnej pracy, przejść moralnych, troski o codzienny chleb, który coraz trudniej każdemu zdobyć.

Od dawna zastanawiałem się nad istotą dny i obserwując nieraz latami całemi chorych na dnę, doszedłem do przekonania na podstawie różnych objawów, że skaza moczanowa polega przedewszystkiem na zboczeniach w układzie nerwowym, które czasami dają się nawet ściśle określić, czasami zaś pojawiają się w postaci mniej typowych nerwic lub zaburzeń odżywiania. U osób takich, nieraz na lata jeszcze wcześniej, nim wystąpią pierwsze objawy dny, spotykamy z jednej strony objawy neurasteniczne, bole głowy, ból głowy połowiczy (migrenę), zaburzenia w zakresie krążenia krwi, najczęściej przypady sercowe, u kobiet zaburzenia w sferze płciowej, u mężczyzn zmazy nocne, niezdolność płciową, lub też nieprawidłowe podrażnienie płciowe. Jako dalszy okres, rzadziej w początkach, spotykamy zboczenia w narządzie trawienia, zwłaszcza w czynnościach żołądka, przyczem przeważają zmiany wydzielnicze, najczęściej nadmierne wydzielanie soku żołądkowego ze znaczną ilością kwasu solnego, a co za tem idzie, cały szereg zmian, wypływających z tego stanu, a nieraz kończących się wrzodem żołądka. (Ewald: Klinik der Verdauungskrankheiten, str. 370).

Według Jaworskiego pojawiają się przy dnie osobne, znamienne przypady żołądkowe. Pisze on: Zboczenie to może być jedynym objawem, pod którym się dna ukrywa. W przypadkach dny choroba w swoich początkach polegała przez dłuższy czas tylko na zboczeniach dyspeptycznych, niesmaku, odbijaniu, braku łaknienia, uczuciu palenia, gniecenia lub też bolu w okolicy żołądka, zgadze, a nawet wymiotowaniu, przyczem istniało zajęcie głowy i ogólne znużenie. Chorzy bywają leczeni z powodu nieżytu żołądka lub hipochondryi, aż dopiero napad dny i pokazanie się dużej ilości moczanów w moczu wykazało prawdziwą przyczynę. U innych zaś bywały bole w palcach i w stawach, jednak krótkotrwałe i nieznaczne tak, że chorzy nie zwrócili na to uwagi. Po takich napadach rozwinęły się przypadłości żołądkowe tak, jak wyżej. Stanowczo nie możemy stwierdzić, czy w niestrawności dnawej jest zwiększone wydzielanie HCl, ale doświadczenia Bouvereta przemawiają za tem. Oczywiście leczenie wymaga dyety, jak przy skazie moczanowej, i wód alkalicznych. W mojej praktyce zdarzało mi się dość często spotykać chorych bardzo nerwowych, u których w pierwszym okresie znajdowało się tylko zwiększoną ilość moczanów i ciężar właściwy wyższy, a badanie ilościowe zawsze stwierdzało znaczne zwiększenie ilości kwasu moczowego, ale i to występujące okresami. Następnie już stan stawał się coraz wyraźniejszym, objawy dny występowały wybitniej, a obok tego dochodziło do zaburzeń w wydzielaniu kwasu solnego, nawet do sokotoku żołądkowego, czasem zaś, a mam takich przypadków 3, wywiązywała się zwykła cukrzyca (u Fr. Dr. Mos.; z tych 3 przypadków 2 skończyły się śmiercią, a u Mos. raz się pokazuje nadmierne wydzielanie kwasu moczowego a brak cukru, to znowu kwasu moczowego niema, a cukier dochodzi do 1 lub 2%). (C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Beitzke. **W sprawie powstawania pylicy węglowej płuc.** (*Virchows Archiv* 1907, T. 187, Z. 1). Po pracach Arnolda z r. 1885 sprawa pylicy węglowej płuc zdawała się ostatecznie załatwioną, w ostatnich jednak czasach zajęto się nią ponownie bardzo gorliwie ze względu zwłaszcza na to, iż zdaje się ona rzucać światło na sprawę wrót zakażenia gruźliczego. Zwłaszcza praca Calmettea, Vansteerberghea i Gryseza z r. 1905 narobiły wielkiej wrzawy, ponieważ autorowie ci na podstawie doświadczeń na zwierzętach twierdzili, iż pylica węglowa płuc powstaje

nie przez wdychanie pyłu węglowego, lecz drogą przewodu pokarmowego. Niejednokrotnie już powoływano się na tę pracę, jako na jeden z dowodów na to, że gruźlica płuc powstaje również nie przez wdychanie prątków gruźliczych, lecz przez zakażenie ustroju drogą przewodu pokarmowego. Przeciw twierdzeniom Calmettea, Vansteerberghea i Gryseza wystąpili niedawno Aschoff, Schultze, Mironesco, obecnie zaś Beitzke wykonał cały szereg najrozmaitszych doświadczeń na zwierzętach (wstrzykiwania tuszu do jamy brzusznej, karmienie sadzami w zwykły sposób, zgłębnikiem, lub przez przetokę żołądkową, przecinanie przełyku i osadzanie zwierzęcia do przestrzeni z rozpylonemi sadzami, zamykanie watą jednego z pni oskrzelowych zwierzęcia i osadzanie go w klatce z rozpylonemi sadzami) i doszedł do wniosku, iż twierdzenia Calmettea, Vansterberghea i Gryseza są najzupełniej błędne i że dawniejsza teorya Arnolda pozostaje i nadal nienaruszoną. *Gliński.*

E. Zębrowski. **Wpływ dymu tytoniowego na naczynia krwionośne u zwierząt (doniesienie tymczasowe).** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 6). Autor wykonał na 40 królikach doświadczenia w ten sposób, że jedna grupa królików wdychała dym tytoniu, drugiej grupie wstrzykiwano do żył wyciąg dymu »machorki« (lichy gatunek tytoniu, w użyciu u prostego ludu w Rosyi), trzeciej takiż wyciąg, lecz z tytoniu lepszego gatunku, czwartej 0,5 prc. rozczyn nikotyny, piątej inne składowe części dymu tytoniowego, szóstej adrenalinę (1: 1000); siódma grupa służyła do porównań. U 4 królików drugiej grupy, u 3 — czwartej powstały duże zmiany miażdżycowe. Praca jeszcze nieukończona, lecz z jej dotychczasowych wyników widać, że w dymie tytoniowym zawierają się substancye, łatwo rozpuszczające się we wodzie, które mogą wywoływać znaczne zmiany w ścianach naczyń krwionośnych. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Luigi d'Amato. **Doświadczalnie wywołane ze strony przewodu pokarmowego zmiany w wątrobie i w innych narządach jamy brzusznej.** (*Virchows Archiv* 1907, T. 187, Z. 3). Według przyjętego w nauce zapatrywania pod wpływem działania rozmaitych ciał, już to wprowadzonych, już też wytworzonych w przewodzie pokarmowym, rozwijają się u człowieka rozmaite postacie marskości wątroby; do takich ciał zaliczamy zwłaszcza wyskok i rozmaite produkty gnilne. Celem wyświetlenia działania tych ciał na wątrobę i narządy jamy brzusznej wykonał autor szereg doświadczeń na psach i królikach, karmiąc je przez dłuższy czas (do 5 miesięcy i 20 dni) jednem z następujących ciał: 1) mieszanina wyskoku etylowego z amylowym, 2) kwas masłowy, 3) produkty gnicia mięsa. Doszedł ostatecznie do następujących wniosków: 1) Pod wpływem podawania produktów gnilnych mięsa występują w wątrobie karmionych nimi zwierząt mniej lub więcej znaczne zmiany (przekrwienie, wylewy krwi, martwica i stłuszczenie komórek wątrobnych, nieznaczny rozrost tkanki śródmiąższowej), nigdy jednak nie powstają zmiany, cechujące mikroskopowo marskość wątroby u człowieka. 2) Kwas masłowy po dłuższem podawaniu wywołuje w wątrobie królików zmiany raczej miąższowe, niż śródmiąższowe (wbrew twierdzeniu Boix), wobec czego dotychczas niepodobna mówić o marskości wątroby, wywołanej doświadczalnie przez kwas masłowy lub produkty gnicia mięsa. 3) Mieszanina wyskoku etylowego i amylowego przy dłuższem stosowaniu wywołuje w wątrobie zwierząt zmiany zarówno miąższowe, jak i śródmiąższowe, których jednak niepodobna zaliczyć do żadnego ze znanych typów marskości wątroby, spotykanych u człowieka. 4) Wszystkie wymienione ciała działają szkodliwie nietylko na wątrobę, lecz także i na inne narządy jamy brzusznej, niekiedy zaś także i na narząd krążenia. 5) Na podstawie tego sądzi autor, iż u człowieka zmiany w rozmaitych narządach przy marskości wątroby są zależne od czynnika, wywołującego marskość wątroby; innemi słowy marskość wątroby jest tylko wyrazem schorzenia, dotykającego jednocześnie i niektóre inne narządy. *Gliński.*

Ribbert. **Ludzkie komórki, jako pasorzyty.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 9, 1907). Pasorzyty (twory żyjące, wkraczające do ustroju od zewnątrz), dostawać się mogą do ustroju nietylko w życiu pozapłodowem, ale i w życiu płodowem, a nawet przechodzić z generacyi na generacyę. Pasorzyty rozmnażają się samodzielnie. Ciałka białe mają wiele cech pasorzytów, ale brakuje im właśnie cechy rozmnażania się samodzielnego i dowolnego, dlatego też nie zalewają one ustroju i nie niszczą jego tkanek. W niektórych jednak chorobach ciałka białe rozmnażają się swobodnie i wtedy właściwie od pasorzytów zasadniczej różnicy niema. Sprawy te przypominają żywo nowotwory: należy do nich przedewszystkiem białaczka, tak że chorobę tę uważać można za nowotwór z własnych komórek ustroju, jako pasorzytów. Jeżeli samo przeniesienie komórek może wywołać nowotwór, to same komórki muszą być pasorzytami. Nowotwór nie zużywa, jak się mylnie sądzi, otoczenia na swą budowę, nie zmienia okolicznych komórek, ale rośnie sam z siebie. Przyczyną więc nowotworów są komórki, bujające niejako pasorzytnie. *Klęsk.*

Doc. Czujewski. **Sposób prędkiego uzyskiwania czystej hemoglobiny.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 5). Odwłóknioną i odstałą w zimnem miejscu krew konia lub psa rozcieńcza się 5—10-krotnie zimnym fizyologicznym rozczynem soli, osadza się z niej zapomocą silnej wirownicy ciałka czerwone, rozpuszcza je jaknajmniejszą ilością wody przekroplonej o 40° C., ciepły jeszcze rozczyn sączy przez lejek Buchnera, zamraża się go w cienkościennej szklance, ciągle kłócąc, następnie zaraz znów zapomocą wirownicy dzieli się zamrożony rozczyn na 3 warstwy: górną (lodową) usuwa się; średnią (rozczyn oksyhemoglobiny) odlewa, by potem znowu zamrozić, osadzić w wirówce i t. d.; dolną, złożoną z czystych kryształków oksyhemoglobiny, zbiera się i suszy zapomocą wirownicy w naczyńkach, ustawionych dnem do środka, a na zewnątrz otworem, który się zakrywa gęstą materyą jedwabną i korkiem z papieru do filtrowania. Przy obracaniu wirówki płyn wsiąka w ten korek, a kryształki OHb gromadzą się na jedwabiu; dosusza się je nad kwasem siarkowym. W ten sposób w ciągu 4—6 godzin można uzyskać znaczną ilość kryształków drobnych, ale prawidłowych, czystej OHb. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Medycyna wewnętrzna.

Mayer. **W sprawie leczenia choroby Basedowa surowicą.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 49, 1906). Przypadek M. dotyczy 23-letniej dziewczyny z wybitnymi objawami choroby Basedowa. Chora zażywała początkowo 3 razy dziennie po 10 kropel surowicy Möbiusa, poczem zwiększano stopniowo dawkę o 5 kropel, aż do 30 kropel dziennie. Już po 4 dniach, a więc po zażyciu niespełna 4 ctm.³ surowicy, nastąpiła wybitna poprawa: tętno, stan gałek ocznych i wielkość gruczołu tarczowego zmieniły się na korzyść. Wogóle użyto 20 ctm.³ surowicy. *Pisek* (Kraków-Podgórze).

Wagner v. Jauregg. **Drugie doniesienie o leczeniu nagminnego matołectwa substancyą gruczołu tarczowego.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr 2, 1907). Leczenie matołectwa gruczołem tarczowym daje autorowi znakomite wyniki. Wynik tem lepszy, im osobnik młodszy. O ile niema jeszcze upośledzenia słuchu, może nastąpić nawet zupełne wyleczenie. Niektóre, zwłaszcza wrodzone przypadki opierają się jednak leczeniu, choć i tu chwilową poprawę słuchu osiągnąć można. *Klęsk.*

Urano. **O wpływie kreozotu na przemianę materyi białkowych.** (*Allg. med. Centr. Ztg.* 1907, Nr 3). Bickel i Pincussohn stwierdzili, że ustrój zwierząt pod wpływem większych dawek kreozotu zatrzymuje N. Z wykonanych przez U. systematycznych doświadczeń na psie wynika, że podawanie kreozotu przy pożywieniu czysto białkowem wywołuje osadzanie się białka obok zużywania się tłuszczu i ubytku wagi ciała. Po podawaniu kreozotu zmniejsza się głównie wydzielanie N. w kale, co przemawiałoby również za lepszem wyzyskaniem wprowadzanego białka. Ze względu na używanie kreozotu w leczeniu suchot, zasługują badania U. także na uwagę lekarzy praktycznych. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Abelman. **W sprawie wchłaniania tłuszczów przy żółtaczce.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 52). Na 2 dzieciach, chorych na prostą ostrą żółtaczkę, badał A. wpływ żółtaczki na wchłanianie tłuszczów. W tym celu podawano 500—750—1300 sz. ctm. mleka ze ściśle określoną ilością tłuszczu i badano ilość tłuszczów w stolcach. Mimo braku żółci w jelitach wchłaniało się 87—94 prc. tłuszczu. Dalsze doświadczenia wyjaśnią, jak wchłaniają się tłuszcze, jeżeli zwiększyć ich ilość, ale już na podstawie tych doświadczeń można powiedzieć, że w dyecie chorych na żółtaczkę nie należy unikać tłuszczów. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Brodzki (Cudowa). **Badania i doświadczenia kliniczne z chlebem „liton", nowem pieczywem dla chorych na cukrzycę.** (*Berl. klin. Wochs.* Nr 4, 1907). Używane dotychczas pieczywa dla chorych na cukrzycę są bardzo niepewne co do zawartości węglowodanów. Większość zbliża się pod tym względem mniej więcej do chleba Grahama i Pumpernikla, które zawierają, jak wiadomo, do 45 prc. węglowodanów. Starając się wytworzyć pieczywo odpowiedniejsze, należy mieć na oku nietylko to, by zawierało ono jaknajmniej węglowodanów, ale, co niemniej ważne, by miało naturalny smak chleba. Z tego po-

wodu B. razem z doc. Bergellem powrócili do zasady, ażeby przy pieczeniu chleba, mało zawierającego węglowodanów, używać tylko takich części składowych, które zawarte są w ziarnach zbożowych. Na tej głównie zasadzie opiera się wyrób chleba »liton«. Składa on się z glutenu pszenicznego, t. j. z glidinu dra Klopfera i substancyi, uzyskanej z odosobnionych zarodków żytnych, którą się zapomocą namoku słodowego pozbawia większej części węglowodanów. Białko glutenowe ułatwia pieczenie i daje czysty smak chleba. Substancya, uzyskana z zarodków żytnych, odgrywa rolę środka kiśniejącego w miejsce brakującej skrobi. Chleb »liton« fabrykuje się ze stałą zawartością 3 prc. i 10 prc. węglowodanów. Badania kliniczne w 18 przypadkach stwierdziły, że chorzy chleb ten chętnie jedzą i że zastępuje on im zupełnie chleb zwykły. Nawet dawki do 200 gr. dziennie bez i z dodatkiem pewnej ilości innych węglowodanów nie wpływały niekorzystnie na ilość wydzielonego w moczu cukru. (*Streszczenie własne*).

W. Moraczewski. **O lewulozuryi.** (*Tyg. lek.* 1907, Nr 8). Autor opisuje 2 przypadki cukrzycy u osób młodych (18-l.). W jednym po zastosowaniu dyety bezwęglowodanowej cukier znikł i nie powrócił pomimo podawania cukru gronowego, trzcinowego i lewozwrotnego, w drugim wydzielanie cukru zmniejszyło się wprawdzie, ale po podaniu cukru gronowego, lewulozy Scheringa i glikogenu Clina zauważył M. wzrost ilości lewozwrotnego cukru. Według M. istnieją trzy różne stopnie lewulozuryi: 1) ilość lewulozy nie powiększa się wcale pod wpływem dyety; 2) powiększa się tylko pod wpływem lewulozy; 3) powiększa się po spożyciu każdego rodzaju węglowodanów. Lewulozuryę napotykalibyśmy częściej, gdyby przy każdem badaniu cukrzycy porównywano ilość cukru, otrzymaną przez odtlenienie, z ilością, oznaczoną polarymetrem. *Dr Blassberg.*

Doc. Słowcow. **Rozpoznawcze znaczenie indykanuryi.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 7). Autor rozróżnia 3 rodzaje indykanuryi: 1) jelitową, 2) ropną przy różnego rodzaju ropnych sprawach w ustroju i 3) przy chorobach przemiany materyi. Przy jelitowej indykanuryi najwięcej indykanu w moczu zjawia się w 4—5 godz. po jedzeniu, przy ropnej wydzielanie się indykanu w moczu idzie równomiernie w ciągu dnia i równolegle z gorączką, a więc szczytu dosięga wieczorem, przy chorobach przemiany materyi wydzielanie idzie cały czas równomiernie. Pod wpływem dyety mlecznej (kwaśne mleko) indykanurya jelitowa i powstała wskutek zboczeń przemiany znacznie się zmniejszają, ropna nie zmienia się wcale. Azotan bismutu (*magist. bismuthi*) zmniejsza indykanuryę jelitową, a nie wpływa wcale na oba inne jej rodzaje. Wody alkaliczne zwiększają indykanuryę jelitową, nie wpływają na ropną i zmniejszają indykanuryę przy chorobach przemiany materyi. Rozcięcie ropnia znacznie zmniejsza ropną indykanuryę, a nie wpływa na jelitową i przemianową. Autor zachęca do określania ilości indykanu w moczu, gdyż znając własności każdej postaci indykanuryi, można przez to niekiedy ułatwić sobie rozpoznanie w trudnych i zawikłanych przypadkach. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

A. Sézary. **O otyłości bolesnej.** (*Revue de medecine* 1907, Nr 1). W 4 przypadkach tak zwanej choroby Dercuma, spostrzeganych przez S., były 4 znamienne objawy tego cierpienia, to jest: otyłość o zwyczajnem przeważnie rozmieszczeniu, bole, osłabienie i zaburzenia psychiczne. Rozmieszczenie tłuszczu było rozlane lub ogniskowe i zmieniało się u chorych w różnych czasach. Wszystkie 4 przypadki dotyczyły kobiet. Autor zauważył ciekawe zjawisko łatwego występowania wybroczyn po nieznacznym nawet ucisku. Zaburzenia psychiczne objawiały się jako ubytek pamięci lub usposobienie melancholijne. Badanie elektryczne stwierdziło prawidłowy stan narządu ruchowego. Stan krwi prawidłowy. W moczu stwierdzono znaczną ilość indoksylu i skatolu. *Dr Blassberg.*

A. Alpar. **Jod-Fersan.** (*Allg. W. med. Ztg.* LII, Nr 8, 1907). Autor stosował jod-fersan w ambulatoryum dla dzieci w poliklinice peszteńskiej (Prym. dr Brück) i na podstawie swych doświadczeń dochodzi do wniosku, że jodfersanowe kołaczyki dla dzieci odznaczają się miłym smakiem, łatwem dawkowaniem i łatwą wessalnością. Jodfersan nie psuje apetytu (jak syr. ferri jodat. lub ol. jecoris), lecz przeciwnie podnieca stale apetyt, poprawia odżywienie i nie wywołuje biegunki, ani zaparcia. Podawano 2—5 kołaczyków dziennie, stosownie do wskazania. Dzieci zażywały chętnie kołaczyki i znosiły je dobrze. Szczególne wskazanie stanowią krzywica i zołzy. *Ms.*

Neurologia.

Lortat. **W sprawie dyety pozbawionej chlorków przy padaczce u dzieci.** (*Revue de méd.* 1907, Nr 1). Dyeta bez chlorków może być, jak się autor przekonał, przez dwa lata stosowana przy równoczesnem podawaniu bromu, bez szkody dla chorego, bez żadnych objawów zatrucia bromem lub zaburzeń umysłowych. Przeciwnie autor zauważył wybitny przybytek na wadze, którego nie można odnieść wyłącznie do zmniejszenia się liczby napadów padaczkowych. L. proponuje stosowanie tej dyety obok bromu w pokrewnych chorobach, gdzie chcemy wywołać przybytek wagi, np. w neurastenii. L. zauważył nowe zjawisko, dotąd nieznane, mianowicie nagłe zwiększanie się chlorków, t. zw. »hyperchlorurie d'alarme«, poprzedzające na 3 dni ostre zakażenie i gorączkę. Byłoby to ważnym szczegółem rozpoznawczym w okresie wylęgania się chorób zakaźnych. *Dr Blassberg.*

Bleibtreu. **Pozorna warga olbrzymia** (*makrochilia*) **w przebiegu histeryi.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 6). Przykurczenia, nierzadkie w przebiegu histeryi, dotyczą zazwyczaj kończyn, mięśni twarzy b. rzadko. W ciekawym przypadku autora przykurczenie to dotyczyło dźwigacza wargi górnej i m. bródkowego, odwijając obie wargi i sprawiając wrażenie obrzęku. Znieczulenie połowicze naprowadziło rozpoznanie na właściwe tory. *Dr M. Godlewski.*

Ch. Feré. **Strach, a wybuch płciowy.** (*Revue de méd.* 1907, Nr 1). W przeciwieństwie do ekshibicyonistów, u których publiczne obnażanie części płciowych jest celem samym w sobie, chorzy, badani przez autora, szukali miejsc publicznych ze względu na silne ryzyko, wzruszenie i strach, które stanowiły u nich podnietę, wywołującą rozkosz płciową. Nieraz w takich przypadkach poprzedzone jest podniecenie płciowe przez migrenę. W innych przypadkach stanowić mogą taką podnietę silne zmartwienia, jak n. p. śmierć drogich osób, albo strach i trwoga, ryzykowna gra hazardowa, niebezpieczne ćwiczenia gimnastyczne i ból. Zwłaszcza kolejność i pokrewieństwo bolu z popędem płciowym napotykał F. dość często w swoich spostrzeżeniach. *Dr Blassberg.*

Frankenhauser. **Nakłucie lędźwiowe u obłąkanych.** (*Corr. Bl. f. schw. Ärzte* 1907, Nr 2). Znaczenie rozpoznawcze nakłucia lędźwiowego określono w ostatnich 2 latach dość ściśle. Wynik dodatni, t. j. wzrost liczby limfocytów spotyka się: 1) po przebyciu kiły, 2) we wszystkich przypadkach porażenia postępującego; wyniki ujemne we wszystkich postaciach obłąkania opilczego, w zniedołężnieniu starczem, przedwczesnem i w padaczce. Ilość białka w cieczy mózgowordzeniowej idzie z limfocytozą naogół równolegle, ale niezupełnie; znaczenie jej jest podobne, jak limfocytozy, ale mniej pewne. Wartość rozpoznawcza nakłucia lędźwiowego polega na tem, że pozwala ono odgraniczyć porażenie postępujące i zmiany na tle kiły z jednej strony, od obłąkania opilczego, zniedołężnienia przedwczesnego i padaczki z drugiej. Wielką zaletą zabiegu tego jest to, iż nie jest niebezpieczny i że go można wykonać i poza zakładem. Zdaniem F. należy nakłucie lędźwiowe rozpoznawcze wykonać w każdym przypadku, w którym przypuszcza się porażenie postępujące. Pamiętać jednak należy, że limfocytoza cieczy mózgowordzeniowej nie jest w tem cierpieniu objawem swoistym, lecz tylko jednym z objawów, niewątpliwie ważnym, niemniej wymagającym krytycznego rozbioru.

Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

Ohm. **Nieco o znaczeniu rozpoznawczem krwi i limfocytozy w cieczy mózgowordzeniowej.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 42, 1906). Główną przyczyną pojawiania się krwi w cieczy mózgowordzeniowej są przedewszystkiem krwotoki mózgowe, powstałe czyto z powodu pęknięcia tętniaków, czy też naczynia, a przebijające do komór lub na powierzchnię mózgu w obręb opon, dalej krwotoki w obrębie opon rdzeniowych wskutek np. złamania kręgu lub urazowego zmiażdżenia rdzenia. Wreszcie, choć tego jeszcze stanowczo nie stwierdzono, wybroczynowe zapalenie opony twardej. Prócz tego krew dostać się może do cieczy mózgowordzeniowej podczas samego nakłucia lędźwiowego, wskutek przypadkowego nakłucia żyły, lecz w takim razie pochodzenie krwi określić łatwo na podstawie barwy mętnej, nierównomiernego zabarwienia płynu, zdolności krzepnięcia, cech, jakiemi odznacza się krew, która dostała się do cieczy mózgowordzeniowej sztucznie. Bardzo często jedynie tylko nakłucie lędźw. rozstrzyga o istnieniu śródczaszkowego tętniaka w przypadkach, w których rozpoznanie waha się między nim a guzem, mogącym wywoływać zupełnie zresztą podobne objawy mózgowe, jak tętniak. Tak n. p. zapomocą nakłucia lędźwiowego zdołano w przypadku, spostrzeganym przez autora, wyłączyć nowotwór, a rozpoznać pęknięcie tętniaka w moście Varola. — Co się tyczy limfocytozy, to pojawienie się obfitej ilości

limfocytów w cieczy mózgowordzeniowej powinno zawsze zwrócić uwagę na możliwość sprawy kiłowej, toczącej się w ośrodkowym układzie nerwowym, głównie w tych razach, w których objawy mózgowe są niewyraźne. Limfocytoza jest prawie znamienną właśnie dla tych spraw tak, że często następowo zastosowane leczenie przeciwkiłowe potwierdza słuszność przypuszczenia, opartego na stwierdzeniu limfocytozy. Podobnie też na mocy limfocytozy w cieczy mózgowordzeniowej można, zdaniem autora, wyrokować o wiądowej przyrodzie napadów żołądkowych (*crises gastricae*) już we wczesnych okresach wiądu, gdy niema jeszcze innych znamiennych tej choroby objawów. *Nowaczyński.*

Riebold. **Surowicze zapalenie opon mózgowych.** (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr 46). Choroba ta, w roku 1844 opisana po raz pierwszy przez Bartheza i Rillieta, zawdzięcza Billrothowi swą nazwę. Boenninghaus (1897) zestawił z piśmiennictwa 28 przypadków tej choroby, z których R. odlicza 12, jako tu nie należące. Zmiany anatomiczne cechują się przekrwieniem opon miękkich mózgu, czasem i wybroczynami, nacieczeniem opon ciałkami białemi i wysiękiem surowiczym, rzadko surowiczo-krwawym. Sprawa zapalna przechodzi czasem i na tkankę mózgową. Powikłanie to autor przypuszcza w swoim przypadku trzecim, gdzie wystąpiło nagłe porażenie nerwu okoruchowego, trwające około miesiąca; mogło ono jednak być również skutkiem wybroczyny. W trzech pierwszych przypadkach Riebolda występuje zapalenie surowicze opon jako samoistna choroba zakaźna. Niejednokrotnie zauważano zapalenie opon surowicze w przebiegu rozmaitych chorób zakaźnych; tu należy spostrzegany przez R. w przebiegu odry przypadek 4., w przebiegu duru przypadki 8., 9., 11., 12., 13., w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego 7., dalej przypadki w przebiegu grypy, gruźlicy. Częste ma być zapalenie opon surowicze w przebiegu ropnego zapalenia ucha środkowego (przyp. 5. i 6.). Pewną rolę etyologiczną mają grać także wpływy toksyczne, np. przy zaparciu stolca, przy miesiączce. Płyn mózgowordzeniowy w surowiczem zapaleniu opon (nakłucie lędźwiowe), badany bakteryologicznie, okazywał się zawsze jałowy. Być więc może, że podstawą zmian opon jest działanie tylko toksyczne; za tem przemawiają przemijające objawy mózgowe w przebiegu gruźlicy narządów wewnętrznych. Początek choroby jest ostry, Niebezpieczeństwo jej polega na wzmożonem ciśnieniu śródczaszkowem i możliwości wytworzenia się wodogłowia wewnętrznego przewlekłego. Pierwsze niebezpieczeństwo usuwa nakłucie lędźwiowe. (W 2 przypadkach (4. i 6.). R. nakłucia nie wykonał). W razie potrzeby należy nakłucie lędźwiowe powtórzyć i tak w jednym przypadku wykonano 3 nakłucia, w innym 7. Prócz tego poleca R. stawianie pijawek, wcieranie szaruchy, pędzlowanie nalewką jodową, pryszczydła, podawanie salicylu. R. przypuszcza, iż zapalenie opon surowicze nie jest chorobą tak rzadką, za jaką je uważamy, że je często można przeoczyć w przebiegu chorób ostrych zakaźnych z przemijającymi objawami mózgowymi. Choroba ta zawsze ostro się zaczyna i zwykle szybko się kończy, rzadziej przybiera przebieg przewlekły. Objawia się wtedy silnymi bolami głowy, przygnębieniem i usposobieniem lękliwem. Tu zaliczyćby można 10. przypadek autora, trwający 3 miesiące. — Wszystkie 13 przypadków autora skończyły się zupełnem wyzdrowieniem. *Dr W. Skórczewski.*

Prof. Anschütz. **Z chirurgii guzów móżdżku.** (*Allg. med. Ctrl. Ztg.* 1906, Nr 51). W przypadku autora rozpoznawano guz móżdżku na podstawie następujących objawów: niedowład połowiczy (*hemiasthenia*) bez kurczów, silne bole głowy, zawroty nawet przy leżeniu, układanie się chorego zawsze w jednem położeniu. Przy operacyi zbadano naprzód lewą półkulę móżdżku, a gdy w niej nic nie znaleziono, otwarto prawą półkulę, z której wydobyto dość twardy guz wielkości orzecha. Chory wyzdrowiał, a pomimo operacyi na obu półkulach móżdżku i utraty części móżdżku, która wypadła z rany i musiała być odciętą, nie miał potem żadnych przypadów chorobowych. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

P. Pręgowski. **W sprawie nasennego działania ogrzanych łóżek.** (*Nowiny lekarskie* 1906, Nr 11). Doświadczenia autora, przedsięwzięte z 7 osobami w celu stwierdzenia, czy ogrzane łóżka działają nasennie, dają odpowiedź twierdzącą. Drzemka w ciągu dnia, w powyższy sposób wywołana, działała korzystnie na ustrój, zwłaszcza u osób osłabionych i ozdrowieńców po ciężkich chorobach. Przy zbyt wielkiem ogrzaniu łóżka działanie było z powodu potów, bolów głowy i rozdrażnienia ujemne. W doświadczeniach tych łóżko ogrzewane było zapomocą gorącej pary wodnej, przeprowadzonej z ogólnych przewodów zakładu (terapii fizykalnej prof. Riedera), przez pogiętą, 1 ctm. grubą rurę miedzianą, ułożoną w odpowiedniem przykryciu na materacach łóżka. Autor nie mógł wykonać doświadczeń porównawczych co do snu na ogrzanem i nieogrzanem łóżku i przy równych zresztą warunkach. Nasenne działanie ogrzanych łóżek nie może być uważane za ściśle udowodnione, jednak doświadczenia autora czynią je bardzo prawdopodobnem. *Dr Blassberg.*

Sacher Masoch i Masochizm.

Szkic literacko-psychiatryczny według collegium publicum.

Skreślił

Prof. Dr L. Wachholz.

(Ciąg dalszy.)

Typy stworzone przez Sacher-Masocha są więc patologiczne tak samo, jak typy Sadea, ucieleśnione pod postaciami Bressaca, Rodina, de Bandolea, mnichów Severino, Jérômea (»Justine«), Noirceuila, Saint-Fonda (»Juliette«), książąt Blangis, Durceta, de Curvala (»Les 120 journées de Sodom«) i t. d., których nikt nie mógłby nazwać prawidłowymi. Wspomniawszy już de Sadea, nie podobna się obronić nasuwającej się myśli o pewnem powinowactwie, jakie zachodzi między nim, a Sacher-Masochem. Z góry przecież należy się zastrzedz, że w kierunku artystycznym nie mogą obaj ze sobą iść w porównanie, gdyż Sacher-Masoch jest niewątpliwie artystą, de Sade tylko pornografem. Powinowactwo ich polega z jednej strony na ustawicznem poruszaniu w swych utworach zagadnień płciowych i stwarzaniu typów zasadniczych, a sobie właściwych, z drugiej zaś strony na wprowadzaniu także i odmiennych niż zasadnicze, niemniej patologicznych postaci pod względem płciowym. W tym kierunku wyższym jest znowu de Sade, bo stworzył on w swym niedawno przez E. Dührena[43]) odkrytym rękopisie »120 dni Sodomy« właściwie pierwszy podręcznik psychopatyi seksualnej.

Już w poprzednich rozdziałach wspomniałem o kilku postaciach utworów Sacher-Masocha, które od jego zasadniczego typu odbiegają, lecz mimo to noszą piętno psychopatyczne. Tak np. postać hr. Tarnowa (»Miłość Platona«), gardzącego miłością i namiętnością pięknej księżny Baragreff, odwracającego się wogóle od kobiet, a uwielbiającego tylko mężczyzn, zakrawa wybitnie na płciowego psychohermafrodytę w pojęciu Krafft-Ebinga; tenor, bohater nowelli »O jakaż rozkosz być biczowanym« przedstawia typ mieszany, sadysty i masochisty; niemal wszyscy jego bohaterowie, a zwłaszcza już Seweryn są fetyszystami, których pociągają płciowo futra, aksamity, pewne barwy np. czerwona, statuy, ręce kobiece i t. d. Na tych odmianach Sacher-Masoch nie poprzestaje, gdyż stwarza także, choć w umiarkowanej, możliwie artystycznej formie, postacie imaginacyjnych nekrofilów. Nekrofilem jest sąsiad Bromirskiej (»Testament«) lubujący się w drzemkach poobiednich w trumnie a w wyższym jeszcze stopniu 70-letni giełdowicz wiedeński (»Powstaniec«), który poleca publicznym dziewczętom ubierać się »w suknie z ciężkiego białego jedwabiu, dziewiczy welon i wieniec mirtowy« i kłaść się do trumny, w której zwykł był po południu drzemać. Po ułożeniu się w trumnie dziewczyny, sam klękał na przygotowanym klęczniku i modlił się tak »gorąco, że wreszcie łzy wylewał i łkając całował ręce i stopy półmartwej córy rozkoszy, jak gdyby komu z swych najdroższych, który się rozstał z życiem«. Ostatnio przywiedzionych postaci nie można już żadną miarą usprawiedliwić nawet względami etnologiczno-kulturalnymi, nie można też ani na chwilę zawahać się w uznaniu ich za nawskroś patologiczne, niejako wyjęte z odnośnej kazuistyki Taxila[44]) l. t. p., które w myśl obecnego stanowiska nauki należy tłómaczyć conajmniej znacznego stopnia zwyrodnieniem umysłowem. Tak więc wszystkie omówione typy, jakimi ożywił Sacher-Masoch swe utwory, stanowią jedną galeryą postaci zwyrodniałych, psychopatycznych, na których powstanie tło etniczno-kulturalne wpływu mieć nie mogło i nie miało.

Schlichtegroll powiada: »Nie mylnym jest sąd, że każdy autor typy swojej płci obdarza swymi osobistymi rysami, natomiast typom płci przeciwnej nadaje cechy, które mu do dopełnienia jego indywidualności są potrzebne«. W myśl powyższego zdania należy więc typy męzkie zwłaszcza zasadnicze, stworzone przez Sacher-Masocha, uważać za wierne odbicia jego własnej jaźni, zaś jego typy kobiece za takie, jakich on w życiu swem

---

[43]) Neue Forschungen über den Marquis de Sade. Berlin 1904.
[44]) La corruption fin-de-siècle. Paris Str. 237.

pożądał, czyli że pod postacią swych bohaterów on sam się ukrywał, wobec czego znowu twierdzenie nasze o patologiczności rzeczonych typów dotyczy ostatecznie jego osoby.

Jakkolwiek wniosek ten jest zupełnie słuszny, wymaga przecież jeszcze dokładniejszego potwierdzenia, tem bardziej, że Schlichtegroll podnosi w kilku miejscach swej biografii na usprawiedliwienie rodzaju twórczości naszego autora, jakoby on do niej był zniewolony żądaniem swych nakładców i wydawców. Usprawiedliwienie to brzmi dość dziwnie, gdyż pomijając już nieprzychylność krytyk, zwłaszcza niemieckich, czyniących temu rodzajowi jego twórczości uzasadnione zarzuty, pomijając zarzuty w tej samej mierze, uczynione mu listownie przez Hamerlinga, pomijając wreszcie prośby jego pierwszej żony, aby dla ocalenia zagrożonej poczytności swych utworów zmienił ich masochiczną tendencyę, żaden wydawca czy nakładca nie zwracałby się do niego z podobnem żądaniem, gdyby on sam nie był do tego pokroju twórczości najbardziej skłonny i uzdolniony. Nadto wiemy, że Sacher-Masoch, choć wrzekomo z usposobienia łagodny i uległy zwłaszcza kobietom, miłował wielce spokój, tak cielesny, jak duchowy, i umiał przed zaburzeniem jego się obronić, umiał też uporczywie obstać przy swojem postanowieniu, jak to zresztą wynika także z pamiętników jego pierwszej żony. Gdyby mu zatem właściwy jego rodzaj twórczości nie dogadzał i nie był potrzebą jego duszy, to niezawodnie byłby go zupełnie zaniechał, lub odmienił. W życiorysie Sacher-Masocha przytacza Schlichtegroll dla uniewinnienia pociągu jego do futer zdanie Göthego »niektórym ludziom należy przebaczyć ich idyotyzmy«. W myśl tego musimy też przebaczyć autorowi »Wenus we futrze« tak jego fetyszystyczny pociąg do futer, których próbek posiadał znaczną kolekcyę, jak i jego algofiliczny rodzaj twórczości. Tworzył on tak, bo inaczej nie mógł, tworzył tak, jak czuł i jak żył. Wszak życie swoje odbił w swych utworach, jak w źwierciadle, wszak główne jego utwory są właściwie rodzajem pamiętników własnego życia. Dlaczego zaś tak czuł, możemy na podstawie danych z jego życia dokładnie, a zgodnie z nauką lekarską wyjaśnić.

O stanie zdrowia rodziców i przodków Sacher-Masocha nic nam nie wiadomo, natomiast wiemy, że on sam był dzieckiem wątłem, któremu nie rokowano długiego życia. Rozwój jego umysłowy odbywał się szybko dzięki niewątpliwym i niepowszednim zdolnościom, albowiem jako dwudziestoletni młodzieniec mógł się poszczycić dyplomem doktora praw, a w rok potem godnością docenta historyi w uniwersytecie w Gracu. Równie szybkim a nawet przedwczesnym jest jego rozwój płciowy. Sam się przyznaje, że już jako dziecię był nadzwyczaj zmysłowy, a zmysłowość ta skierowywała się zrazu do gipsowej figury na biurku ojca, potem do rąk ciotki, której go skarciła dotkliwie, wreszcie do futer i kotów, a ta ostatnia utrzymała się przez całe jego życie. Jak Schiller potrzebował zapachu zgniłych jabłek dla podniecenia fantazyi, tak on, tworząc swe powieści, musiał w tym samym celu spoglądać na futro niewieście, rzucone na otomanę. Dziecięcej jeszcze wyobraźni jego dogadzały tylko opisy i obrazy tortur i udręczeń męczenników lub skazanych na stracenie. Jako mąż swej pierwszej żony czuje się ustawicznie a bezpodstawnie chorym na cierpienia, częścią znane, częścią nieznane, lęka się ciasnych przestrzeni, posępnych gmachów np. kościołów, burzy, wobec której jak dziecię kryje się w łóżku i zasłania okna, wreszcie doznaje okresowo napadów śmiertelnego lęku wśród pracy lub wśród rozmowy z obcymi ludźmi, i ulega napadowi samowłóctwa. Charakter jego poza dążnością do zadowolenia algofilicznego popędu płciowego chwiejny, próżny, goniący za szlacheckimi tytułami, kłamliwy, łatwowierny, wreszcie dziecinny, (jak to wynika np. z ulubionej jego zabawy z papierowymi żołnierzami w czasie, gdy już był ojcem rodziny) i zabobonny, skoro mógł wierzyć w istnienie tak zwanego »drugiego wzroku« u dziada swego Masocha, mocą którego miał dziadek jego przepowiadać prawdziwie śmierć w rodzinie lub w gronie przyjaciół (przypisek własny do »Marcela albo baśń o szczęściu«). Wrażliwy nadmiernie i przeczuły, bezsenną nocą i płaczem okupuje śmierć kota, przyczem przesadne umiłowanie kotów dzieli dziedzicznie z krewną swą ojczystą, Różą Sacher; naodwrót znosi mężnie śmierć ukochanego przez się syna Aleksandra i rozstanie z dwojgiem dzieci pozostałych. Szelest sukien kobiecych, jak sam przyznaje, jest czynnikiem, który »najbardziej jest zdolny przeszkodzić mu w pracy i uczynić go roztargnionym« (»Sąd ludowy«). Na tem tle rozwija się jego anormalny pociąg płciowy poddawania się tyranii kobiet przewrotnych, jak go określa jego biograf i jego utwory-pamiętniki. Do tego obrazu dodajmy jeszcze szczegół, zapisany w pracy Schlichtegrolla, t. j. asymetryę jego twarzy, której »jeden profil miał być delikatny i regularny, jakby rzeźbiony na medalu, drugi tępy i nieco obwisły«, wreszcie jego obłąkanie końcowe, z którego uwolniła go dopiero dobroczynna śmierć, a możemy pojąć i wytłómaczyć jego stan duchowy.

Podobnie jak de Sade, był Sacher-Masoch jednym z tych, którym brak wewnętrznego zrównoważenia, u których obok świetnych nieraz zdolności uwidaczniają się luki moralne, a nawet i intellektualne, jednym z grupy zwyrodniałych. Szczegóły, przywiedzione z życiorysu Sacher-Masocha, stanowią niezbite dowody jego psychopatycznej natury, jego zwyrodnienia. Jednem ze znamion tego zwyrodnienia było u niego wczesne obudzenie się popędu płciowego i przejawienie się go w opacznych kierunkach, jak przedewszystkiem w kierunku algofilicznym i fetyszystycznym. Skoro zaś dany mu był niepospolity twórczy, artystyczny talent, przeto algofiliczny, z jego zwyrodnienia wynikły popęd mógł się uplastycznić w stworzonych przezeń postaciach. A te postacie i typy są tak nieprawidłowe, jak nim jest ich twórca, gdyż są tylko wyrazem jego zwyrodnienia, które pod koniec życia autora znalazło nawet swe ujście w istotnem obłąkaniu.

Pod tym kątem widzenia oceniając utwory Sacher-Masocha, nie można im czynić żadnego zarzutu, inny przecież należałoby wygłosić o nich sąd, gdyby je był zrodził umysł, wolny od piętna patologicznego. Jeżeli bowiem musimy się zgodzić z wywodami Schlichtegrolla, że zwłaszcza u schyłku XIX wieku zerwaliśmy bodaj częściowo z pruderyą, że prawidłowość tezy »*naturalia non sunt turpia*«, wyrażonej przez Mantegazzę słowy »nauka nie uznaje rzeczy wstrętnych... wszystko, co ludzkie, wchodzi w zakres nauk« coraz więcej znaczy swe zwycięstwo pod wpływem usiłowań poznania, to przecież słuszność tych wywodów dotyczyć może tylko nauki, a nie tworów literatury pięknej. W literaturze pięknej niema miejsca na opracowywanie ścisłe i dokładne zjawisk i zagadnień, należących bezpodzielnie do patologii, a zwłaszcza zjawisk zboczeń popędu płciowego, które w tak przystępną, jak literacka, ubrane szatę nie przynoszą nauce realnych korzyści, natomiast wyrządzają ludzkości drogą poddawania i naśladownictwa tylko dotkliwą szkodę. »Sacher-Masoch był bojownikiem — twierdzi w swej przedmowie Schlichtegroll — który, jeżeli padł ze złamanem sercem, to jednak w nieuszkodzonym rynsztunku«, lecz dodać tu musimy, że był on bojownikiem za sprawę, której w ten sposób, jak on to czynił, nie dopomaga się w niczem, że padł nie z sercem, lecz z umysłem złamanym i nie dla niej, lecz z powodu niej, wreszcie, że rynsztunek jego nie mógł w walce doznać już uszkodzenia, bo od początku tej walki nie był całym i nienaruszonym. Zasługa jego, jako szermierza za prawdę, zdzierającego zasłonę z ukrywanej dotąd ponurej strony życia ludzkiego, mała, bo uczynili to przed nim inni, a więcej powołani i we właściwszej formie. »*Ex ossibus ultor*«! wykrzykuje Schlichtegroll, lecz mściciel, mszczący się na prochach autora. Mścicielem tym liczni wielbiciele jego kierunku, ci, którzy równie jak on zwyrodniali, odkrywając w jego utworach wzór do naśladowania, szerzą w drodze psychicznego kontagium masochiczne zboczenia płciowe.

(Dok. nast.)

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d. 23. stycznia 1907.

Przewodniczy prezes kol. prof. Rosner, obecnych członków 40.

1) Odczytano i przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia.

2) Przez aklamacyę mianowano kol. Heliodora Święcickiego z Poznania członkiem honorowym Towarzystwa.

3) Kol. Friedmana i Zarembę przyjęto jednogłośnie na członków.

4) Kol. prym. Bogdanik przedstawia dwóch ozdrowieńców ze swojego oddziału; pierwszego operował z powodu **jednostronnego, opłucnego wysięku surowiczego i ropnego, oddzielonych od siebie zrostami,** drugiemu **jedna kula** z Browninga zgruchotała ramię lewe, przeszła przez bródkę i zdarła skórę z prawej strony szyi.

5) Kol. Rosner przedstawia chorą **po operacyi raka macicy** z naciekami, wykonanej **sposobem Wertheim-Mackenrodta.**

6) Kol. Brzeski przedstawia preparat niedonoszonego **płodu z więzem Simonarta.**

7) Kol. Rapoport mówi **„O bezmoczu“** (rzecz przeznaczona do druku). W dyskusyi zabiera głos kol. Klęsk.

Posiedzenie w d. 6. lutego 1907.

Przewodniczy prezes kol. prof. Rosner. Obecnych członków 32.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prof. Jaworski przedstawia: *a)* chorą 20-letnią **z przeczulicą histeryczną**, naśladującą objawy zapalenia otrzewnej *(peritonismus)*; *b)* przypadek **tętniaka brzusznej części tętnicy głównej** na przejściu jej w tętnice biodrowe wspólne u 51-letniego mężczyzny; *c)* przypadek **choroby Hirschprunga** *(megacolon-megalogastria)* u 36-letniego mężczyzny (stan najprawdopodobniej wrodzony).

3) Prym. dr Borzęcki wyłożył rzecz **„O leczeniu ostrego wiewióra u mężczyzn“.** Zabierali głos w dyskusyi kol.: prof. Jaworski, Ciechanowski, Kozłowski, Wojciechowski i prelegent; — dalszy ciąg dyskusyi odłożono na jedno z następnych posiedzeń.

Posiedzenie w dniu 13. lutego 1907.

Przewodniczy: Prezes prof. Rosner, obecnych członków 34, jako goście: Dr Sikorska z Krakowa i dr Giżycki z gub. Chersońskiej.

1) Kol. Piotrowski wygłasza odczyt p. t. **W sprawie położnych w naszym kraju: — projekt poprawy stosunków** (rzecz przeznaczona do druku), kończąc następującym wnioskiem: Towarzystwo lekarskie krakowskie uchwala wnieść do Sejmu petycyę, domagającą się: 1) tworzenia jak największej liczby okręgów akuszeryjnych małych, 2) obsadzania posad tych akuszerkami pochodzącemi z ludu, 3) usunięcia ich z pod władzy urzędów gminnych, 4) polecenia urzędom parafialnym dokładnego wpisywania do metryk osób, spełniających obsługę przy porodzie, 5) polecenia lekarzom powiatowym, gminnym i okręgowym, by kontrolowali metryki i donosili o babkach starostwu, 6) przypomnienia starostwom o przysługujących im prawach karania administracyjnego babek, 7) zniesienia rekursu od tych kar do Namiestnictwa, 8) otwarcia dwu nowych szkół akuszeryjnych w kraju, 9) zaprowadzenia przy wszystkich szkołach internatów, 10) rozdzielenia nauki na osobne kursa dla akuszerek praktykujących po wsiach i osobne dla praktykujących po miastach, 11) wprowadzenia przymusowych kursów powtarzania, 12) wzbronienia aptekarzom sprzedawania babkom leków i krążków.

Dyskusya: Kol. prof. Ciechanowski na zasadzie danych, zebranych przez prelegenta i zawartych w sprawozdaniach Krajowej Rady zdrowia, zwraca uwagę, że niedostateczność pomocy położniczej w kraju zależy nietylko od zbyt małej liczby odpowiednio wykształconych położnych, ale też od tego, że zaufanie ludności do nich nie wzrasta w stopniu pożądanym; wzrost zaufania stwierdzić można tylko w 30 powiatach, a w 10 liczba porodów, przypadających na każdą położną, nawet spadła, pomimo, że w niektórych z tych powiatów położnych nie przybyło; odsetek porodów przy pomocy położnych w całym kraju wzrasta bardzo powoli i nie stoi w stosunku do corocznego przyrostu liczby położnych. Należałoby zbadać przyczynę tego. Obok innych powodów może tu być przyczyną to, że położne (w przeciwieństwie do babek wiejskich) są dla ludności zbyt obce, i że pierwsze niepomyślne wyniki mogą ludność zrażać. Dlatego należałoby większy nacisk położyć na kontrolę jakości położnych (liczba zebrań kontrolnych, urządzanych przez lekarzy powiatowych, w ostatnich latach nawet się zmniejszyła nieco — z 307 w r. 1901 na 287 w r. 1903), na kursa powtarzania, oraz na przyciągnięcie do szkół położnych tego materyału, z którego rekrutują się babki wiejskie. Ze względu na ten materyał zapytuje C., czy nie byłoby możebne w liczniejszych, a mniej przepełnionych szkołach skrócić czas nauki? Wreszcie wnosi C., by propozycye prelegenta rozpatrzyła jeszcze wybrana umyślnie komisya, a to ze względu na wagę sprawy i dokładniejsze wyjaśnienie niektórych szczegółów.

Kol. doc. Braun podniósł, że założenie, jakie sobie postawił kol. Piotrowski, dałoby się określić w słowach: »za duży jeszcze odsetek kobiet rodzących w naszym kraju ulega gorączce połogowej, bo chociaż zestawienia statystyczne wykazują 1 prc., to śmiało przyjąć można, że rzeczywisty odsetek wynosi 10 prc.« — Szukając przyczyny tego, doszedł prelegent do przekonania, że temu jest winna ta okoliczność, że w Galicyi jest za mało akuszerek w stosunku do liczby mieszkańców, (bo 1: 3968). Chcąc poprawić stosunki, należy starać się powiększyć liczbę akuszerek, a zmniejszyć liczbę babek. Tego nie dokona się żadnemi ustawami, ani karami, choćby najsurowszemi, wymierzanemi babkom, bo choćby babki skazane na karę śmierci zniknęły zupełnie, to ta liczba akuszerek, jaka jest, nie wystarczy na obsłużenie wszystkich rodzących w kraju. — Innej drogi należy się imać, a mianowicie starać się owe babki zamienić na akuszerki. W tym celu należy z jednej strony ułatwić im kształcenie się przez najdalej idące ułatwienia, a z drugiej strony podnieść tak moralnie, jak materyalnie stan akuszerek. Do pierwszego celu zmierzać będziemy, jeżeli przy przyjęciu kandydatek do szkoły będziemy wymagać od nich mniejszych kwalifikacyi, średniego czytania i pisania po polsku, skoro ustawa później wymaga od akuszerek składania pisemnych raportów z odbytych porodów. Dalej uczennice powinny być uwolnione od wszelkich opłat, dostawać darmo książki do nauki, a po złożeniu egzaminu torbę z narzędziami, nadto, aby mogły swobodniej oddać się nauce, powinny dostać za darmo pomieszczenie i utrzymanie w internatach, przez co nietylko podniosłoby się ich praktyczne wykształcenie, bo mieszkając w zakładzie, mogłyby częściej i lepiej obserwować odbywające się porody, ale, co za tem idzie, i czas nauki mógłby być skrócony. — Po ukończeniu nauk należałoby się postarać o jakie takie choćby najskromniejsze zabezpieczenie egzystencyi, a w tym celu powinna wyjść ustawa, któraby polecała utrzymanie akuszerek na pewną ilość mieszkańców. Jeżeli istnieje ustawa dla 30 miast w Galicyi, która poleca miastom, aby na 15.000 mieszkańców utrzymywały jednego lekarza miejskiego, to dlaczego nie miałaby istnieć ustawa, polecająca na 2000 mieszkańców utrzymywanie jednej akuszerki. Podatek, złożony przez mieszkańców na utrzymanie choćby bardzo skromne jednej akuszerki, nie byłby znowu tak wielki. Należy zatem podzielić cały kraj na okręgi akuszeryjne, jak obecnie okręgi sanitarne, wyposażyć każdy okręg, aby w nim zamieszkała akuszerka miała zaopatrzone choćby najgłówniejsze potrzeby życiowe, a wtedy babki powoli zaczną się coraz więcej zamieniać na akuszerki i w ten sposób dojdziemy z czasem do zamierzonego celu. — Czas nauki dotychczasowy uważa kol. B. za niewystarczający do należytego przygotowania uczennic do zawodu. Jeżeli się zważy, że zawód akuszerki jest trudny i ciężki, a w obecnych stosunkach mało intratny, to zrozumiemy, że na akuszerki idą dziś kobiety najbiedniejsze i z najniższych warstw społeczeństwa, bo widzą w tym zawodzie jedyną deskę ratunku przed śmiercią głodową. Materyał ten jest tak surowy, że potrzeba wielkiej pracy, aby go przygotować do nauki, a cóż dopiero do objęcia całego przedmiotu. Dlatego uważa mowca 5-miesięczny termin nauki w niektórych szkołach za śmiesznie krótki. Jeżeli dziś ministerstwo oświaty uznało za niewystarczające dla uczniów wydziału lekarskiego jedno półrocze, ale poleca słuchać 2 półrocza położnictwa, to tem więcej dla akuszerek dotychczasowa kilkomiesięczna nauka jest za krótka i niewystarczająca. Można temu zaradzić albo przez przedłużenie nauki jeszcze na 1 rok lub półrocze, albo pozostawić dotychczasowy termin, ale wychowywać uczennice w internacie. Dziś wychodzą akuszerki z wystarczającemi wprawdzie wiadomościami teoretycznemi, ale małem doświadczeniem praktycznem. To uzupełnia dotąd tylko mała część akuszerek, praktykując po złożeniu egzaminu w szpitalu; większa część uzupełnia to dopiero w prywatnej praktyce, a reszta, nie mając od początku należytego powodzenia, powoli zapomina, co ze szkoły wyniosła. Jeżeli żądamy od lekarzy praktykowania jakiś czas po doktoracie przy szpitalach krajowych, nim rozpoczną praktykę, to dlaczegóż akuszerka ma rozpocząć swoją działalność bez praktyki w szpitalu? Wprawdzie temu zapominaniu zasad położnictwa mają zapobiegać wprowadzone zgromadzenia akuszerek u lekarzy powiatowych, ale zgromadzenia te ani na jotę nie przyczyniają się do powiększenia fachowych wiadomości akuszerek. Wprawdzie zmusza je ta kontrola do utrzymywania czystości i należytego utrzymywania torby położniczej, ale głównie są to kontrole zapisków statystycznych, a nie kursa, uzupełniające wiadomości. Za jedyny środek, aby akuszerki utrzymać zawsze w styczności z postępem i wymaganiami współczesnemi, uważa mowca kursa powtarzania, mające się odbywać co pewien czas pod kierunkiem lekarzy specyalistów, a obowiązujące wszystkie akuszerki bez wyjątku, za odpowiedniem wynagrodzeniem ich przez fundusz krajowy. Wobec tego wszystkiego koniecznie potrzeba urządzenia w kraju większej liczby szkół położnych, niż dzisiaj istnieją, szkół o podwójnym typie, a mianowicie we Lwowie i Krakowie — szkół, któreby przyjmowały kandydatki, posiadające odpowiednie wykształcenie z ukończoną conajmniej 4. klasą ludową, i szkół prowincyonalnych, gdzieby mogły być przyjęte kobiety wiejskie, nie umiejące pisać, ani czytać. W obu typach szkół powinna nauka być jednakowo wykładana, t. j. cały przedmiot powinien być wyczerpany teoretycznie i praktycznie, ta tylko zachodziłaby różnica, że w szkołach stołecznych termin nauki trwałby znacznie krócej, niż w szkole prowincyonalnej,

nadto w szkołach prowincyonalnych udzielanoby kandydatkom nauki pisania i czytania, bez czego na razie mogłyby być przyjęte, ale z warunkiem, aby w czasie nauki te braki uzupełniły. (*Streszczenie własne*).

Kol. Schaitter, omówiwszy stosunki położnych krakowskich, dodaje do wniosków prelegenta dwa nowe: 1) Pożądanem jest, aby w Krakowie odbywały się kursa powtarzania dla akuszerek. 2) Pożądanem jest w gminie miasta Krakowa uporządkowanie niesienia pomocy ubogim położnicom.

Kol. Karpiński zaznacza, iż urządzając jako lekarz rządowy w powiatach, gdzie pracował, kursa kontrolne akuszerek, kładł główną wagę na czystość ich rąk i porządek w ich torbach.

W końcu na wniosek kol. Rosnera wybrani zostali do komisyi, która opracuje jeszcze dokładniej wnioski prelegenta i przedłoży je Towarzystwu do zatwierdzenia, następujący koledzy: Piotrowski, Schaitter, Rosner, Ciechanowski, Braun, Dobrowolski, Karpiński, Bielański, Warzycki i Cercha.

Posiedzenie w d. 20. lutego 1907.

Przewodniczy prezes prof. Rosner. Obecnych członków 36.

1) Protokół odczytano i przyjęto.

2) Kol. doc. Latkowski przedstawił chorych. a) z **nowotworem klatki piersiowej**, wychodzącym z opłucnej lub okostnej żebrowej, b) z **olbrzymim zimniczym obrzękiem śledziony**, c) z **kilakiem na podstawie mózgu**, d) z **chorobą Basedowa i obrzękiem śluzowatym.** W dyskusyi przemawiali kol. prym. Borzęcki, prof. Ciechanowski i prelegent.

3) Kol. M. Kozłowski wykładał: **O leczeniu i uleczalności wiewióra u mężczyzn**, objaśniając wykład preparatami mikroskopowymi; poczem odbyła się dyskusya nad tym wykładem i wykładem kol. Borzęckiego z dnia 6. II. b. r., w której przemawiali kol. Ciechanowski, Borzęcki, Krzyształowicz, Wachholz, Boczar, Mayzel, Rosner i Kozłowski.

Sekretarz: *Owsiński.*

W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego.

III.

Braki i potrzeby.

Zestawił **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

Przy ostatniej inspekcyi szpitali wyszło to na jaw w wielu przypadkach. Nowy stosunkowo (1898) szpital w Gorlicach »ani rozkładem sal, ani wykończeniem szczegółów, nie odpowiada istotnym potrzebom prowincyonalnego szpitala«, nie dziw więc, że »w pewnych kierunkach przedstawia obraz opłakany«. Nowy szpital w Husiatynie wykazuje »na każdym kroku ciasnotę obecnych budynków« (na szczęście stoi w przededniu znacznego ulepszenia). Nowy, przed 3 laty postawiony szpital w Jarosławiu ma już dziś widoczne »wady i błędy, które nie pozwalają mu spełnić wszechstronnie swego przeznaczenia; bardzo razić musi każdego bezsłoneczna wystawa sal chorych, bo szpital (jeden duży budynek) jest frontem zwrócony ku północy, a sale właśnie stanowią jego część frontową. Łazienki mało co warte; kąpiel w szpitalu jest pewnym zbytkiem, nie każdemu choremu udzielanym i t. d.«. (Szpital ten jest przytem ubogo urządzony: »w sali dla prostytutek niema ani jednego łóżka, chore leżą na ziemi na siennikach«). »Pawilon zakaźny stanowczo za duży, a założony wadliwie; stoi pustką... z braku urządzenia (łóżek i t. d.), a chorzy zakaźni leczą się w separatkach głównego gmachu« [1]).

Jak zaś wychodzą szpitale starsze na »oszczędnych«, systemem łataniny prowadzonych przeróbkach i dobudowach), poucza znów szpital w Jaśle, który po »rozszerzeniu« w r. 1874 »jest dziś jednym z najgorszych budynków szpitalnych w kraju; postawienie nowego szpitala jest kwestyą czasu, bo wszelkie poprawianie i rozszerzanie obecnego gmachu byłoby tylko niepotrzebnem łożeniem pieniędzy, zwłaszcza, że grunt pod szpital zupełnie się nie nadaje«. Pawilonu zakaźnego niema; salom chorych »brakuje wszystkiego, co jest wskazanem dla wygody i higieny«; sali operacyjnej nie ma; »położnice leżą na wspólnych salach i tam też odbywają się porody i operacye położnicze«(!) »Pralnia bardzo ciasna, położona przy trupiarni, ciemna, niewygodna, służy zarazem za łazienkę« i t. p. [2]).

[1]) Insp. w r. 1906, str. 38—39.
[2]) Insp. r. 1906, str. 40, 41.

W nowym szpitalu Lubaczowskim odbywają się operacye »w bardzo nędznie urządzonej salce, która jest tak mała, że nie mogą się tam pomieścić urządzenia potrzebne« [1]).

Nowy Sącz należy już na szczęście do przeszłości.

Szpital w Podhajcach [2]) »tak pod względem położenia swego w nizinie, jak też i co do budowy, należy do najmniej odpowiednich na zakład leczniczy. Niktby nie uwierzył temu, że budynek ten nie miał nawet fundamentów. Sale i korytarze są nizkie, źle oświetlone, bez wentylacyi, drzwi i okna w części już zbutwiałe (!), a szpital jest tak zasunięty w jeden róg placu, że obejść go naokoło nie można, nieprzechodząc przez budynek. Z północnej strony jest pagórek, z którego wody opadowe ściekają... w ten sposób, że woda dostaje się do jedynej piwniczki, jaką szpital posiada. Skrzydło nowe, postawione przed kilkunastu laty,... jest nie wiele lepsze od głównego budynku, w różnych bowiem miejscach tynki poodpadały, dachówki popękały i woda zacieka, wilgocąc ściany i sufity. Miejsca ustępowe, łączące (sic!) dwa te budynki, są fatalnie urządzone i zatruwają powietrze...« — Wogóle budynek jest »nietylko nieodpowiedni pod względem sanitarnym, ale jest ciasny... i nie da się doprowadzić do lepszego stanu« [3]).

»Opłakane stosunki szpitala podhajeckiego zanadto są dobrze znane, by zachodziła potrzeba przedstawienia ich szczegółowego«. Znowu i tu sztukowanie zapomocą »rozszerzenia starego gmachu przez przybudowanie skrzydeł nie zaradziło w niczem złemu, a tylko opóźniło o szereg lat stanowcze uznanie potrzeby zbudowania szpitala w zupełnie innem miejscu«. Szpital bywa okresowo zalewanym, bo koryto rzeki wyżej się znajduje, niż poziom ogrodu, budynki tworzą kompleks »niegodny nawet nazwy szpitala«. »Każdy grosz włożony w adaptacye byłby na marne wyrzucony, bez najmniejszej nadziei sprowadzenia jakiejbądź trwałej poprawy« [4]).

Takto mści się na finansach kraju niewczesna oszczędność, brak systematycznej, szerszej akcyi według całkowitego programu, ostrożne wydawanie po groszu, gdzie należało rzucić od razu garść złota. Ileżto można było naprawdę zaoszczędzić, regulując wydatki na szpitalnictwo nie według ich wysokości, ale rentowności. (C. d. n.)

[1]) Tamże, str. 47.
[2]) Dep. V. za r. 1904/5, str. 50.
[3]) Tamże, str. 54
[4]) Insp. w r. 1906, str. 49.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Związek państwowy organizacyi lekarskich austryackich ostrzega przed przyjmowaniem posad w powiatowej Kasie chorych we Frysztacie na Śląsku austr., w której wszyscy lekarze musieli z d. 1. IV. b. r. wypowiedzieć swe stanowiska z powodu, iż Kasa od dłuższego czasu począści nie wypłaca im i tak już nędznego wynagrodzenia.

Prezes organizacyi śląskiej: *Dr Stiller.* Prezes Związku: *Dr Janeczek.*

Kasa chorych lekarzy we Lwowie dobiega 4 lat istnienia. O rozwoju i działalności tej instytucyi poucza następujące zestawienie:

Z końcem roku	Liczba członków	Zasiłki dla chorych koron	Pogrzebowe koron
1903	122	1,312	—
1904	140	5,308	400
1905	164	9,696	600
1906	177	11,622	400

Potrąciwszy przeto pierwszy rok istnienia, w którym młoda instytucya nie mogła jeszcze rozwinąć w całej pełni swych świadczeń, wypłaciła kasa w ciągu lat trzech w samych zasiłkach dla chorych poważną sumę przeszło dwudziestu jeden tysięcy koron (21,326).

Wobec takich wyników jest rzeczą zgoła niezrozumiałą, dlaczego do kasy tej należy mało co więcej ponad $^{1}/_{10}$ część lekarzy naszych: szczególnie podobno koledzy z Galicyi zachodniej należą w liczbie bardzo szczupłej, tracąc przez to wielką korzyść, jaką na przypadek choroby stanowią zasiłki kasy, zwłaszcza

w czasie chorób obłożnych, gdyż lekarz pozbawiony jest wszelkich dochodów z praktyki prywatnej.

Znam przypadki, że lekarze, nawet zajmujący posady stale płatne, popadli przez dłuższą nieco chorobę w tak przykre warunki, iż kilkukoronowy wydatek stanowił dla nich wielką różnicę, a po powrocie do pracy nierychło zdołali się uwolnić od lichwiarskich długów. Ileżby dla nich znaczył ów zasiłek 8 K dziennie, które kasa wypłaca przez pierwsze 100 dni obłożnej choroby, a nawet 4 K, wypłacanych przez dalszych dni 80. W ciężkich przypadkach może zasiłek kasy dojść do przyzwoitej sumy 1,120 K, która tem większe ma znaczenie, im większe długa choroba przynosi lekarzowi straty w praktyce. Nieocenioną też wartość ma uczucie, że się otrzymuje z kasy swoją należność, że nie potrzeba się prosić o zapomogę, lub pożyczkę.

Powolny wzrost liczby członków kasy możnaby usprawiedliwić, gdyby opłaty do niej były wysokie. Tymczasem tak nie jest. Wstępujący do kasy przed 30 r. ż. płaci rocznie 43 K 20 h, przed 50 r. ż. 64 K 80 h, po 50 (do 60 r. ż.) 84 K 40 h. Opłaty te można uiszczać w ratach nawet miesięcznych. Rozpoczynający praktykę młody lekarz znajduje się często w warunkach bardzo trudnych; ale niepodobna, aby nie zdobył się na półczwartej korony (3,60) miesięcznie, t. j. sześć centów dziennie, za które może sobie, czy swej rodzinie umniejszyć trosk o byt materyalny w razie choroby, budzącej sama przez się dość już i tak zgryzot i niepokoju.

Słaby dotąd stosunkowo udział naszych lekarzy w kasie chorych, (dostępnej wskutek porozumienia się obu Izb dla wszystkich kolegów z całej Galicyi), może się tłómaczyć chyba tylko albo niewiadomością, albo indolencyą. Dla tych, którzy dotąd o kasie nie wiedzą, może przydatne będą podane tu informacye z dodatkiem, że opłaty przesyłać należy do skarbnika kasy, dra Schellenberga (Lwów, Czarnieckiego 12). Na tych, którzy wiedząc o istnieniu kasy, dotąd do niej nie należą, rady nie ma, jeżeli sami nie rozumieją własnego interesu. *C.*

W Stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie roztrząsano w d. 8. III. b. r. sprawę organizacyi **pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej** w Królestwie Polskiem według pytań, przytoczonych w »Przeglądzie lek.« Nr 10 (str. 128, szpalta 2). Na wstępie wspomniał prezes, dr Dunin, o pogłosce, że rząd zamierza całe koszta pomocy lekarskiej nałożyć na robotników, gdy w Niemczech ponoszą oni tylko $^2/_3$ kosztów, a $^1/_3$ pracodawcy. Następnie dr St. Markiewicz przedłożył wyczerpujący referat »O pomocy lekarskiej dla warstw pracujących w Anglii, Francyi i Belgii« (ogłoszony w całości w »Kronice lek.« Nr 6). W bardzo ożywionej dyskusyi przeważyły następujące zapatrywania: 1) Udział samych robotników w kosztach pomocy lekarskiej jest niezbędny, jak również w administracyi, albowiem to wpływa dobroczynnie na zmniejszenie się nadużyć i zobopólnego niezadowolenia. Jednakże u nas robotnicy sami nie mogą ponosić całego kosztu pomocy lekarskiej, szczególnie na prowincyi, a w przeważnej części wydatków powinni brać udział i fabrykanci. 2) Przymusowe ubezpieczenie robotników na wypadek choroby jest niezbędne, albowiem na przezorność i zapobiegliwość ich jeszcze liczyć nie można. 3) W tych zakładach, gdzie już istnieje zadowalniająca pomoc lekarska, należy ją oczywiście pozostawić bez zmian. 4) Od zasady stałego lekarza odpowiedniejszą jest zasada wolnego, ale ograniczonego wyboru lekarza. (Uznała to większość zebranych wbrew wywodom dra Ciąglińskiego i innych). 5) Oznaczenie wysokości wynagrodzenia lekarza, czyto stałego, czy też oddzielnie za każdą poradę, uchwalono oddać osobnej komisyi. — Do komisyi, mającej na zasadzie tych rozpraw opracować odpowiedni szczegółowy projekt organizacyi pomocy lekarskiej dla robotników, powołał Zarząd Stow. drów: Chełchowskiego, S. Markiewicza, Paderewskiego, Łazarewicza, Żenczykowskiego, Winiarskiego, Birona, Polaka, inżyniera p. Simona i przedstawicieli Koła przemysłowców miasta Warszawy, wybranych na zaproszenie Zarządu.

W d. 22. III. przedstawił dr J. Borzymowski projekt ustawy i regulaminów **Towarzystwa pielęgnowania chorych szpitalnych.** W rozprawach zaproponował dr Dunin, aby naprzód zobrazować istniejące już organizacye tego rodzaju. Postulat ten nie został wyczerpująco wykonany, gdyż przytoczono tylko pobieżne wiadomości o podobnych instytucyach w Niemczech i Anglii lub instytucye innego typu, jakoto: szkoły zawodowych dozorczyń, (Berlin, Bruksela), Towarzystwo opieki nad chorymi i dyżurów przy szpitalu żydowskim w Warszawie, (które zresztą już nie istnieje; natomiast powstać ma w tym szpitalu szkoła dozorczyń z kursem $1^1/_2$-rocznym). — Dr Bronowski zaznacza, że umiejętne i pożyteczne pielęgnowanie chorych stanowi część lecznictwa, wymaga przeto pewnej nauki, poważnego przygotowania się do działalności praktycznej; wyraża powątpiewanie, czy te osoby, które zgłosiły swój czynny udział w projektowanem Towarzystwie, zechcą i będą mogły przygotować się odpowiednio; sądzi więc, że Towarzystwo należałoby nazwać Tow. »dozorczyń«, a nie »pielęgnowania« chorych. — Dr Bączkiewicz potwierdza, że opieka, zwłaszcza dla ciężko chorych, powinna być umiejętną. — Podniesiono także wątpliwości co do niepłatnych dozorczyń wobec znanych braków w działalności osób, poświęcających się nawet całkowicie opiece nad chorymi (SS. Miłosierdzia). — Dr Dunin podniósł znaczenie społeczne i humanitarne zetknięcia się warstw zamożnych i inteligentnych z nędzą i chorobą. — Dr Borzymowski bronił projektowanej nazwy Towarzystwa, jako określającej cel, do którego ma Towarzystwo zmierzać zapomocą agitacyi członków wspierających, oraz odczytów i kursów dla członków czynnych. — Dr Bronowski proponował, aby do grona członków czynnych przyjmować bez ograniczenia i mężczyzn, wśród których mogą się znaleźć ludzie chętni i umiejętni. — Dr Borzymowski oświadczył, że uwagi, poczynione w dyskusyi, przedstawi na posiedzeniu organizacyjnem Towarzystwa za parę tygodni. *Dr med. Szczęsny Bronowski.*

Wspólne zadania i interesy lekarzy szpitalnych roztrząsane są w »Münch. med. Wochens.« (Nr 2, 13). Godzi się tu przytoczyć żądania lekarzy niemieckich co do stanowiska kierowników szpitali. Są one następujące: Zupełna samodzielność w zarządzie szpitala, całkowita władza nad całym personalem (asystenci, siostry zakonne, służba oddziałowa i gospodarcza), posady dożywotnie lub na 6 albo 12 lat, płaca najmniej 3—5 tysięcy marek (szpital na 100 łóżek), wzrastająca w miarę lat służby, prawo do emerytury, prawo do honoraryów od chorych I i II klasy. *R.*

Lekarze dolnoaustryaccy oznajmili już wszystkim gminom, że r. b. odmawiają publicznego szczepienia. Prezes organizacyi nie wahał się poświęcić 2 tygodni, by dzień po dniu uczestniczyć w zgromadzeniach lekarzy w 15 miejscowościach kraju. *R.*

Świadectwa sądowo-lekarskie (visa et reperta) w formie doniesienia karno-sądowego nie podlegają ostemplowaniu. Od nałożonych grzywien należy się odwoływać do dyrekcyi okręgu skarbowego, opierając się, jak podaje dr Mikołajski (»Głos lek. Nr 7) na reskrypcie kraj. Dyrekcyi skarbu we Lwowie z d. 28. sierpnia 1895 L. 71.756 i z 29. lipca 1902 L. 86.086. Opatrywać stemplem na 1 K radzi dr M. tylko świadectwa bez doniesienia o uszkodzeniu ciała. *R.*

Telefony lekarzy uzyskały od austr. ministerstwa handlu pewną ulgę. Opłata od nich będzie się liczyć według taryfy D, nawet gdyby według przepisów ogólnych powinny podpadać pod taryfę C. Za stacye o wspólnych przewodach żadnej ulgi lekarzom nie przyznano. *Z.*

Szkół odkażania było w Prusach w r. 1905 — 18; odbyło się w nich 64 kursów 9-dniowych dla 547 osób, z których po złożeniu egzaminu otrzymało państwowy dyplom dezynfektorski 533. Nadto wykształcono 200 dozorczyń chorych w kursach 3-dniowych. Dezynfektorzy mają co 3 lata składać egzamin kontrolny, co 6 lat odbywać kursa powtarzania. *Z.*

Tworzenie zakładów leczniczych dla kalek uważa doc. Chlumský (»Czas« z 30. III. b. r.) za możebne drogą samopomocy społecznej nawet w naszych warunkach w Galicyi. Chodzi tu nie o przytuliska, ale o zakłady, przywracające kalekom zdolność do pracy, co chirurgia zdołała dziś osiągnąć w 70% przypadków, i oszczędzające w ten sposób społeczeństwu kosztów utrzymania kalek. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 24. do 30. marca 1907 doniesiono o 2 nowych przypadkach ospy w 1 gminie, a mianowicie w pow. Kamionka strum. (Krzywe 2, zawleczono z Rosyi), 39 przypadkach duru plamistego w 12 gminach, a mianowicie: w pow. Horodenka (Dąbki 10, Głuszków 1, Semenówka 4), Jaworów (Zawadów 2, Jazów stary 1), Lisko (Manasterzec 4), Nadwórna (Pasieczna 4, Zielona 8), Rawa (Manastyrek 1), Przemyślany (Przegnojów 1), Stryj (Oporzec 1), Tarnów (Brzozowa 2) i 4 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 4 gminach, a mianowicie pow. Bóbrka (Bóbrka 1), Pilzno (Kamienica górna 1), Tarnobrzeg (Sielec 1), Żółkiew (Batiatycze 1). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 24. do 30. III. 1907 przypadków płonicy miejsc. 5 † 3 (obcych 4), odry 1, duru brzusznego — (6 † 1). *S.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 24. do 30. III. 1907 urodziło się dzieci żywo 51, nieżywo 3, zmarło osób 58 (w tem obcych 18), z tych z gruźlicy 17 (5), z zapalenia płuc 7 (1). *S.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 24. do 30. III. 1907 przypadków: błonicy 7 † 1 (w tem obcych 1 † 1), krztuśca 4, płonicy 4, odry 1, duru brzusznego 1, nagminnego zapalenia opon 2 † 1. *L.*

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Stan prac organizacyjnych:

W sekcyi higienicznej zgłoszono następujące wykłady: 1) Żeleński (Kraków): Próby ochrony niemowlęcia w Krakowie. 2) Kondratowicz (Żydaczów): O higienie szkolnej. 3) i 4) Prof. Bujwid (Kraków): Zużytkowanie wód powierzchownych do użytku wiejskich studzien. — Stosowanie zapobiegawcze niektórych surowic i szczepionek. 5) Opieński (Żółkiew): O zwalczaniu epidemii błonicy. 6) i 7) Serkowski (Łódź): Zadanie i organizacya »Kropli mleka«. — O wentylacyi chemicznej. 8) Inż. Kruszewski (Łódź): Buddyzacya wody i mleka. 9), 10) i 11) Walczyński (Tarnów): O zadaniach lekarzy szkolnych. — O zadaniach lekarzy-znawców przy budowie wodociągów. — O potrzebie jednolitości przy wydawaniu orzeczeń w sprawach środków żywności. 12) Prof. Zaleski (Petersburg): Zaopatrywanie osad ludzkich w wodę. 13) i 14) Bier (Kraków): Ujemne strony handlu produktami spożywczymi w Galicyi i środki zaradcze. — Rozszerzanie się gruźlicy w miastach Galicyi. 15), 16) i 17) Bartoszewicz (Warszawa): Sposoby określania laseczników durowych we wodzie. — Związki odkażające z odpadków naftowych. — O nowym sposobie konserwowania pokarmów. 18), 19) i 20) Polak (Warszawa): O brakach miejskich. — Rola rządu, zarządów miejscowych i inicyatywy prywatnej w szerzeniu zdrowotności.— O potrzebie organizacyi zjazdów higienistów polskich. 21) Niegolewski (Poznań): Higiena szkół. 22) Dzierżgowski (Petersburg): W sprawie biologicznego czyszczenia wody kanałowej.

Sekcya odbędzie jedno posiedzenie wspólne z sekcyą wychowania fizycznego, na którem odbędą się wykłady 2), 9) i 21), oraz jedno posiedzenie wspólne z sekcyą pedyatryczną, na które przeznaczono temat: »Śmiertelność niemowląt. Przyczyny i zwalczanie.« (Przegl. hig. Nr 4).

Komitet Wystawy zjazdowej zwraca się do wszystkich osób i instytucyi, które zapowiedziały swój współudział w wystawie, a nie wniosły dotąd jednak formalnego zgłoszenia, by zechciały w najbliższym czasie to uskutecznić, gdyż wobec napływających ciągle jeszcze zgłoszeń, komitet nie będzie mógł przyjąć na siebie odpowiedzialności za to, że zgłoszenia ich nie będą mogły być dla braku miejsca uwzględnione, bądź też, że okazów ich nie da się odpowiednio na wystawie umieścić.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Do Zarządu Towarzystwa ratunkowego wybrani zostali na r. 1907 z lekarzy: r. dw. prof. Wicherkiewicz (prezes), doc. Braun (wiceprezes), dr Słapa (skarbnik), dr Bielański, prof. Kader, prof. Rosner, dr Rydel (wydziałowi), do komisyi sprawdzającej prym. dr Bogdanik i dr Flis, lekarzem-instruktorem prof. Bossowski, administratorem stacyi dr Pachoński.

Lwów. Zastępcą przewodniczącego rady zawiadowczej »Tygodnika lekarskiego« wybrało zgromadzenie wydawców w d. 23. III. b. r. dra Tatarczucha, a zastępcą redaktora doc. Hermana (»Tyg. lek.« 13).

— Dyplom doktorski uzyskał p. Adam Majewski rodem ze Lwowa.

Warszawa. W Stowarzyszeniu lekarzy polskich przemawiał w d. 4. IV. w sprawach X. Zjazdu lek. i przyr. polskich prezes wydziału gospodarczego lwowskiego, prof. Bylicki.

Z różnych stron. Porządek dzienny posiedzenia »Koła lekarzy polskich« w Petersburgu w d. 20. III. (2. IV.): 1) dr M. Chruszczyński: Przypadek raka żołądka. 2) Doc. Sowiński: Patogenetyczne znaczenie prątka Ducreya przy wrzodzie miękkim oraz w powstawaniu dymienic. 3) dr St. Kozłowski: Ojców, jako zakład leczniczy.

— 79 Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich odbędzie się w Dreznie 15—21. września b. r.

— X. Zjazd im. Pirogowa odbędzie się w Moskwie 25. IV. do 2. V. b. r.

Mianowani: dr Marya Popławska nadetatową ordynatorką szpitala izraelickiego w Warszawie.

Zmarli: internista prof. O. Rosenbach w Berlinie w 56 r. ż.

Redakcya otrzymała: J. Brodzki: Untersuchungen und klin. Erfahrungen mit Litoubrot. Odb. »Berl. kl. Wochs.« 1907. 4. — Janowski: Współczynnik szybkości tętna w stanach normalnych i patologicznych. Odb. »Gaz. lek.« 1907. — Serkowski St.: Dezynfekcya miejska w Łodzi. Łódź 1906. — Serkowski i Maybaum: Materyały do etyologii i statystyki raka. Cz. II. Odb. »Gaz. lek.« 1906. — Lemberger: Komentarz do VIII. wydania farmakopei austryackiej. Zesz. 14. (Cz. II. Oxymel Scillae — Resina Benzoë). Kraków 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 10. kwietnia o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Prof. Wachholz: O zaczadzeniu (z demonstracyami).

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Pyrenol odgrywa, jak twierdzi dr M. Steiner (Repetitorium der praktischen Medizin 1907, Nr 3) w leczeniu grypy nader wybitną rolę. Wskazuje na to już sam skład chemiczny pyrenolu i wynikające stąd jego własności. Łączy on w sobie, jak wiadomo, działanie przeciwgorączkowe i przeciw nerwobolom, wogóle uspokajające, z działaniem, ułatwiającem wykrztuszanie i wzmacniającem serce, co podniesiono w szeregu 30 prac, ogłoszonych drukiem. Dr S. opiera swe doświadczenie na 86 przypadkach grypy, leczonych pyrenolem. W okresie zwiastunów otrzymywali chorzy 3 razy dziennie po 1 gr. lub 6 razy po 0·5 gr.; w grypie wyraźnej z ciężkimi objawami 4 razy dziennie po 1 gr. lub co 3 godziny po 0·5 gr. Dzieciom podawano stosownie do wieku 3—4 razy dziennie łyżeczkę dziecięcą 2—4 prc. rozczynu. S. spostrzegał, że gorączka opada po pyrenolu powoli, wśród nieznacznych potów i wśród podmiotowego uczucia poprawy. Nigdy nie wystąpił zapad i nie spadała ciepłota gwałtownie. Pyrenol usuwa bole w stawach, mięśniach, opłucnej, w nerwach międzyżebrowych i t. d., ułatwia wykrztuszanie, nie wpływa ubocznie źle na serce, nerki i przewód pokarmowy, wzmacnia serce i poprawia apetyt. Własności te nakazują stosowanie zapobiegawcze pyrenolu przeciw najniebezpieczniejszemu powikłaniu, t. j. zapaleniu płuc. W razie rozwiniętego zapalenia płuc spostrzegał S., zgodnie z innymi autorami, przy stosowaniu pyrenolu w 8 przypadkach korzystny przebieg. *Hr.*

Rok XLVI. Kraków, dnia 13 kwietnia 1907. Nr 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O minimalnych wahaniach w trwaniu poszczególnych fal tętna w stanach prawidłowych i patologicznych.

Podał
Władysław Janowski
docent Akademii i ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

Pracując nad współczynnikiem szybkości tętna[1]), musiałem przeprowadzać cały szereg pomiarów poszczególnych fal tętna, zdjętych w szybkiem tempie tętnopisu Jaqueta u zdrowych i chorych. Otóż natknąłem się odrazu na fakt, że tętna, które przy badaniu palcem, a nawet po zdjęciu ich zapomocą tętnopisu wydają się zupełnie miarowemi, przy dokładnem zmierzeniu ich poszczególnych fal na krzywej, uzyskanej przy puszczeniu tętnopisu Jaqueta w szybkiem tempie, okazują stale wahania w trwaniu poszczególnych fal. Aczkolwiek rzecz ta znaczenia praktycznego, zdaje się, nie posiada, to jednak jest ciekawym przyczynkiem do ogólnej zasady teoretycznej, iż w naturze niema takich zaburzeń chorobowych, któreby nie miały swego pierwowzoru w stanach fizyologicznych. Dlatego zająłem się tem zjawiskiem nieco dokładniej. Zmierzyłem poszczególne fale na krzywych, zdjętych tętnopisem Jaqueta przy szybszem jego tempie, sprawdzając dla uniknięcia błędów, wszystkie przedziałki siecznej czasu, oznaczanego przez zegar przyrządu na papierze jednocześnie z krzywą tętna, i wybierając do pomiarów poszczególnych fal tętna tylko te krzywe, na których wszystkie sieczne na całym przebiegu papieru, puszczonego w szybkiem tempie, były jednakowe, a mianowicie wynosiły zupełnie dokładnie po 10 milimetrów. W ten sposób zbadałem krzywe tętna 76 osób, mierząc na każdej krzywej bardzo dokładnie od 5 do 10 (zazwyczaj 8) poszczególnych fal. Dalej pomiarów swoich nie mnożyłem, gdyż już po zmierzeniu tętna pierwszych 30 osobników wszystkie otrzymywane następnie wyniki się powtarzały.

Ponieważ, jak wiadomo każde 10 milimetrów siecznej czasu w tętnopisie Jacqueta, puszczonym w szybkiem tempie, odpowiada 0·2″, czyli 1 mm. odpowiada 0·2″, przeto, mnożąc otrzymaną przy pomiarach liczbę milimetrów przez 2, mogłem oznaczyć czas trwania poszczególnych fal tętna w setnych częściach sekundy. Zebrany z każdego przypadku materyał układałem dla dokładniejszego rozpatrzenia się w nim, podług wzorów, z których jeden przytaczam dla przykładu:

Tablica I.

Data	Nazwisko i rozpoznanie	Wiek	C	Tętno	Ciśnienie krwi			Kolej fali	TAP	TDP	TP
					Max.	Min.	PD				
15. I. 1907	Dr Józef X. zdrów	27	36·3°	74	129	104	25	1	6	79·5	85·5
								2	5	83	88
								3	6	83	89
								4	6·5	76·5	85
								5	5·5	80·5	86
								6	5	81	86
								7	5·5	77·5	83
								8	5·5	75	80·5

	Max.	Min.	Średnia	Wahania
TAP	6·5	5	5·5	1·5
TDP	83	75	79·5	8
TP	89	80·5	85·5	8·5

Jak widać z tego przykładu, mierzyłem oddzielnie czas trwania całej fali (TP), oraz czas trwania jej części wstępującej (TAP) i zstępującej (TDP). Całego zebranego materyału (z górą 2,600 liczb), który zająłby kilkanaście stronic druku, nie przytaczam. Natomiast podaję tu otrzymane zapomocą takich zestawień wnioski co do granic maksymalnych wahań w trwaniu poszczególnych fal tętna u osób zdrowych i chorych.

1) U 16 osób zdrowych w wieku od lat 18 do 33 (tylko jedna 40-letnia) o tętnie prawidłowem, pozornie zupełnie miarowem, znalazłem następujące wahania, wyrażone w setnych częściach sekundy, ułożone tu dla łatwiejszego przeglądu w miarę wzrastania ich TP.

[1]) Patrz »Gaz. lek.« 1907. Nr 8—10.

Tablica II.

L. p. przypadku	TAP	TDP	TP
1	1	2	2,5
2	1·5	4·5	5·5
3	2	4·5	5·5
4	1·5	6	6
5	0·5	7	6·5
6	1·5	7	7·0
7	0·5	7·5	7
8	1	8·0	8·5
9	3	8·5	8
10	1	12	12
11	1	12	12·5
12	2·5	12	12·5
13	1·5	16	14·5
14	1·5	15	16
15	1·5	17	16·5
16	2	17	17
Granice wahań maksymalnych	0·5—3	2—17	2·5—17

Z tego zestawienia wynika, że u osób zupełnie zdrowych, u których tętno (podobnie, jak we wszystkich następnych grupach) było zdejmowane w leżącem położeniu ciała, wahania w czasie wznoszenia się fali tętna (TAP) wynosiły od 0·005″ do 0·03″; wahania w czasie opadania fali (TDP) wynosiły od 0·02″ do 0·17″; wahania zaś w czasie trwania całkowitych poszczególnych fal tętna (TP) wynosiły od 0·025″ do 0·17″. Fakt, że w powyższej tablicy (II) liczby, oznaczające największe wahania w TP, nie stanowią nigdy sumy najwyższych wahań w TAP i w TDP, zależy od tej okoliczności, że często w poszczególnych falach wahania w TAP i w TDP idą w przeciwnych kierunkach tak, że się przy obliczeniu TP poszczególnej fali równoważą. Przy dokładnem rozpatrzeniu poszczególnych liczb u 16 badanych tej grupy osobników nie można się dopatrzeć żadnej prawidłowości stosunku pomiędzy granicami wahań w TAP, TDP i TP, a wiekiem, średnią liczbą uderzeń tętna na minutę, ciepłotą, ciśnieniem skurczowem lub rozkurczowem krwi, oraz ciśnieniem tętna (PD). Muszą tu oczywiście grać rolę jakieś wpływy nerwowe, dla nas nieuchwytne, (być może dotyczące wahań w oddechu), dostateczne jednak do wywołania wahań w czasie trwania poszczególnych fal tętna, wzgl. ich części wstępujących i zstępujących.

2) Zestawiając podobne dane, zebrane u 5 chorych z tętnem prawidłowem, zarówno przy badaniu palcem, jak i na krzywej sfigmograficznej, pod względem ciśnienia skurczowego i rozkurczowego, oraz ciśnienia tętna, otrzymujemy, co następuje:

Tablica III.

L. p. i rozpoznanie:	TAP	TDP	TP
1. Post intoxic. saturninam	1	2	2·5
2. Polyarthritis	1	7	7·5
3. Neuralgia intercostalis	1	8	8·5
4. Reconvalescentia	2,5	13,5	15
5. Post pneumoniam	4	16	17·5
Granice wahań maksymalnych	1—4	2—16	2·5—17·5

3) U 11 osób z tętnem rozluźnionem, t. zw. miękkiem i poddwubitnem (hypodikrotycznem) otrzymaliśmy następujące dane:

a) u chorych nie gorączkujących:

Tablica IV.

L. p. i rozpoznanie:	TAP	TDP	TP
1. Decursus ileotyph.	2·5	4	4·5
2. Tuberculosis pulmonum et ossium	1	4	5
3. Lymphadenitis tuberculosa	1	5·5	6·5
4. Rheumatismus articulorum	1·5	8	7
5. Insufficientia valv. mitralis	3	7	8·5
Granice wahań maksymalnych	1—3	4—8	4·5—8·5

b) u chorych z takiem samem tętnem, ale gorączkujących:

Tablica V.

L. p. i rozpoznanie:	Ciepł.	TAP	TDP	TP
1. Pneumonia crouposa duplex	39·6°	1	2	2
2. Tuberculosis pulmonum	38·4	1	3	2
3. Pneumonia crouposa sin.	39·0	1·5	2·5	2·5
4. Pneumonia crouposa dex.	38·6	1,5	3	3
5. Pneumothorax sin.	39·4	2	4	3·5
6. Intoxicatio CO	38	1·2	3·4	4·5
Granice wahań maksymalnych		1—2	2—4	2—4·5

4) U osób chorych gorączkujących z tętnem naddwubitnem zebrałem liczby następujące:

Tablica VI.

L. p. i rozpoznanie:	Ciepł.	TAP	TDP	TP
1. Typhus abdominalis	39·4°	0·5	2	2
2. Tuberculosis pulmonum	38·8	1	2·5	2·5
3. » »	38·5	1·1	2	3·1
4. » »	37·4	0·5	3·5	4
5. Insufficientia valv. mitr.	38·6	1	6	5
6. Tuberculosis pulmonum	38·6	1·5	9·5	9
Granice wahań maksymalnych		0·5—1·5	2—9 5	2—9

5) W 5 przypadkach zapalenia nerek bez gorączki z tętnem napiętem przy ciśnieniu skurczowem 159‴—255‴ i PD od 63‴ do 84‴ otrzymałem:

Tablica VII.

L. p. i rozpoznanie:	TAP	TDP	TP
1. Nephritis chronica	1	2	1·5
2. » »	1,5	2	2
3. » »	1,5	6	6
4. » »	2	6·5	7·5
5. » »	0·5	13·5	14
Granice wahań maksymalnych	0·5—2	2—13·5	1·5—14

6) U 6 osób, dotkniętych stwardnieniem tętnic, z tętnem mocno napiętem, przy ciśnieniu skurczowem 137‴—193‴ i PD 59‴—103‴ otrzymałem:

Tablica VIII.

L. p. i rozpoznanie:	TAP	TDP	TP
1. Arteriosclerosis. Dilatatio arcus aortae	2	5	3·5
2. » Emphysema pulm.	1·5	5·5	6·5
3. » Dilatatio arcus aortae	1·5	5	7
4. Aneurysma aortae	2	7·5	7
5. Arteriosclerosis. Insuff. valv. mitr.	1·5	9·5	10·5
6. » Emphysema pulm.	1·5	11	11
Granice wahań maksymalnych	1·5—2	5—11	3·5—11

7) U 7 chorych, dotkniętych niedomykalnością zastawek tętnicy głównej przy tętnie wybitnie szybkiem, ciśnieniu skurczowem od 130‴ do 201‴ i PD 40″—132‴ (u pierwszych 6 z tych chorych powstała wada serca na tle zakaźnego zapalenia wsierdzia, u siódmego na tle stwardnienia tętnic) otrzymałem:

Tablica IX.

L. p.	TAP	TDP	TP
1	1	3·5	3
2	1·5	2	3·5
3	1	3	3·5
4	2	6	4·5
5	2	3	5
6	0·5	7·5	7
7	0·5	2	2·5
Granice wahań maksymalnych	0·5—2	2—7·5	2·5—7

8) U 6 chorych o tętnie wyraźnie »wolnem« na krzywej sfigmograficznej przy ciśnieniu skurczowem 112‴—146‴ oraz PD 27‴—65‴ otrzymałem:

Tablica X.

L. p.	TAP	TDP	TP
1	0·5	2	2
2	1·5	3	4·5
3	2	3·5	4·5
4	4	4	4·5
5	1·5	5	4·5
6	2	6	7
Granice wahań maksymalnych	0·5—4	2—6	2—7

9) W 2 przypadkach zaburzeń w sprawności serca bez wykazalnej zwykłym sposobem niemiarowości znalazłem:

Tablica XI.

L. p.	TAP	TDP	TP
1	1·5	3·5	4·5
2	1	5	5

Większej liczby przypadków tej grupy zużytkować nie mogłem, gdyż tętno było w nich już przy zwykłem badaniu niemiarowe. (Dok. nast.)

O skazie moczanowej i jej leczeniu.

Napisał

Dr Józef Surzycki

b. I. asystent kliniki chorób wewn. Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy.)

Nadmierne wydzielanie kwasu żołądkowego często właśnie bywa na tle nerwowem, co i Jaworski (str. 390), Noorden-Grobe, Ziehen, Leubuscher i inni podnoszą. Spostrzegano je przy zboczeniach psychicznych lub chorobach mózgu i rdzenia kręgowego. Fleischer opisuje powstawanie nadmiernej kwaśności, jako objawu odruchowego przy kamicy żółciowej i nerkowej, więc znowu nerwom przyznaje wpływ na czynności żołądka. Również i sokotok okresowy bywa bardzo często na tle zboczeń nerwowych i uważany bywa za nerwicę wydzielniczą. Ostry sokotok Rossbacha także najczęściej zdarza się u osób umysłowo pracujących, lub znajdujących się pod niepokojącymi wpływami psychicznymi. (Jaworski str. 394). *Gastroxia juvenilis* jest także zboczeniem na tle nerwowem. Podawanie w tych razach alkaliów, przepłukiwania żołądka, jednem słowem usunięcie lub zobojętnienie nadmiaru kwasu jest najodpowiedniejszym sposobem postępowania.

Oczywiście i w zakresie czynności jelit występują w toku dny zaburzenia, najczęściej jako silne zaparcie stolca, nieraz kurczowe, rzadziej już rozwolnienia, choć i te nieraz występują po lada jakiej przyczynie. Że wśród tego znajdujemy bezpośrednio zmiany w moczu, że widzimy mocz bardzo wysycony, ze znaczną ilością moczanów, to rzecz jasna, a każdy, kto choć pobieżnie tę sprawę śledził, stwierdził zmiany w moczu, utrzymujące się całymi tygodniami.

Dwa ciekawe przypadki, potwierdzające moje przypuszczenie, że stan układu nerwowego odgrywa najważniejszą rolę w zaburzeniach, stanowiących skazę moczanową, pozwalam sobie przytoczyć ze spostrzeżeń klinicznych podczas mojej asystentury w klinice krakowskiej. — Dotyczą one 2 izraelitek. Jedna z nich, 19-letnia Em. W., cierpi na histeryę i błednicę, obok tego i zmiany wydzielnicze w żołądku pod postacią sokotoku żołądkowego ze znaczną wydzieliną kwasu solnego (kwaśność nieraz dochodziła do: 60 = 2,190%); ciężar właśc. moczu przeważnie wysoki: 1030—1035 z dużą ilością moczanów. Dziedziczności stwierdzić nie można. Przy odpowiedniem leczeniu wodami alkalicznemi i przepłukiwaniem żołądka wodą karlsbadzką stan znacznie się poprawia. W dwa lata później występują u tej chorej bole w stawach kolanowych i skokowych, utrudnienie chodu wskutek bolów, a badanie stwierdza zgrubienie chrząstek, złogi, wyraźne trzeszczenie przy ruchach; badanie moczu wykrywa takie zmiany, jakie znajdujemy przy skazie moczanowej. O dalszym przebiegu nie mogę nic podać, bo chora ta wyjechała z Krakowa. Byłby to jednak przykład, jak na tle nerwicy rozwija się skaza moczanowa; być może, że pośredniem ogniwem były zaburzenia w trawieniu i nadmierne wydzielanie kwasu solnego. — Drugi przypadek podobny dotyczył 19-letniej Feigli H. Dziedziczności również niema. Choroba zaczęła się od bolów głowy, wymiotów, ucisku w dołku, zwiększonego pragnienia, i pomimo rozmaitych środków stan ten ciągle się pogarszał. Jeszcze przebywając w domu miewała chora bole w stawach rąk i nóg, nieraz tak silne, że musiała leżeć. Badanie w klinice stwierdziło zmiany w układzie nerwowym, odpowiadające histeryi, a badanie treści żołądkowej — sokotok żołądkowy. Mocz także o cięż. wł. wysokim (1026—1030), z moczanami i ze zmniejszeniem chlorków; a raz nawet zupełny brak chlorków (badanie prof. Stopczańskiego z d. 28. III. 1891). Bole w nogach często się powtarzają, chociaż badanie szczególnych zmian w stawach wykryć nie może. Dopiero później w ciągu lat kilku wytwarzają się u tej chorej zmiany wyraźnie dnawe w stawach, nawet w jednem kolanie dochodzi do zniekształtnienia i utrudnienia ruchów; tymczasem przypady żołądkowe prawie ustały i chora miała się pod tym względem stosunkowo lepiej. Badanie moczu stwierdziło podówczas także zwiększoną ilość kwasu moczowego, a czasem znowu osad, złożony z moczanów, obok zmniejszonej ilości chlorków. Wyjazd chorej do Badenu uniemożliwił dalsze śledzenie przebiegu, z listów jej dowiedziałem się tylko, że i potem stawy innych kończyn były zajęte i że lekarze w Wiedniu, do których się chora udawała, rozpoznali zmiany »artrytyczne«.

Należy podnieść, że przy tych nerwicach żołądkowych ze zwiększonem wydzielaniem HCl zwykle apetyt jest zwiększony, zwłaszcza na pokarmy mięsne, które łatwiej absorbują HCl; pokarmy te łatwiej się trawią, więc oczywiście musi być większe i wyzyskanie ich części azotowych, a co za tem idzie, większa produkcya czy kwasu moczowego, czy też zasad alloksurowych. Leczenie jest w tych przypadkach tak trudne dlatego, bo układ nerwowy, raz nadwerężony, nie łatwo wraca do stanu prawidłowego, a byle co znowu wytrąca go z równowagi i wywołuje, mojem zdaniem, szereg zboczeń w przemianie materyi.

Objawy.

Ze względu na objawy, rozróżnić trzeba dwa okresy choroby. Pierwszy, to okres przygotowawczy, w którym objawy zaczynają dopiero występować i powoli pokazuje się ich coraz więcej; są one jakby wstępem do prawdziwej choroby, która jako drugi okres już jest zupełnie rozwiniętą, z objawami w stawach, w nerkach, skórze i t. d. Tak w pierwszym, jak i w drugim okresie dny (ale oczywiście o wiele częściej w drugim) występują obok szeregu objawów przewlekłych ostre napady dny, w których potęgują się te zwykłe objawy, a które często po sobie zostawiają coraz to większe zmiany w ustroju.

Pierwszy okres zwykle nie da się dokładnie określić, początki jego bowiem są niewyraźne.

Osoby takie często cierpią na zaburzenia żołądkowe i na złą sprawność jelit. Często też podpadają gośćcowi mięśniowemu, który lubi się często powtarzać, zwłaszcza tak zwane postrzały *(lumbago)*. Jeżeli nawet niema wyraźnego gośćca, to takie osoby trapi pewne uczucie zmęczenia w mięśniach, bole mięśniowe kurcze w łydkach, a przy dotykaniu stwierdza się bolesność okostnej na palcach. Zwolna wytwarzają się złogi w małżowinach usznych i to jest jakby znamienną oznaką tej skazy. Często też rozwija się powoli miażdżyca tętnic w rozmaitych postaciach *(arteriitis uratica)*, jako przedwczesny objaw skazy, a czasem powstaje i miażdżyca tętnic wieńcowych serca, co w następstwie wywołuje typowe napady duszницy bolesnej *(angina pectoris)*. Obok tego jednak bywają pozorne napady dusznicy *(pseudo-*

angina), o których wspomina Tichomirów; takie napady występują zwykle w nocy, o jednej porze, połączone są z bolem w okolicy serca, biciem serca i różnymi nerwobolami. Osobny rodzaj cierpienia sercowego na tle skazy moczanowej opisuje M. Bruce jako »Gichtherz«. Objawia się to cierpienie biciem serca, bolem serca, uczuciem osłabienia, przychodzi lekka duszność, lub wreszcie typowe napady dusznicy bolesnej. Tony serca są słabe, ale czyste. Często jest to utajona postać dny.

Układ nerwowy przy skazie moczanowej także podlega rozmaitym zmianom, a nieraz okazuje się, że tłem uporczywem nerwobolów jest skaza moczanowa. Przy tem połowiczy ból głowy i inne objawy neurasteniczne są dość znane w przebiegu skazy moczanowej. Claus podziela w zupełności zdanie Charcota, że połowiczy ból głowy jest często pochodzenia dnawego w rodzinach dziedzicznie obciążonych. I u dzieci dają się spostrzegać nieraz objawy, które wskazują na swe pochodzenia dnawe. Jeden ze znawców tego przedmiotu, Comby, opisuje dnę w wieku dziecięcym w ten sposób: Już u noworodków spostrzega się dziwny niepokój, płacz bez powodu, mocz bywa wysycony i daje nieraz powód do zapalenia sromu i pochwy. Na pieluchach zdarza się czerwony piasek. Później już występują wysypki na twarzy i główce. To znowu wybuchają drgawki z gorączką i wymiotami. U jednych dzieci występuje nadmierna otyłość, u drugich wychudnienie; te drugie bywają umysłowo więcej rozwinięte, są żywe, nerwowe, miewają dziwne humory i kaprysy; raz nienasycone, to znowu bez apetytu; śpią zwykle źle. Nieraz dziedziczne usposobienie do skazy moczanowej występuje w postaci równoważników różnego rodzaju. U takich dzieci, usposobionych do dny, opisują jeszcze następujące przypadłości. Często zdarza się u nich biegunka błoniasta *(enteritis membranacea)*; stolce pokryte są całymi pokładami śluzu. Zatwardzenie występuje naprzemian z rozwolnieniem; czasem pokazują się wcześnie krwawnice *(haemorrhoides)*. W zakresie narządu oddychania łatwo powstają nieżyty, kaszle, przerost migdałków, a bywają czasem przypadki dychawicy. W zakresie układu nerwowego zdarzają się nieznaczne napady jakby padaczkowe, to objawy histeryczne, to migreny, nerwobole, znowu pląsawica *(chorea)* lub nocne strachanie się *(pavor nocturnus)*. Dzieci takie miewają bole w mięśniach, w krzyżach, kościach, lub pewne utrudnienie ruchów w stawach; miewają też usposobienie do wszelkich wysypek; wyprysk, pokrzywka często się u nich przytrafia. U dzieci takich ręce i nogi bywają zimne, co Comby przypisuje niedokształceniu się naczyń krwionośnych. Od czasu do czasu pojawia się u nich białko w moczu bez widocznej przyczyny, a nieraz pokazuje się piasek, przyczem dzieci takie narzekają na bolesne oddawanie moczu lub bolesne parcie na mocz. W wieku rozwoju płciowego dziewczęta cierpią na zaburzenia w miesiączkowaniu, a czasem zdarza się u nich zapalenie sromu.

Inni jednak pedyatrzy nie określają tak szczegółowo tych objawów, a zdaniem Gepperta niepodobna stworzyć jakiegoś obrazu chorobowego, któryby wyraźnie określał usposobienie dnawe u dzieci.

Jeden z ciekawszych przypadków opisuje Kolisch; dotyczy on chłopca 9-letniego, który przedtem był zdrowy. Dopiero od pewnego czasu stał się drażliwy, byle co wywoływało szaloną złość i gniew, mijające jednak po kilku minutach. Potem znowu rozwinął się u tego dziecka nastrój hipochondryczny; czasem stawało się złośliwe. Od kilku lat chłopiec jest blady i chudy. Sypiał niespokojnie, zrywał się nieraz po nocach, krzyczał; wśród tego zdarzał się jakiś kilkodniowy nieznaczny gościec mięśniowy. Badanie moczu stwierdziło u tego chłopca N ciał alloksur. 0,30, N kwasu moczowego 0,26, N zasad 0,04, bez białka, osad moczanów spory, więc wyraźne cechy skazy moczanowej. Również dość zajmujący przypadek opisuje Stumme. Dotyczył on kobiety 48-letniej, która już w 17. roku swego życia miewała bole w palcu u nogi, od czasu do czasu się odnawiające, aż w końcu wystąpiły zmiany w nerkach, które doprowadziły do śmierci, a sekcya stwierdziła znaczne zwyrodnienie skrobiowate w nerkach, w stawach zaś ręki były złogi moczanu sodowego. (C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Widmer. **Wyleczenie raka światłem słonecznem. Uwagi w sprawie leczenia światłem.** *(Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 13). Z leczenia światłem słonecznem ma autor wyniki bardzo dobre we wrzodach goleni, przetokach ropnych, popękaniach i rozstępach skóry i t. p. Najefektowniejszy wynik miał autor jednak w przypadku raka grzbietu ręki prawej u 81-letniej kobiety, która nie godziła się na żaden zabieg operacyjny. Leczenie trwało kilka miesięcy, a każde posiedzenie 4 i więcej godzin. Guza nie badano wprawdzie drobnowidowo (!), ale »kilku lekarzy na rozpoznanie raka się zgodziło« i gruczoły łokciowe i pachowe były powiększone. W. opisuje w końcu swój przyrząd, dozwalający skupiać promienie świetlne, odbite od dużych powierzchni, pokrytych śniegiem. *Klęsk.*

Müller. **Znaczenie maści protargolowej w tworzeniu się blizn.** *(Berl. klin. Wochs.* 1907, Nr 11). Autor poleca stosowanie 5—10 prc. maści protargolowej na rozległe ubytki skóry n. p. przy oparzeniach. Maść ta tak szybko wywołuje pokrywanie się naskórkiem powierzchni obnażonych, że zwykle potem już przeszczepiania są niepotrzebne. *Klęsk.*

Eisenberg. **Jodofan.** *(Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 12). Jodofan (monojododioksybenzolaldehyd) jest czerwonawo-żółtym proszkiem bez zapachu i smaku. Nie rozpuszcza się w wodzie, wyskoku, eterze i chloroformie. Działa silnie bakteryobójczo; nad jodoformem ma tę wyższość, że działa przeciwgnilnie nietylko bez dostępu powietrza w głębokich ranach, ale i na powierzchownych ubytkach. Rany posypywać należy jodofanem w cienkiej warstwie, by nie tworzyć strupów. Do sączkowania używa się 10 prc. gazy jodofanowej. *Klęsk.*

Waljaschko. **W sprawie techniki przeszczepiania skóry podług Thierscha.** *(Münch. med. Wochs.* Nr 42, 1906). Przyjęcie się przeszczepionych płatków zależy w znacznej mierze od opatrunku i od jego zmiany. Wszystkie podane tu sposoby nie zadowalniają. Autor radzi postępować w sposób następujący: Miejsce przeszczepione pokrywa się wyjałowionym rzadkim tiulem w ten sposób, że brzegi jego przykleja się zapomocą kollodium do zdrowej już skóry. Na tiul daje się dopiero zwykły opatrunek, który zawsze aż do tiulu zmieniać można, usuwając przez to wydzielinę, a nie ruszając przeszczepionego naskórka. Tiul usuwa się po 12 dniach. *Klęsk.*

Alwin Ach. **Porażenia mięśni ocznych wskutek znieczulenia lędźwiowego.** *(Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 13), Do zwiększającej się stale statystyki porażeń mięśni ocznych wskutek znieczulenia lędźwiowego dodaje autor jeszcze 4 z kliniki monachijskiej. Wszystkim towarzyszył ból głowy, krzyża i bezsenność. Najdłuższe porażenie trwało 43 dni. Porażenia te występują znacznie rzadziej przy stosowaniu tropakokainy, niż przy innych przetworach. Autor poleca stosować tylko tropakokainę i to w niewielkich dawkach i niebardzo zgęszczonych rozczynach, dalej nie opuszczać głowy chorych po wstrzyknięciu bardzo w dół, a raczej zostawić ich w spokoju po operacyi, zaś układać ich jak najwyżej głową do góry. *Klęsk.*

Offergeld. **Bole głowy po znieczuleniu lędźwiowem.** *(Zentralbl. f. Gynäk.* 1907, Nr 10). Zapobiegawczo radzi autor wypuszczać przy znieczuleniu lędźwiowem 1—2 ctm.³ płynu, a wstrzykiwać małą ilość (t. j. silniejszy rozczyn) środka znieczulającego. Gdy mimo to wystąpią bole głowy, trzeba chorego posadzić, ułożyć wysoko głową, a nawet wykonać drugie nakłucie, by usunąć wzmożenie ciśnienia. W 17 przypadkach wykonano takie nakłucie następowe (najwcześniej na drugi dzień) i zawsze po 30—40 minutach był wynik pomyślny. *Klęsk.*

Auerbach i Grossmann. **Przypadek padaczki Jacksona, wyleczony operacyjnie.** *(Münch. med. Wochs.* Nr 10, 1907). W przypadku autorów u $7\frac{1}{2}$-l. chłopca osiągnięto przez operacyę ustanie napadów i poprawę inteligencyi. Operowano dwuczasowo, t. j. najpierw otwarto czaszkę, a w 3 dni wyszukano przez badanie elektryczne zajęte chorobowo ośrodki kończyny górnej, twarzy i karku i wycięto tę część mózgu (30 mm.

długości, 15 mm. szerokości i 5 mm. głębokości). Po operacyi przejściowe porażenie. Obecnie (w $^1/_2$ roku po operacyi) niema wcale napadów padaczkowych. — Wycinanie ośrodków korowych niesłusznie w ostatnich czasach zarzucono. Przeciwnie, w przypadkach padaczki Jacksona należy operować i to nie zwlekając długo, gdyż im napady trwają dłużej, tem rokowanie gorsze. W wielu tak zwanych samoistnych padaczkach udaje się wykryć tło anatomiczne. Często padaczka taka przechodzi w Jacksonowską. O ile możności operować się powinno przed 40. rokiem życia. Nie zawsze wymagać należy od operacyi zupełnego wyleczenia; już uzyskanie zmniejszenia się częstości napadów i poprawy inteligencyi jest wielką korzyścią. Operacye z powodu padaczki lewostronnej dają lepsze wyniki, niż przy prawostronnej. Blizny pooperacyjne zwykle nie wywołują nowych objawów. *Klęsk.*

Küster. **Rak języka i podwiązywanie zewnętrznej tętnicy szyjnej.** *(Arch. f. klin. Chir.* T. 81). Przy większych rakach języka radzi autor podwiązywać nawet obustronnie tętnicę szyjną zewnętrzną, a nie językową. Raki języka, nie nadające się do operacyi, leczyć należy obustronnem podwiązaniem tętnicy i naświetlaniem promieniami Röntgena. *Klęsk.*

Hacker. **Zwichnięcie żuchwy ku tyłowi. Leczenie nawykowego zwichnięcia żuchwy.** *(Beitr. z. klin. Chir.* T. 52, Z. 3). Zwichnięcie żuchwy ku tyłowi najczęściej wydarza się u kobiet. W razie braku zębów zwichnięcie to może wywołać groźne objawy, jak sinicę i duszność. Nawykowe zwichnięcie najlepiej leczyć okołostawowemi wstrzykiwaniami wyskoku. *Klęsk.*

Cristiani i Kummer. **Czynnościowy przerost przeszczepionych kawałków gruczołu tarczowego u człowieka.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 49, 1906). By przeszczepiony gruczoł tarczowy u zwierząt się przyjął, powinny kawałki być nieduże, a liczne, używać należy gruczołu ze zwierząt tego samego gatunku i przeszczepiać natychmiast po wyjęciu gruczołu. U człowieka przeszczepianie udaje się również; do przeszczepienia używać można także wola, (oczywiście niezłośliwego). Zabieg ten w obrzęku śluzowatym i w matołectwie daje czasem bardzo korzystne wyniki. Gruczoł przeszczepiony może wyjątkowo ulegać dalej przerostowi, jak tego dowodzi przypadek autorów. Gruczoł, przeszczepiony pod skórę w okolicy ramienia przy wycięciu wola u tego samego osobnika, po trzech latach powiększył się znacznie; czynność jego w nowej siedzibie pozostała prawidłową. *Klęsk.*

Prof. Payr. **Przeszczepianie gruczołu tarczowego do śledziony; uwagi doświadczalne i kliniczne.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 80, Z. 3). Pierwsze próby przeszczepiania gruczołu tarczowego datują się od Schiffa. Potem sprawą tą zajął się Eiselsberg, Kocher, Enderlen, Saltan i inni, a to w celu leczenia tężyczki, charłactwa po wycięciu gruczołu i tym podobnych cierpień. Gruczoł przeszczepiano podskórnie i śródotrzewnie, ze skutkiem jednak niezbyt pomyślnym. Częste usadawianie się przerzutów wola złośliwego w szpiku kostnym i powiększanie się gruczołu tarczowego po wycięciu śledziony, nasunęły autorowi pomysł przeszczepiania gruczołu tarczowego w tkanki limfatyczne, a najodpowiedniejszą ze względu na warunki krążenia i na technikę okazała się śledziona. Przy operacyach na śledzionie może powstać groźny krwotok. Autor jednak przekonał się, że utworzenie kieszonki w śledzionie, wszczepienie w nią gruczołu tarczowego i zaszycie tępemi igłami i cienkim jedwabiem, tamuje prawie zawsze krwotok, a przeszczepiony gruczoł działa jak naturalny tampon. W doświadczeniach swych (na psach, kotach, świnkach morskich i królikach) postępował autor dwojako: 1) naprzód wycinał część gruczołu, a dopiero potem otwierał jamę brzuszną i wszczepiał gruczoł do śledziony, 2) otwierał najpierw jamę brzuszną, a potem operował gruczoł i wszczepiał go. Sposób ten drugi okazał się lepszym. Wycięty kawałek gruczołu autor rozcinał, wywracał i zeszywał tak, że powierzchnia przecięcia stykała się potem z tkanką śledziony. Narzędzia do tych zabiegów nie powinny być ostre, ale znów zbyt tępe wywołują za wielki krwotok. Ranę w śledzionie następowo obszywał autor jeszcze siecią. Do doświadczeń użył P. w ciągu $3^1/_2$ lat 48 zwierząt. Przeszczepiał zwykle jeden płat gruczołu, a w 10—30 dni potem wycinał ze szyi pozostałą część zupełnie, a w końcu u niektórych zwierząt wycinał śledzionę. Czasem wycinał odrazu cały gruczoł i wszczepiał go w śledzionę. Przeszczepiał także gruczoły z psów, dotkniętych wolem. Wyniki można podzielić na następujące grupy: 1) gruczoł nie przyjął się zupełnie; 2) mimo przyjęcia się gruczołu wystąpiły objawy charłactwa lub tężyczki; 3) gruczoł się przyjął i zwierzę pozostało zdrowe. Granica gruczołu, który się dobrze przyjął, pozostawała zawsze ostrą. Badanie mikroskopowe stwierdziło tworzenie się tkanki ziarninowej, a potem naczyń, łączących śledzionę z wszczepionym gruczołem. W początkach gojenia się gromadziły się na granicy główne ciałka eozynochłonne. Autor kolloid spotykał w naczyniach śledziony i sądzi, że tą drogą dostaje się on do obiegu krwi po przeszczepieniu gruczołu. Z dotychczasowych przeszczepiań narządów odnosi wrażenie, że najlepiej przyjmują się tkanki o wydzielinie wewnętrznej (gruczoł tarczowy, nadnercza, jajniki), gorzej gruczoły o wydzielinie wewnętrznej i zewnętrznej (jądra, trzustka), a najgorzej gruczoły o wydzielinie zewnętrznej (wątroba i nerki i t. d.). U człowieka przeszczepiano gruczoł tarczowy już niejednokrotnie, a to z powodu pooperacyjnej tężyczki, charłactwa, obrzęku śluzowatego i matołectwa. Wszczepiano przeważnie świeżo wyjęte ludzkie wole, lub gruczoły owcy i psa. Gruczoł wszczepiano zwykle podskórnie (szyja, pierś, powłoki brzuszne). Co do wyników, to w tężyczce nie uzyskano żadnych, w charłactwie poprawę, znikającą z czasem, ale nastającą na nowo po ponownej operacyi. Lepsze nieco wyniki osiągnięto w obrzęku śluzowatym i w matołectwie, choć często trzeba było kilka razy operować, gdyż przeszczepiany gruczoł się nie przyjmował. Opierając się na tych danych, przeszczepił P. 6-letniemu dziecku, dotkniętemu wrodzonym brakiem gruczołu, obrzękiem śluzowatym i matołectwem, gruczoł tarczowy jego matki. Wynik osiągnięto znakomity, a mianowicie: inteligencya dziecka znacznie się wzmogła, dziecko nauczyło się chodzić, zaczęło rosnąć, samo brać pokarmy, mówić, wyraz twarzy stał się prawidłowy, język zmalał. Wobec tego sądzi autor, że jesteśmy zupełnie uprawnieni przeszczepiać narządy z wewnętrzną wydzieliną w celach leczniczych, a zwłaszcza gruczoł tarczowy i to najlepiej do śledziony, gdyż tam najpewniej się przyjmuje. *Klęsk.*

Enochin. **Podwiązywanie tętnic tarczowych przy wolu.** (*Arch. f. klin. Chir.* Tom 80, Zeszyt 4). Autor podwiązał tętnice tarczowe celem leczenia wola u 6 chorych. Wyniki co do zmniejszenia się guza i objawów uciskowych były dość dobre, natomiast kosmetyczny wynik gorszy. Jeden chory zmarł wskutek krwotoku z tętnicy szyjnej, nadżartej przez założony sączek. *Dr Klęsk.*

Franck. **O zwężeniach tchawicy wskutek intubacyi po następowej tracheotomii.** *(Deutsche med. Wochs.* Nr 51, 1906). Po długo stosowanej intubacyi powstają głębokie odleżyny, zmuszające do następowej tracheotomii. Wiederhoter zwrócił jednak uwagę, że w podobnych przypadkach krtań zwęża się potem jeszcze silniej, a nieraz nawet zupełnie zarasta i chory musi już stale nosić rurkę. By temu zapobiedz, należy po następowej tracheotomii zakładać codziennie tubus na 1—2 godzin, przez co zapobiegamy kurczeniu się blizny po odleżynie. *Klęsk.*

Lubliński. **Leczenie milczeniem przy gruźlicy krtani.** (*Berl. klin. Wochs.* Nr 52, 1906). Podany niedawno przez Semona sposób leczenia gruźlicy krtani przez zakazanie chorym mówienia, stosuje autor już dawno wobec zmian gruźliczych we wnętrzu krtani; natomiast w razie zmian chrząstek nalewkowych, nagłośni i t. p., t. j. gruźlicy zewnętrznej krtani, sposób ten nie jest wskazany. *Klęsk.*

Dirk. **O intubacyi krtani podług Kuhna.** Intubacya krtani przy cięższych operacyach na głowie oddaje znakomite usługi. Autor poleca wsuwać tubus dopiero po lekkiem uśpieniu, a nie przed uśpieniem przy znieczuleniu kokainą. Mimo, że środek usypiający dostaje się przytem prawie wprost do dróg oddechowych, można stosować i eter. Intubacya czyni usypiającego zupełnie niezależnym od operatora i naodwrót. Dawka środka usypiającego jest dzięki intubacyi zwykle mała, unika się wymiotów, kaszlu, zapadania się języka, zalewania krwią krtani i t. d. Po operacyi chorzy czują się zupełnie dobrze, przypady płucne nie występują nigdy. *Klęsk.*

Rehn. **Usuwanie guzów klatki piersiowej z szerokiem otwieraniem opłucnej.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 81, Z. 1). Przy szerokiem otwieraniu opłucnej można obejść się i bez przyrządu Sauerbrucha w ten sposób, że przed otwarciem opłucnej wprowadza się głęboko przez płuco mocno zakrzywioną igłę i przez to umocowuje płuco, by po otwarciu opłucnej nie zapadło się. Po otwarciu chwyta się płuco w mokry kompres i podciąga na zewnątrz. Przed zamknięciem opłucnej należy płuco umocować kilku szwami przy klatce piersiowej i całą ranę zupełnie szczelnie zaszyć bez sączkowania. W ten sposób operował autor 3 przypadki guzów klatki piersiowej. *Klęsk.*

Położnictwo i ginekologia.

W. Stoeckel. **Zawędrowanie zwitka gazy, pozostawionego przy laparotomii, do pęcherza.** (*Zentralbl. f. Gyn.*

1907, Nr 1). Po operacyi w Berlinie z powodu zmian w przydatkach zgłosiła się chora do S., który stwierdził przetokę w dolnej części blizny po laparotomii. Macica ku przodowi. Przydatków brak. Zgłębnik wchodzi na 10 ctm. poza macicę, ponad sklepienie prawe. Pęcherz ma objętość 200 gr. i zdaje się być nieuszkodzony. Po wstrzyknięciu 5 prc. azotanu srebrowego do przetoki wystąpiło mleczne zabarwienie moczu, co świadczy o połączeniu przetoki z pęcherzem. Cystoskopem stwierdzono w połowie tylnej ściany ciało polipowate, sterczące do światła pęcherza, częściowo inkrustowane, zresztą miękkie, żółtawe, wielkości migdała. Mocz bez ropy, błona śluzowa prawidłowa. S. rozpoznał podwiązkę, wędrującą do pęcherza i inkrustowaną. Kleszczykami udało się ciało to uchwycić i bez wielkich trudności przez nierozszerzoną cewkę wydobyć. Był to zwitek gazy, długości 21 ctm. Krwotok, który teraz wystąpił, ustał po płukaniu zimnym rozczynem kwasu borowego. Cewnik na stałe. Otwór w pęcherzu już po 3 dniach bardzo się zmniejszył. Jak się dodatkowo dowiedziano, dawniejszy zabieg był utrudniony zrostami, guz po stronie prawej pękł i pęcherz uległ skaleczeniu. Po zaszyciu pęcherza wprowadzono 2 setony, jeden ku stronie prawej, drugi w okolicę rany pęcherza. Leczenie pooperacyjne kończyła chora w innym zakładzie, gdzie stwierdzono przetokę moczową w powłokach, która się powoli zamknęła. — Ciekawym szczegółem jest tu brak nieżytu pęcherza. S. sądzi, że do tego potrzebne jest uszkodzenie nabłonka, bez czego znosi pęcherz niekiedy bez odczynu dostanie się kału i jadowitej ropy. *B. Wojciechowski.*

E. Holzbach. **O okręceniu się pępowiny i domniemanem jego złem działaniu po wystąpieniu główki.** (*Zentr. f. Gyn.* 1907, Nr 1). Zły zwyczaj obmacywania szyi płodu zaraz po urodzeniu się główki dla przekonania się, czy czasem pępowina nie jest około szyi okręcona, wywołał rozprawkę Schultzego, w której autor ten podnosi następujące punkty: 1) Zaciśnięcie szyi płodu przez pępowinę zdarza się wprawdzie niekiedy, ma jednak znaczenie we wcześniejszym okresie porodu, a nie po wytoczeniu się główki. 2) Zwężenie światła naczyń pępowinowych podczas najwyższego stopnia rozciągnięcia pępowiny nie dosięga jeszcze nigdy takiego stopnia, iżby stąd wyniknąć miało poważniejsze niebezpieczeństwo dla krążenia płodowego. Gdyby zresztą duszność i wdechy wystąpić miały, to płód ma po urodzeniu się główki możność oddychania. 3) Ucisk pępowiny pomiędzy karkiem, a przednią ścianą miednicy nie może osiągnąć w tej chwili wysokiego stopnia i nie miałby wogóle znaczenia. Ze swej strony przypomina jednak H., iż pierwotnie zbyt krótka pępowina, lub też skrócona przez okręcenie, może już przed przerznięciem się główki stać się powodem częściowego odklejenia się łożyska. Gdyby ktoś po urodzeniu się główki chciał w podobnym przypadku pępowinę zwalniać lub odpętlać, to naraziłby łatwo rodzącą na cięższe następstwa w okresie III. Brak postępu porodu nakaże w takim przypadku pociągnąć łagodnie za szyję, przez co wykryta zostaje przeszkoda, którą łatwo usunąć jednem cięciem nożyczek. Położnym powinno się zatem zakazać niepotrzebnego szukania pępowin na szyi w każdym przypadku, jakoteż wytłómaczyć, iż zluźnianie lub odpętlanie pępowiny jest zupełnie zbyteczne. *B. Wojciechowski.*

O. Polano. **Przypadek zdjęcia torebki nerkowej przy rzucawce.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1907, Nr 1). U 38-letniej wieloródki, która pod koniec ciąży miała około 1$^0/_{00}$ białka w moczu i obrzęki, wystąpiły w 13 godzin po prawidłowym porodzie pierwsze drgawki porodowe, a po kwadransie drugi napad. Po kilku godzinach odzyskała chora przytomność, lecz w ciągu dni następnych stan się pogarszał. Ilość moczu spadła 10. dnia na 420 ctm.^{3}, tętno doszło do 130, utrata przytomności. Wobec beznadziejnego stanu chorej postanowił P. spróbować zdjęcia torebek z obu nerek. Wśród operacyi stwierdzono nerki powiększone, miękkie, przekrwione. Po nacięciu torebki nie wypuklał się miąższ. Po zabiegu wrażenie poprawy. W ciągu 19 godzin, po których chora zmarła, zebrano 920 ctm.^{3} moczu. Śmierć wśród objawów obrzęku płuc. Sekcya i badanie histologiczne stwierdziły ostre miąższowe zapalenie nerek. Mimo braku zmian w wątrobie, mózgu, sercu i t. d., właściwych rzucawce, rozpoznaje ją P. w tym przypadku, kierując się najnowszemi pojęciami o tem cierpieniu. P. dopatruje się dobrego wpływu operacyi na stan chorej, sądzi jednak, że nie należy z operacyą zwlekać i że wówczas można rzeczywiście chorą uratować. *B. Wojciechowski.*

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Prof. Sittmann. **Uraz, a choroby płuc.** (*Aerztl. Sachverst.-Ztg.* Nr 1, 1907). Choroby płuc mogą być wywołane przez uraz, trafiający bezpośrednio w klatkę piersiową, lub też uraz oddalony, lecz wywołujący znaczne wzmożenie się ciśnienia w klatce piersiowej. Nie ma znaczenia dla powstania chorób płuc, czy uraz wywołał obrażenia zewnętrzne, czy nie, jak również rodzaj urazu; siedziba zmian chorobowych niekoniecznie zależy od okolicy, w którą uraz ugodził. Następstwem urazowego, a niewyrównanego wahania śródpiersiowego bywają przedarcia miąższu płucnego, naczyń, lub też zakrzepy w naczyniach. Przedarcie naczyń pociąga za sobą już to krwotok opłucny, jeśli równocześnie uszkodzoną jest także opłucna, już to naciek krwawy miąższu i krwioplucie. Za urazowe można uznać tylko krwioplucie, zjawiające się wkrótce po urazie. Późne urazowe krwioplucie może być tylko pośrednio przez uraz wywołane i występuje już jako objaw zmiany chorobowej, następstwem urazu będącej.

Zakrzepy w naczyniach, będące następstwem bezpośredniego, silnego urazu, wywołują miąższowe krwawienie, czasem połączone z krwiopluciem; niekiedy bywa następstwem zakrzepów zgorzel. Wpływ urazu na przyszły stan zdrowia i zdolność do zawodowej pracy zależy od zejścia bezpośrednich następstw urazu. Odma skórna, odma opłucna i krwotoki opłucne ustępują zazwyczaj bez śladu, jeśli nie dołączy się wtórorzędne zakażenie.

Rozpoznanie złamania żeber powinno się zdaniem autora opierać zawsze na podstawie prześwietlenia promieniami Röntgena. Złamaniu ulegają zazwyczaj żebra środkowe, a autor sądzi, że po roku lub 1½ wygaja się złamanie żebra bez śladu, bez uszczerbku ogólnego stanu zdrowia i zdolności do zarobkowania. Pospolite po tym czasie skargi na bole w klatce piersiowej nie mają zazwyczaj przedmiotowej podstawy, a nie można ich także kłaść na karb nerwobołu międzyżebrowego, który po urazie wyjątkowo tylko występuje; przyjąć go można jedynie wówczas, jeśli można stwierdzić ucisk, wywierany przez bliznę kostną, lub jeśli przy wypadku nerw uległ bezpośrednio zmiażdżeniu. Wtedy jednak należy stwierdzić trzy punkty uciskowe, nieokreślony bowiem ból w klatce piersiowej lub jej ścianie, nie jest nerwobolem międzyżebrowym.

Przedarcie opłucnej, które powstać może także bez równoczesnego złamania żeber, pociąga za sobą zawsze mniej lub więcej znaczny krwotok, a nawet bez wtórorzędnego zakażenia postają sprawy zapalne odczynowe, w przebiegu których mogą się wytworzyć zgrubienia i zrosty opłucne. Jednak suche zapalenie opłucnej rozpoznaje się, zdaniem S., zbyt często bezpodstawnie, polegając przeważnie na objawach podmiotowych. Również przecenia się zwykle znaczenie zrostów opłucnych. S. zwraca uwagę na to, jak często przy sekcyach spotyka się rozległe zrosty opłucne, które nie dawały objawów podmiotowych, ponieważ nie były pochodzenia urazowego i tem samem nie było podstawy do domagania się renty. Przy ocenianiu następstw wypadku należy zwracać uwagę nietyle na stwierdzić się dające zmiany anatomiczne, ile na wywołane przez nie zaburzenia w czynnościach danego narządu. Te zaburzenia w przypadkach zrostów opłucnych, które nie wywołują zniekształceń klatki piersiowej, są bardzo nieznaczne. Wyłączyć takie zaburzenie czynności można, jeśli rozszerzanie się klatki piersiowej jest dostateczne, a badany może bez przeszkód kilka minut głęboko oddychać. Badanie w tym kierunku powinno się odbywać zapomocą osłuchiwania, a nie oglądania, przy oglądaniu bowiem badany zbyt prędko zaczyna się skarżyć na różne dolegliwości. Jeśli do przedarcia opłucnej dołącza się zakażenie, wówczas rozwija się wysięk opłucny tem łatwiej, jeśli równocześnie uszkodzony jest także miąższ płucny, a płuco poprzednio dotknięte już było zmianami chorobowemi.

Nacieki krwawe miąższu płucnego, będące następstwem przedarcia miąższu, przedarcia lub zakrzepu naczyń płucnych, mogą albo bez śladu ustąpić, albo też uledz wtórorzędnemu zakażeniu. Zależnie od rodzaju wnikających drobnoustrojów, może się rozwinąć zmiana zapalna, zgorzelinowa, lub też gruźlica. Opierając się na dotychczasowych obliczeniach odsetkowych, uważa autor zmiany zapalne w płucach jako następstwo urazu za rzadkie zejście pierwotnego uszkodzenia.

Zdaniem S. należy rozróżniać trzy postacie urazowego zapalenia płuc; przedewszystkiem typowe włóknikowe zapalenie, które jednak, wywołane przez uraz, nie daje znamiennych objawów. Postać druga, cechująca się rozległym naciekiem, obfitą krwawą plwociną lub też jej brakiem, przebiega atypowo ze względu na krótkie i nieznaczne wzniesienia ciepłoty, oraz małe zaburzenia w ogólnym stanie. Postać trzecia przebiega pod obrazem zapalenia nieżytowego. Tak więc zdaniem autora nie można ani z jakości zapalenia i jego przebiegu, ani z jego siedziby wy-

snuwać wniosków co do wywołującej je przyczyny. Związek przyczynowy między urazem, a sprawą zapalną płuc można raczej przyjąć przez pewne stwierdzenie doznanego urazu i przez stwierdzenie związku czasowego. Związek czasowy ściśle ograniczyć się nie da, dopóki bowiem naciek krwawy miąższu nie zostanie wessany, istnieje zawsze niebezpieczeństwo zakażenia. Zapalenia płuc zakrztuśne i przerzutowe mogą w pewnych okolicznościach pozostawać w bezpośrednim lub pośrednim związku z doznanym wypadkiem.

Urazowa zgorzel płuc może być następstwem bezpośredniego zakażenia pierwotnego uszkodzenia miąższu, zejściem zapalenia płuc, lub następstwem urazowego zakrzepu naczyń.

Gruźlica płuc może być bezpośredniem następstwem urazu, jeśli miejsce pierwotnego obrażenia zostanie czy to drogą narządu oddechowego, czy też drogą krwi zakażone prątkami gruźliczymi. Stanowczego jednak dowodu, by w ten sposób gruźlica płuc powstawać mogła, dotychczas zdaniem S. nie dostarczono. Druga możliwość zakażenia gruźliczego istnieje wówczas, jeśli w miejscu uszkodzenia miąższu rozwija się sprawa zapalna, która skutkiem następowego zakażenia przechodzi w sprawę gruźliczą. Dowodem urazowego pochodzenia gruźlicy jest w tych przypadkach niezwykła jej siedziba. Uraz, trafiający płuco, gruźlicą już dotknięte, może wywołać pogorszenie cierpienia i to przez krwioplucie, przez rozszerzenie się sprawy gruźliczej skutkiem odczynu zapalnego dookoła nacieku krwawego, skutkiem opróżnienia się gruźliczych ognisk w następstwie urazowego wstrząśnienia. Z ogólnych przyczyn, które w następstwie przypadku mogą wywołać pogorszenie sprawy gruźliczej, wymienia autor: leżenie w łóżku, niedostateczne odżywianie się, przebywanie w zamkniętej przestrzeni (sale chorych), zmniejszenie wydatności oddechów, wpływy psychiczne itd. Znaczenia jednak tych wymienionych ogólnych czynników nie należy przeceniać. Podobnie, jak zapalenie płuc, tak i gruźlica pochodzenia urazowego postacią swą i przebiegiem nie wskazuje na przyczynę swego powstania. Dla przyjęcia związku przyczynowego stwierdzić należy, iż klatka piersiowa doznała urazu, lub całe ciało silnego wstrząśnienia, które mogły wywołać uszkodzenia naczynia lub miąższu płucnego. Ważną dla ocenienia pogorszenia się choroby jest dokładna znajomość stanu zdrowia badanego przed wypadkiem, przyczem S. zwraca uwagę, iż pogorszenie to nie musi być stałem, i że osoba, u której w następstwie urazu rozwinęła się gruźlica, nie musi stale pobierać renty.

W końcu zwraca S. uwagę na urazową rozedmę płuc, która powstaje wówczas, jeśli uraz wywołał następstwa, które w warunkach zwykłych wywołują rozedmę, a więc uporczywy kaszel, zmniejszoną ruchomość klatki piersiowej i t. d., wreszcie na choroby śródpiersia, które jednak rzadko są następstwem urazu. *Horoszkiewicz.*

Grassmann. **Orzeczenie w sprawie urazowego krwotoku rdzeniowego.** (*Aerztl. Sachverst.-Ztg.* Nr 1, 1907). 59-letni rolnik, pracując w polu w upalny dzień, doznał nagłego porażenia ciała, wśród wymiotów, senności, apatyi, przyspieszonego, małego tętna i upośledzenia mowy. Pierwszy lekarz w orzeczeniu nazwał to udarem słonecznym. Badanie, które G. wykonał na polecenie sądu rozjemczego niespełna po roku, stwierdziło ogólne wychudzenie, zupełny prawie bezwład mięśniowy, z wyjątkiem nieznacznych ruchów palcami kończyn dolnych i górnych i prawem przedramieniem. Mięśnie kończyn zanikłe, brak drgania włókienkowego, mowa i przytomność nieupośledzone, język zbacza na lewo. Ruchy bierne oporne z powodu sztywności mięśni. Czucie bolu upośledzone na lewem ramieniu. Odruch podeszwowy po stronie lewej wzmożony, prawego brak, brzusznych brak. Odruch ścięgna Achillesa prawy wzmożony, lewego brak; kolanowy prawy istnieje, lewy wzmożony. Źrenice oddziaływają, nerwy mózgowe wolne, tętnice obwodowe twarde. G. rozpoznał krwotok w górnej części rdzenia szyjnego, niszczący drogi ruchowe i częściowo czuciowe, objawy mózgowe zaś tłómaczy działaniem ubocznem. W orzeczeniu ocenia ten przypadek jako roboczy, ponieważ praca w dzień upalny i parny (dane z poblizkiej stacyi meteorologicznej w Monachium) stała się czynnikiem wyzwalającym u osobnika skłonnego do pękania naczyń, zmienionych miażdżycowo. Na tej podstawie przyznał sąd rozjemczy poszkodowanemu pełną rentę. *Bujak.*

A. Schmidt. **Niebezpieczeństwo zakażenia się przy sekcyi.** (*Zeitschr. f. Medizinalbeamte* 1907, Nr 1). Niebezpieczeństwo to polega wyłącznie na wtargnięciu bakteryi, przyczem trujące wytwory rozpadu białek nie odgrywają żadnej roli. Celem uniknięcia zakażenia radzi S. używać rękawiczek kauczukowych, a przynajmniej nożów o zaokrąglonych końcach (zalecanych także przez Simmondsa). Wszelkie ranki należy przed sekcyą zakleić przylepcem, a po dokonanej czynności wymyć benzyną, mydłem i środkiem przeciwgnilnym i założyć przyrząd ssący Biera. Zabiegi położnicze można zdaniem S. wykonywać także i po sekcyi, o ile odkazi się ręce mydłem, wyskokiem i sublimatem, lub lepiej 1 prc. formaldehydem (? *Spr.*). *Bujak.*

Martini. **Przypadek krwiaka nadoponowego w spalonych zwłokach.** (*Vierteljahrschr. f. ger. Med.* T. XXXII). U 60-letniej kobiety, niedołężnej umysłowo, która, podpaliwszy dom, powiesiła się, znaleziono przy sekcyi rozległy krwiak nadoponowy. W danym przypadku była to, jak autor zaznacza, niewątpliwie zmiana pośmiertna. Należy jednak pamiętać, że zmiana taka, powstając za życia powoli, do czasu nie upośledza przytomności, powtóre, że pętla, założona nietypowo, może wyjątkowo wywołać wylew krwi do wnętrza czaszki, jeśli ściany naczyń są chorobowo zmienione. *Bujak.*

Sacher Masoch i Masochizm.

Szkic literacko-psychiatryczny według collegium publicum.

Skreślił

Prof. Dr L. Wachholz.

(Dokończenie.)

Zakończenie.

Już po ukończeniu wykładu powyższego, którego znaczna część już była ogłoszona drukiem, pojawiło się krótkie doniesienie Raffalovicha[45]), stanowiące ważny przyczynek do sprawy masochizmu. W doniesieniu tem streszcza Raffalovich w najogólniejszym zarysie pamiętnik pierwszej żony Sacher-Masocha, poczem zawiadamia, że wielokrotnie już wspominany biograf naszego autora, Schlichtegroll, ma niebawem wydać odpowiedź na rzeczone pamiętniki, osnutą na dzienniku Sacher-Masocha, listach i innych dokumentach po nim pozostałych. Nie mogąc się ograniczyć na powtórzeniu krótkich uwag Raffalovicha co do nowej publikacyi Schlichtegrolla, zaznajomiłem się z nią dokładnie, aby nie pominąć w mej monografii żadnego, zwłaszcza ważnego szczegółu, któryby zdolny był rozjaśnić genezę masochizmu u jego mianodawcy.

Publikacyę najnowszą, opatrzoną wiele mówiącym nagłówkiem »Wanda bez futra i maski« zaczyna Schlichtegroll[46]) od oceny wartości pamiętników wogóle. Twierdzi on, i słusznie, że autor każdego pamiętnika, nawet mimo wysiłku, musi być zawsze przeważnie podmiotowym i dlatego też mogą wszelkie pamiętniki przedstawiać istotne zdarzenia tylko w częściowem, zgodnem z prawdą oświetleniu zwłaszcza, jeźli pamiętniki były pisane już po upływie dłuższego czasu od chwili zdarzeń, stanowiących ich osnowę. Temu twierdzeniu Schlichtegrolla nie można odmówić znaczenia, choćby z uwagi na obecne zdobycze »psychologii świadczenia« i na stwierdzone nauką niedoskonałości ludzkiej pamięci. Wobec faktu, że pamiętnik pierwszej żony Sacher-Masocha był dopiero »ex post« pisany, muszą zarzuty podniesione przez Schlichtegrolla co do pamiętników wogóle, dotyczyć także i tego pamiętnika. Schlichtegroll ufa więcej przytaczanemu gęsto przez siebie dziennikowi Sacher-Masocha. Niewątpliwie dziennik ten może posiadać większe znaczenie od pamiętników pani »Wandy« Sacher-Masochowej, albowiem był on pisany niemal z dnia na dzień i w formie dyalogu, rozgrywającego się między małżonkami.

Zestawiwszy atoli obecne rewelacye Schlichtegrolla ze »spowiedzią życia« pani Sacher-Masochowej, musi się dojść do przekonania, że jedne i drugie, z przeciwnych obozów wynikłe pamiętniki przedstawiają jądro rzeczy najzupełniej zgodnie i zbieżnie, tem samem dowodzą, że treść ich zasadnicza odpowiada prawdzie. Słusznie też powiada Raffalovich, że w publikacyi najnowszej Schlichtegrolla »mąż (t. j. Sacher-Masoch) nie przedstawia się lepiej od żony«. Różnica między tymi pamiętnikami tkwi tylko w samem podmiotowo różnem oświetleniu faktów zresztą zgodnie opisanych,

[45]) Deux Masochistes. Arch. d'anthrop. crim. 1907, s. 119.

[46]) Wanda ohne Pelz und Maske von C. F. v. Schlichtegroll. Eine Antwort auf »Wanda« v. Sacher-Masochs «Meine Lebensbeichte« nebst Veröffentlichungen aus Sacher-Masochs Tagebuch. Leipzig 1906, stron 251.

Nie mogę wchodzić w szczegóły publikacyi Schlichtegrolla, gdyż musiałbym chyba ją przełożyć na język polski z niewielkim pożytkiem dla piśmiennictwa, tembardziej, że, jak słusznie zaznacza Raffalovich, stanowi ona tylko ciężkie oskarżenie pani Sacher-Masochowej, a jest pozbawiona zupełnie wszelkiego uroku literackiego. Wystarczy mi tu tylko nadmienić, że Sacher-Masoch, urodzony masochista, w pogoni swej za w istocie wampiryczną kobietą, któraby zdolną była odtworzyć z nim w rzeczywistości potworne dzieje Wandy, Wenery we futrze i Seweryna, znalazł swój wymarzony ideał w swej pierwszej żonie, Aurorze Angelice Rümelin, używającej tak chętnie różnych pseudonimów, n. p. imion Alicyi, Hero, Santalli, Wandy Dunajew lub Sacher-Masoch. Niewątpliwie bowiem tkwił w naturze autorki spowiedzi z życia pierwiastek Wenery we futrze, jak się wyraża Schlichtegroll, gdyż znęcanie się jej nad mężem nie wynikało wyłącznie tylko z biernego jej poddawania się woli męża (wedle jej pamiętnika), lecz także z własnego popędu; znajdowała bowiem niewątpliwie przyjemność w udręczaniu męża, którego nawet ostatecznie chciała, wedle listu jego, odsprzedać jego drugiej żonie za sumę 10.000 marek! Z własnych listów pani »Wandy« Sacher-Masochowej do męża wynika niedwuznacznie, że, — użyjmy tu słów Schlichtegrolla — »życie jej wykazuje aż nadto wiele ciemnych plam«, że podsycała masochiczny popęd męża, była zatem prowokującą, nie zaś powolną tylko jego żądaniu, za jaką w swej spowiedzi chce się przedstawić. Czytając te ponure tajemnice małżeńskie, nie można się wręcz oprzeć przekonaniu, któremu Raffalovich daje jędrny wyraz, że Sacher-Masoch i pierwsza jego żona nienawidzili się wzajemnie, jak się umieją nienawidzieć »mąż słaby i żona samolubna, popędliwa i komedyancka«. To też rwał się między nimi stosunek ustawicznie, podtrzymywany tylko jej finezyą wampiryczną i futrzanymi kostyumami. Wreszcie gdy z biegiem czasu żadnemu rozmaitości u każdego człowieka popędowi płciowemu Sacher-Masocha spowszedniał urok »artis amandi« żony, przekonał się Sacher-Masoch, niestety zapóźno, że, jak się wyraża Raffalovich, »kochał tylko futro na swej żonie, a nie żonę«.

Pomijając tę stronę sprawy, mieści się w ostatniej publikacyi Schlichtegrolla kilka szczegółów, które prostując dawne jego entuzyastyczne odnoszenie się do osoby i talentu Sacher-Masocha, potwierdzają najzupełniej sąd o tym autorze, przezemnie bez pomocy osobistych jego aktów wydany.

W zakończeniu swej ostatniej publikacyi powiada Schlichtegroll: »Bieg życia Sacher-Masocha nie jest wolny od błędów i omyłek.... Był to wielki poeta, zarazem jednak człowiek pełen słabostek, który nadto był chorobowo obciążony«. W początku zaś swej publikacyi zaznacza on, że Sacher-Masoch nie chciał się nigdy pogodzić ze zdaniem, jakoby był algolagnistą, człowiekiem o przewrotnem poczuciu płciowem, nie mógł też przebaczyć Krafft-Ebingowi, że użył nazwiska jego na określenie psychopatycznego zboczenia popędu płciowego. Stale i zawsze znajdował uzasadnienie swego poczucia we wpływach atawistycznych i etnograficznych, t. j. w swem wrzekomo słowiańskiem pochodzeniu. Wbrew dawnym twierdzeniom przyznaje obecnie Schlichtegroll, że »w rzeczywistości płynęło w jego żyłach nienazbyt wiele krwi słowiańskiej«, mimoto nie może się jeszcze w zupełności wyswobodzić z suggestyi o słowiańskiem pochodzeniu Sacher-Masocha, skoro przytaczając ustęp z jego życiorysu, podanego w Nrze 254 »Gazety zagrzebskiej« z roku 1872 przez E. von Saxa, prostuje twierdzenie nazywające Masochów szlachecką rodziną północno-węgierską, na »małoruską«. Że sprostowanie to błędne, wynika z poprzednich moich uwag.

W dalszym ciągu oświadcza Schlichtegroll, że »Sacher-Masoch był najczystszym typem algolagnisty, a co najwyżej możnaby się tylko o to spierać, czy w wyższym stopniu był fetyszystą lub masochistą. Sąd, wypowiedziany przez Eulenburga o markizie de Sade, stosuje się w pewnym względzie do niego; był on osobistością, dotkniętą ciężkiem zwyrodnieniem, z przewrotnemi skłonnościami i popędami w kierunku seksualno-patologicznym, być może okresowo się nasilającymi, które go uczyniły zjawiskiem wybitnie antisocyalnem«. Nieco dalej wyraża się znowu: »W tym wysoko uzdolnionym człowieku i charakterze tkwiły obok siebie dziwne przeciwieństwa; był równie ascetycznym, jak wyuzdanym, równie trzeźwym, jak fantastycznym, równie odważnym, jak zabobonnym, bystrym umysłowo i naiwnym«. W ciągu pracy swej zwie go stale »psychopatą« lub »chorym«.

Szczegóły powyższe, z ostatniej publikacyi Schlichtegrolla przytoczone, potwierdzają zatem w zupełności sąd mój o Sacher-Masochu i jego masochizmie. Nie krwi słowiańskiej, która w żyłach jego nie płynęła wcale, lecz psychopatycznemu obciążeniu zawdzięczał on swą płciową przewrotność, której dosadny wyraz dał w swych utworach. Że się zaś do swej psychopatyi nie przyznawał, nie dziw, bo który z psychopatów, który z obłąkanych, ma świadomość swego stanu? Pogoń jego za niedościgłym ideałem kobiety, któraby za dnia była uosobieniem jego Marcelli, a w nocy jego Wenery we futrze, któraby łączyła potworne okrucieństwo z gołębią łagodnością i słodyczą, — była obłędną, jak obłędną jego »vita sexualis« wogóle.

Dodatkowe uwagi moje zakończę najlepiej słowami Raffalovicha: »Gdybyż to się mogli masochiści nauczyć u wstępu swych praktyk z historyi Leopolda i Wandy nie ulegać popędowi masochicznemu i nie obudzać w sobie przewrotności zwierzęcia ludzkiego!« Cóż, kiedy odpowiedzą: »ponad siły«.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d. 27. lutego 1907.

Przewodniczy prezes kol. prof. Rosner. Obecnych członków 37.

1) Do protokołu zabiera głos kol. Borzęcki, zastrzegając sobie głos co do dyskusyi nad odczytem kol. Kozłowskiego na następne posiedzenie. Protokół przyjęto.

2) Kol. Rutkowskiego wybrano członkiem komisyi redakcyjnej »Przeglądu lek.«

3) Kol. Sikorską przyjęto na członka Towarzystwa.

4) Prof. Kader przedstawił 36-letniego mężczyznę L. O., u którego 1/III. 1904 wykonał **wycięcie całej krtani** i górnej części tchawicy **z powodu raka;** jednocześnie usunięto częściowo już zajęte gruczoły chłonne wzdłuż przebiegu dużych naczyń szyi i pod żuchwą. Jak dotychczas nigdzie niema nawrotu. K. wyciął krtań z powodu raka w 6 przypadkach. W trzech wynik był pomyślny. Najcięższy z nich był u L. G., mężczyzny 53-letniego, operowanego 16./VI. 1902. Poprzednio operowano go 3-krotnie z tego samego powodu przez laryngofisurę w Krakowie i w Warszawie. Zgłosił się do K. z nawrotem miejscowym i skórnym w bliźnie i z przerzutami w gruczołach podżuchwowych. W jesieni 1906 bez nawrotu. *c*) A. F. l. 41 męż. operowany 20./I. 1906, w grudniu 1906 operacya nawrotu w gruczołach[1]). Trzech zaś chorych zmarło, a mianowicie: *d*) O. W. l. 50. męż., zachłysnął się podczas wymiotów w kilkanaście godzin po operacyi. *e*) I. T. l. 52 kob., rak krtani i przełyku, zapad na trzeci dzień po operacyi, *f*) A. S. l. 65., męż., zapalenie płuc; zmarł na 10 dzień. 3 ostatnie przypadki operowano z zupełnem powodzeniem w znieczuleniu lędźwiowem. Odżywiano chorych po operacyi przez sączek gumowy, wprowadzony przez nos do przełyku i żołądka. K. nie stosuje żadnych krtani sztucznych. Chorzy uczą się mówić zasobem powietrza, znajdującym się w gardle i jamie ustnej. Mowę przedstawionego chorego L. O., słyszy i rozumie całe audytoryum.

Prof. Kader przedstawił dalej *g*) **cystoskopy** Nietzego przez siebie zmodyfikowane oraz *h*) **okazy wyciętych nerek gruźliczych.** Operował w Krakowie 5 przypadków. Wszystkie opuściły klinikę uleczone; jedna chora, A. W. l. 36, zmarła później na gruźlicę prosówkową. 2 przypadki były przysłane przez prof. Rosnera, trzeci przez dra Surzyckiego z rozpoznaniem gruźlicy nerek. W 2 innych rozpoznawano po za kliniką nieżyt pęcherza i odpowiednio przez czas dłuższy leczono. K. zwraca uwagę na to, że gruźlica nerki występuje zwykle jednostronnie. Pierwsze objawy kliniczne występują zwykle ze strony pęcherza: wzmożone parcie na mocz, bole przy oddawaniu ostatnich kropli moczu; ropa, czasem krew w moczu. Stosunkowo prędko występują zmiany dokoła ujścia moczowodu chorej nerki: obrzęki i owrzodzenia. Druga nerka pozostaje stosunkowo bardzo długo zdrową, nawet w przypadkach zajęcia całego pęcherza. W większości przypadków cystoskopia ma znaczenie rozstrzygające co do rozpoznania i wskazań operacyjnych. W tych przypadkach, w których cystoskopia jest niewykonalną, należy w celu zbadania odsłonić operacyjnie obie nerki. Zastosował to K. z powodzeniem w jednym przypadku. K. operuje pozaotrzewnie i usuwa wraz z chorą nerką cały moczowód. Całą ranę zaszywa, pozostawiając tylko sączki, które po paru dniach usuwa. Zmiany w pęcherzu ustępują po usunięciu nerki samoistnie, ewent. pod wpływem przepłukiwań przeciwgnilnych, między innymi 5% roz-

[1]) Drugi nawrót operowano 12. III. 1907 już po posiedzeniu.

czynem karbolu podług Korsonga. Jedna z chorych, A. S. l. 26, operowana 26. III. 1902, miała owrzodzenia w pęcherzu, które się zupełnie wygoiły, wyszła za mąż, ma 2 dzieci, jest zdrowa.

Prof. Kader przedstawił następnie *i*) nerki chorego A. S. l. 21, operowanego 27. I. 1907 z powodu **włókniakomięsaka nerki.** Chorego tego przez dłuższy czas leczono na kamicę i nieżyt pęcherza. Operacya stwierdziła nowotwór nerki lewej, którą też usunięto, oraz częściowe wodonercze i zapalenie ropne miedniczki nerki prawej, na której wykonano nefrotomią. Jednocześnie nacięto moczowód i wprowadzono przez to cięcie sączek do pęcherza moczowego, dla rozszerzenia zwężenia moczowodu tuż ponad ujściem pęcherzowem. Chory zniósł sam zabieg dobrze, zmarł jednak na 21 dzień po operacyi z wycieńczenia. Sekcya wykryła przerzuty w wątrobie.

Wszystkie te przypadki operowano w znieczuleniu lędźwiowem. K. uważa znieczulenie lędźwiowe za pomocą tropokokainy za daleko bezpieczniejsze od uśpienia chloroformem lub eterem. Nawet bardzo osłabieni chorzy, dobrze znoszą to znieczulenie nawet wtedy, jeżeli wskutek długiego trwania zabiegu, wstrzyknięcie wypadnie powtórzyć, jak to K. nieraz stosuje.

Wreszcie przedstawił prof. Kader *k*) chorego **z przerzutami wola w kościach czaszki.** Przypadek ten zawdzięcza prym. dr. Bogdanikowi. Wól pierwotny, niewielki, położenia środkowego, typu miąższowego, klinicznie nie złośliwy. Rozpoznanie potwierdziło badanie drobnowidowe wyciętego kawałeczka w zakładzie anatomii patologicznej. K. operował już przed kilku laty na klinice podobny przypadek, również rozpoznany jako przerzut wola. (*Streszczenia własne*).

5) Dr. Pawlica przedstawia chorego J. G. l. 29, *z paraparesis spastica* na tle wybroczyny w rdzeniu kręgowym. Porównawczo dokonano na jednej kończynie dolnej krwawego przedłużenia ścięgna Achillesa, na drugiej wstrzyknięcia 80% wyskoku z 2% tropakokainą (*8,0 alcol. abs. 2,0 sol. tropacoc. muriat 2%*) w ilości 2 ctm.^{3} do nerwu podkolanowego. Wynik po $2^1/_2$ miesiącach, podług słów chorego badanego w klinice chirurgicznej, lepszy na nodze z tendoplastyką, przy badaniu w klinice chorób nerwowych, (wstrzykiwania zaproponował asystent tej kliniki dr. Rydel, o czem chory wiedział) lepszy na nodze leczonej wstrzykiwaniem. Przedmiotowo polepszenie na obu kończynach dolnych, jakoby cokolwiek wybitniejsze na nodze z przedłużeniem ścięgna Achillesa. (*Streszcz. własne*).

6) Dr. Radliński przedstawił chorego J. K. l. 51., którego prof. Kader operował w klinice z powodu **raka gardła.** Z cięcia wzdłuż górnej połowy przedniego brzegu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego (*pharyngotomia suprathyreoidea*) i z cięcia dodatkowego od środka poprzedniego do kąta ust przez całą grubość policzka usunięto gruczoły chłonne, całą gałąź żuchwy i następnie po otwarciu gardła, wycięto część szczęki górnej, część podniebienia twardego, całe podniebienie miękkie, migdałek prawy, obustronne łuki podniebienne, część języka i część dna jamy ustnej w jednym kawałku. Szew przedniego ramienia cięcia, tamponada rany pozostałej. Przebieg pooperacyjny pomyślny. Z powikłań zapisano zapalenie ropne ucha środkowego po stronie operowanej i długą niemożliwość usunięcia rurki tracheotomijnej (założonej przez cięcie tchawicy podczas operacyi dla zapobieżenia zachłystywaniu się), z przyczyny utrudnionego po próbnem wyjęciu rurki wydechu. Jako powód ostatniego powikłania podano stwierdzone wziernikiem opadnięcie krtani. Dopiero w 6 tygodni po operacyi, po bliznowatem ściągnięciu się ran i uniesieniu się krtani, rurkę można było usunąć. Nawrotu raka niema dotychczas zupełnie. (*Streszczenie własne*).

W dyskusyi nad przypadkami przedstawionymi (pod 4 do 6) przemawiali kol. prym. Borzęcki, prof. Ciechanowski i Kader.

7) Prof. Ciechanowski mówił: **O brakach i potrzebach szpitalnictwa galicyjskiego** (rzecz obecnie drukowana w »Przegl. lek.«). Dyskusyę odłożono. Sekretarz: *Dr Owsiński.*

W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego.

III.

Braki i potrzeby.

Zestawił **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

W szpitalu podhajeckim wypada na chorego po 8 m. sześć. przy normalnem obłożeniu, tymczasem leży tam przeciętnie dziennie 118 chorych na 85 łóżkach etatowych... Oddział zakaźny w gmachu szpitalnym głównym, »urządzony bardzo ubogo, bez łazienki, służy też za sypialnię dla praczek«. W tym szpitalu zresztą, jak i w kilku innych, w kuchni sypiają służące. »Łazienki nadzwyczaj liche, sala operacyjna bez dopływu i odpływu wody« i t. p.[1])

W Przemyślanach »wilgoć w budynku, zbutwiała podłoga w korytarzu i piece zrujnowane«[2]). Szpital ten zbudowany w r. 1899, a »już należy do zakładów starego typu i domaga się uzupełnień i naprawek«. Na chorego przypada tam zaledwie po 9 m. sześć. przestrzeni. Toteż w pawilonie zakaźnym trafiła inspekcya w roku 1905 na 23 osób, z których jedna tylko z chorobą infekcyjną (płonicą)[3]).

Szpital w Sanoku od innych szpitali »odbija smutno i miejscem źle wybranem i lichą wodą i ze wszech miar niewygodnem urządzeniem«. Brak tu »wodociągów i łazienek, dobrych klozetów, spotyka się wilgoć i grzyba, widzi nędzę upadających ścian budynku zakaźnego i przymusową chęć łatania tego, co się nie da połatać. Gmach główny, który z całości jeden jeszcze jest coś wart, robi wrażenie lazaretu z dawniejszych czasów... Korytarze ciemne, wychodki cuchnące, jedna jedyna łazienka, a nad całością unosi się ta nieznana już gdzieindziej ckliwa woń specyficzna, której żadne wietrzenie nie zdoła usunąć, a której źródło w ciasnocie«. »Za trupiarnię służy jeden z pokojów domu zakaźnego, a raczej rudery, która urąga wszelkim wymaganiom i nadaje się do rozebrania;... w sionce sypiają stróże, których nie ma gdzie umieścić«[4]).

Rzeczywiście czas był na poprawę tych stosunków i z radością wita się tegoroczne wnioski Wydziału krajowego, by w Sanoku zbudowano pawilon izolacyjny, budynek gospodarski i trupiarnię (kosztem 36,329 kor.)[5]). (Wnioski te Sejm już uchwalił. *Przyp. w korekcie*).

Całość skałackiego, przed rokiem otwartego szpitala, »nie robi wcale wrażenia nowego ani estetycznego«. W nim »oddział zakaźny, przesadnie i niepotrzebnie duży, świeci pustkami, ponieważ w dodatku wcale jeszcze nie jest urządzony«[6]).

W szpitalu Stanisławowskim znalazła przedostatnia inspekcya niewiele do wytknięcia. Bodaj najważniejszym z wytkniętych braków było, że łazienki nie są dobrze urządzone i pozostawiają wiele do życzenia[7]). Tem to dziwniejsze, że ten »największy i najruchliwszy z naszych szpitali powszechnych«, ma, jak się teraz okazuje, »umieszczenie bardzo złe i pełne rażących braków«. Obecnemu inspektorowi szpitali należy się głębokie uznanie, że wskazuje na te braki, które są tem przykrzejsze, iż chodzi o pierwszorzędne miasto prowincyonalne i o jeden z najdzielniej prowadzonych szpitali. I tu znowu są to smutne skutki nibyoszczędnej łataniny. »Ulepszenia lat ostatnich wpłynęły nieco na poprawę najgwałtowniejszych potrzeb, ale zastosowane na małą skalę nie zmieniły opłakanych stosunków w tej mierze, by nastąpiła jakabądź ogólna zmiana na korzyść. Wszelkie zaś nowe budowle w podwórzu, ulokowane nietrafnie, zbyt ciasne lub nadzwyczaj liche, powiększyły tylko chaotyczny układ całości«, stwarzając »obraz zaniedbanego folwarku« z podwórzem, które jest »zawalone lepiankami z obdartemi szopami, a opodal chlewy, stajnie, kurniki, gnojówki«. »Wodociągi założone wadliwie, wychodki bez wody lub daleko w podwórzu (z przechadzką), łazienki nie nadają się do kąpieli, brak dobrych ubikacyi operacyjnych, kanały otwarte i ziejące złą woń; chorzy zakaźni pod jednym dachem z resztą chorych«. »Patrząc na to wszystko i wiedząc, że to szpital, który leczy rocznie prawie półczwarta tysiąca osób i spełnia ważne zadania dla okolicy fabrycznej i przemysłowej, wierzyć się nie chce własnym oczom«. Na chorego »dziś już wypada zaledwie 3·3 m². podłogi, a 13·5 m³. powietrza, że zaś stan w niektóre dni dochodzi do 220 osób (na 120 etatowych łóżkach!), łatwo pojąć, jakie warunki higieniczne wytwarzać się muszą w szpitalu zbudowanym koszarowo, nie mającym wentylacyi, ani należytych urządzeń wodociągowych«. W oddziale zakaźnym »o dobrem odosobnieniu nawet mowy być nie może«[8]).

(C. d. n.)

[1]) Tamże str. 51.
[2]) Dep. V. za 1904/5, str. 56.
[3]) Insp. w r. 1906, str. 54, 55.
[4]) Tamże, str. 60, 61.
[5]) Spraw. Wydz. kraj. LW. 122. 713/07.
[6]) Insp. w r. 1906, str. 61, 62.
[7]) Dep. V, za 1904/5, str. 58, 67.
[8]) Insp. w r. 1906, str. 66, 67.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska *ogłasza:*

Do P. T. lekarzy, przynależnych do Izby lek. zach.-gal.:

W wykonaniu uchwał VII., X. i XI. Wiecu Izb lekarskich austryackich, ogłasza Wydział Izby lek. zach.-gal. za obowiązujące w swym okręgu od dnia ogłoszenia następujące postanowienia:

I. Badania w celu ubezpieczenia na życie mają się odbywać w domu lekarza, a honoraryum za orzeczenia lekarskie — o ile nie wymaga się od lekarza żadnych osobliwych czynności — ma wynosić najmniej 10 koron, bez względu na wysokość sumy ubezpieczenia, a przy ubezpieczeniach t. zw. ludowych najmniej 5 koron.

II. Gdyby do wydania orzeczenia potrzeba było jednych lub więcej odwiedzin lekarskich w domu strony, to należy się za to od Towarzystwa osobne wynagrodzenie prócz zwrotu za pojazd.

III. Jeżeli pomimo zażądanych i odbytych w celu badania odwiedzin lekarskich badanie to celem ubezpieczenia do skutku z jakichbądź powodów nie przychodzi, należy się lekarzowi od Towarzystwa ubezpieczeń przyjęte honoraryum za odwiedziny lekarskie (ewentualnie koszta podróży).

IV. Przyjmowanie honoraryów niższych lub usiłowanie obejścia w jakikolwiekbądź sposób (np. przez ugody ryczałtowe) powyższych postanowień, uważane będzie jako ubliżenie godności stanu lekarskiego i jako takie podlegać dochodzeniu Rady honorowej.

W Krakowie, dnia 21. marca 1907.

Za sekretarza Izby: *Dr Flis.* Wiceprezydent Izby: *Dr Schoengut.*

L. 93. Wskutek użalenia się pewnego lekarza, iż są lekarze, którzy czynności lekarskie dla Towarzystw ubezpieczeń poza miejscem swej siedziby dokonują za wynagrodzeniem miejscowem, Wydział Izby lekarskiej widzi się zmuszonym ogłosić, iż odbywanie czynności lekarskich poza miejscem zamieszkania lekarza za wynagrodzeniem tem samem, które się lekarzowi w miejscu jego zamieszkania należy, bez doliczenia kosztów podróży, jest konkurencyą in minus i jako taka niedozwolonem.

Co do obliczania kosztów podróży obowiązuje w obrębie Izby lek. zach.-gal. taryfa, uchwalona na posiedzeniu pełnej Izby w dniu 14. VII. 1906.

W Krakowie, dnia 22. marca 1907.

Za sekretarza Izby: *Dr Flis.* Wiceprezydent Izby: *Dr Schoengut.*

Państwowy Związek organizacyi lek. austr. odbył 22. i 23. III. b. r. II posiedzenie według programu, podanego w Nr 11 »Przeglądu lek.« str. 142. Według uchwalonego regulaminu ma na 300 członków organizacyi przypadać 1 delegat do związku państwowego, jedna organizacya może jednak mieć najwyżej 5 delegatów. Od każdego członka każdej organizacyi ma do kasy Związku państwowego wpływać 1 kor. rocznie. Z innych uchwał wymienić należy: postanowienie, aby stosunki lekarskie przedstawiać w prasie ściśle przedmiotowo, nie odradzając, ale i nie zachęcając młodzieży do wstępowania na wydział lekarski; aby przy nadchodzących wyborach do Rady państwa przedłożyć kandydatom wszystkich partyi żądania lekarzy (ustawa lekarska, państwowa ustawa sanitarna, udział lekarzy w reformie ubezpieczenia robotniczego); aby wystąpić przeciw opustom, przepisanym przez rozporządzenie minist. z 10. XII. 1906 w aptekach domowych, oraz przeciw zamierzonym przez rząd urządzeniom płatnych miejsc w szpitalach wiedeńskich (t. zw. »Zahlstöcke«). Załatwienie sprawy niedzielnego spoczynku lekarzy pozostawiono poszczególnym organizacyom. Osobnego organu Związku uchwalono nie zakładać. *R.*

Sprawę ścisłej organizacyi lekarzy omawiał dr Pick na II posiedzeniu państwowego Związku organ. lek. austr. (Ärztl. Stsztg. 7). Najwcześniej i najlepiej zorganizowali się lekarze dolnoaustryaccy i lekarze niemieccy w Czechach, wzorując się na t. zw. Związku lipskim. Głównym celem organizacyi jest uregulowanie podaży przy obsadzeniu posad stałych. Chodzi o to, by lekarze nie przyjmowali żadnej posady na warunkach uchybiających, za płacę, nieodpowiadającą nakładowi pracy, tem mniej, nie wystarczającą na utrzymanie. Cel ten osiągnąć można jedynie przez to, że członkowie organizacyi zobowiązują się nie zawierać umów z Kasami chorych i podobnemi instytucyami bez zgody organizacyi obwodowej, a w razie zatargu takich instytucyi z ich lekarzami nie przyjmować, ani nie starać się o posady w danej instytucyi. Zobowiązanie to przyjmują członkowie organizacyi pod słowem honoru i groźbą kary konwencyonalnej 2,000 kor. w razie złamania słowa. Organizacya zaś ze swej strony wspiera członków przez pośrednictwo w zawieraniu umów, poradę i obronę prawną, pomoc materyalną dla tych członków, którzy przez przestrzeganie interesów zawodowych ponieśli straty. Każdy członek opłaca wkładkę 24 kor. rocznie. We wszystkich niemal istniejących organizacyach opłaty te wpływają bardzo regularnie; gdzie się zaś wyjątkowo dzieje inaczej, tam lekarze widocznie nie dojrzeli jeszcze do organizacyi, nie zdołali zrozumieć jej doniosłości i korzyści. Oczywiście muszą z organizacyi być wyłączone wszelkie sprawy polityczne. W Czechach w ciągu jednego roku powstało 30 takich organizacyi powiatowych, ugrupowanych w 7 związków obwodowych, a te znów tworzą związek krajowy. Organizacya ta, obejmująca lekarzy Niemców, liczy 740 członków. Wyniki jej działania są już obecnie nad wszelkie spodziewanie pomyślne. (Por. »Przegl. lek.« Nr 13, str. 173, szp. 2).

Sprawę ubezpieczenia lekarzy porusza w ostatnim (7) numerze »Głosu lek.« kilka piór. Dr M. Salpeter radby utworzyć Towarzystwo wzajemnych ubezpieczeń, oparte o Towarzystwo lekarzy galicyjskich; przypuszcza, że pozostawiwszy Izbom lekarskim tylko oficyalną reprezentacyę stanu i sprawy honorowe, Samopomocy tylko walkę zawodową, możnaby znacznie ograniczyć wkładki, a przekreśliwszy w statucie Towarzystwa lek. gal. zadania naukowe, z tych wszystkich »oszczędności« uzyskać tyle, że z niewielkim dodatkiem każdy lekarz zdobyłby się na premię roczną 70 K, za którą miałby..... emeryturę 1,200 K, a wdowa po nim pensyę..... 1,000 K. Redakcya »Głosu lekarzy« stwierdza jednak na podstawie swoich informacyi, że »ubezpieczenie takie, jak proponuje autor, kosztowałoby co najmniej dziesięć razy tyle«. My zaś dodamy, że kto uważnie przypatrzył się budżetom naszych Izb lekarskich, ten niestety nie może podzielić przypuszczenia, iż (nawet przy największem ograniczeniu agend) wystarczy wkładka 1—2 K rocznie dla Izb; podobna opłata na cele walki zawodowej, proponowana przez autora, szczególnie wygląda wobec tego, że »Związek państwowy« uważa za konieczną opłatę co najmniej 24 K rocznie na te cele. »Wykluczenie wiedzy« zaś z zadań Towarzystwa lek. gal. byłoby niewątpliwie krokiem wstecz (nawet bez względu na piśmiennictwo). — Dr Wątorek wywodzi, że zapewnienie lekarzom ubezpieczenia jest najlepszym środkiem podniesienia etyki lekarskiej, (co zresztą pozostaje w luźnym związku z treścią jego projektu ubezpieczenia, wspomnianego w Nr 12 »Przeglądu« z r. b.). — Dr Pacyna krytykuje szczegółowo projekt dra Wątorka, uznając go za niewykonalny, a zachęcając do energiczniejszego wyzyskania dotychczasowych urządzeń. — Dr Ferensiewicz wyjaśnia, że łączenie sprawy emerytury lekarzy gminnych ze sprawą emerytury lekarzy okręgowych może obie te sprawy odwlec, gdy przeciwnie do raz już uzyskanego funduszu pensyjnego lekarzy okręgowych łatwiej będzie potem włączyć lekarzy gminnych, którzy powinniby teraz pomyśleć przedewszystkiem o stworzeniu organizacyi. *R.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	po 1 h
Od r. 1904 do końca r. 1906	314,765	112,950
W r. 1907 od 1. I. do 15. marca . . .	9,986	10,300
Od 15. do 31 marca 1907	1,835	2,000
razem	326,586	125,250

Dr Żydłowicz, administrator.

Kwiatki etyczne. Sąd wiedeński skazał niejakiego dra H. Bayera na 24 godzin aresztu i 300 K grzywny za to, że na współkę z jakąś Rosenbergową reklamował i sprzedawał bezwartościowe, a nawet szkodliwe »cudowne środki kosmetyczne«. Inny znów lekarz wiedeński, dr A. Much, poróżniwszy się ze swym »przyjacielem«.... z kawiarni, zaskarżył go o honoraryum za udzielaną w pogadankach kawiarnianych »poradę« lekarską; sprawę przegrał i musiał zapłacić jej koszta. (Ärztl. Sztg. 7). *R.*

Sprzedaż zakazanych przetworów farmaceutycznych, jakoteż przetworów, które nie uzyskały jeszcze przepisanego zezwolenia, zdarzającą się w niektórych aptekach, nakazało austr. ministeryum spraw wewn (13. III. 1907, L. 7,613) śledzić i odpowiednio karać. Do przetworów zakazanych zaliczono: kapsułki »granatowe«, »santolowe« i »antebeten« wyrobu Schneidra i »Halapis tuberin«. (22. II. 1907. L. 5,049). *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 31. III. do 6. IV. 1907 doniesiono o 30 nowych przypadkach duru plamistego w 7 gminach, a mianowicie: w pow. Horodenka (Dąbki 3), Jaworów (Bruchnal 10), Kosów (Szeszory 9), Lisko (Wołkowyja

4, Bezwiechowa górna 1), Podhajce (Sokolniki 1), Stryj (Tarnawka 2) i 5 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 6 gminach, a mianowicie pow. Krosno (Chorkówka 1), Biała (Starawieś dolna 1), Jarosław (Tapin 1), Rawa (Uhnów 1), Żółkiew (Kulawa 1). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 31. III. do 6. IV. 1907 przypadków: błonicy miejsc. 3 (obcy 1), ospy (1), płonicy 4 (3), duru brzusznego 1 (4 † 3), innych chorób zakaźnych 1 (2). *S.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 31. III. do 6. IV. 1907 urodziło się dzieci żywo 66, nieżywo 5; zmarło osób 66 (w tem obcych 20), z tych z gruźlicy 21 (10), z zapalenia płuc 6. *S.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 31. III. do 6. IV. 1907 przypadków: błonicy 8 † 2 (w tem obcych 2 † 2), krztuśca 2 (1), płonicy 3, odry 7, duru brzusznego 4 † 1, nagminnego zapalenia opon 1. *L.*

Nagminne zapalenie opon stwierdzono w I. kwartale b. r. w całej Austryi w 180 przypadkach, z których na Wiedeń przypada 60, na Galicyę 45, Śląsk 44, Czechy i Morawy 24. Jednak tylko część tych przypadków stwierdzono bakteryologicznie.

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Stan prac organizacyjnych:

W sekcyi neurologiczno-psychiatrycznej obrano jako temata główne: 1) Wpływ gruczołów na patogenezę układu nerwowego. 2) Chirurgia nowotworów mózgu i rdzenia. 3) Nerwica urazowa z punktu widzenia lekarskiego i społecznego. 4) Stan opieki nad umysłowo chorymi w Polsce. — Zgłoszono wykłady: 1) Prof. Sieradzki: O zmniejszonej poczytalności. 2) K. Orzechowski: a) Przyczynek do etyologii i patogenezy pląsawicy zakaźnej. b) Przypadek nowotworu nerwowo-komórkowego pochodzenia zakaźnego. c) Zmiany posekcyjne jądra komórek nerwowych. d) O przebiegu dróg piramidalnych w szypułce mózgowej. 3) J. Zanietowski: a) O metodzie własnej rozładowań. b) O znaczeniu w nowoczesnej terapii jonów dla elektrologii i neurologii.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 10. IV. posiedzenie, na którem prof. Wachholz wykładał »O zaczadzeniu«. W dyskusyi przemawiali dr Zanietowski i doc. Seńkowski.

Lwów. Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej w dniu 6. IV. przyjęto do wiadomości sprawozdanie prezydenta z posiedzenia Wydziału wykonawczego z 17. III., wydano na życzenie władz opinię w sprawie zmian, potrzebnych w rozporządzeniu o aptekach domowych wobec wejścia w życie nowej ustawy aptekarskiej, zatwierdzono z małemi zmianami taryfy lekarskie, uchwalone przez lekarzy w Stanisławowie i Kołomyi, postanowiono wziąć w obronę dra W. wobec krzywdzącego go postępowania zarządu gminnego w K., załatwiono szereg drobniejszych spraw bieżących i rozpatrzono dwie sprawy honorowe.

— Staraniem »Koła medyków« odbędą się dwutygodniowe kursa samarytańskie, obejmujące: zarys anatomii (6 g.), zarys nauki o przyczynach chorób (6 g.), higienę mieszkania (2 g.), zasady żywienia chorych (2 g.), pielęgnowanie chorych (4 g.), pierwszą pomoc (8 g.). Wykładać będą: prof. Kadyi, Kučera, doc. Panek, Biernacki, Herman i dr W. Ziembicki. Podobnie, jak w zeszłorocznych kursach krakowskich, tak i w programie kursów lwowskich wydawałyby się pożądane szersze ramy, szczególnie w niektórych działach.

Z różnych stron. Na wszechnicach austryackich zapisanych było na medycynę w zimowem półroczu 1906/7 ogółem 3,715 słuchaczy (o 482 więcej, niż w roku poprzednim), z tego w Wiedniu 1,725, w Krakowie 501, w Pradze (wydz. czeski) 475, w Gracu 360, w Pradze (wydz. niem.) 273, we Lwowie 219, w Insbruku 162.

— Słuchacze medycyny w Wiedniu zawiązują ogólne stowarzyszenie medyków i zamierzają założyć związek wszystkich słuchaczy medycyny w Austryi.

— W uzdrowisku Alland otwarty zostanie w maju oddział dla dzieci, chorych na gruźlicę płuc, na razie na 30 miejsc, wyłącznie płatnych (za 3-miesięczne leczenie 320 K).

— Projekt ustawy, ograniczającej wiwisekcyę, zamierza przedstawić austryackiej radzie państwa grono kilkunastu..... lekarzy, którzy wprawdzie uznają, iż bez doświadczeń na zwierzętach nauka obyć się nie może, ale żądają np., aby na każde poszczególne doświadczenie (!), dokonywane nb. w zakładach naukowych tylko przez badaczy, zaopatrzonych w osobne osobiste zezwolenie (!), udzielała osobnego zezwolenia na piśmie wskutek osobnego podania na piśmie (!) jakaś osobna krajowa komisya, nadzorująca doświadczenia, a złożona w połowie ze znawców, w połowie zaś z delegatów towarzystw ochrony zwierząt (!); aby nie wolno było wcale robić doświadczeń w celach dydaktycznych wobec słuchaczy uniwersytetu (!) i t. p. Może kilka z żądań autorów projektu miałoby uzasadnienie, jak n. p. aby doświadczenia miały zawsze na celu wzbogacenie wiedzy, gdyby nie to, że żądania takie są wobec poważnych i sumiennych badaczy zbyteczne. Pod odezwą podpisane są same nazwiska nieznane. Umieszczono też na niej nazwiska czterech lekarzy galicyjskich.

Mianowani: Doc. Elschnig profesorem okulistyki w Gracu, zoolog prof. Cori profesorem biologii na niemieckim wydziale lekarskim w Pradze, prof. M. B. Schmidt profesorem patologii w Zurychu;

doc. dr Latkowski naczelnym lekarzem miejskiej Kasy chorych w Krakowie.

Zmarli: Dr Edward Grégr, uczeń i asystent wielkiego Purkyněgo, później docent fizyki lekarskiej, autor szeregu prac z zakresu fizyologii, w 80 r. ż.; od r. 1861 przerzuciwszy się wyłącznie na pole działalności politycznej, zajął jedno z najwybitniejszych miejsc wśród przywódców narodu czeskiego; ginekolog doc. Glockner w Lipsku w 37 r. ż.; b. prof. farmakologii Suszczyński w Petersburgu.

Redakcya otrzymała: Biernacki E.: 1) Ein Mikrosedimentator für klinische Blutuntersuchungen. Odb. »Wien. klin. Woch.« 1906. 2) Zur Ernährungsweise der wohlhabenden Klassen. Odb. »Zts. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw.« 1906. 3) (i Hołobut): Blutveränderungen bei thermischen Einflüssen. Odb. »Zts. f. exp. Path. u. Ther.« 1907. — Crandon i Scannell: General Peritonitis. Prolonged Irrigation of the Abdominal Cavity. »Boston med. and surg. Journ.« 1907. — Korybut-Daszkiewicz: 1) Warszawski dom wychowawczy ks. Baudouina w świetle historyi. 2) Kilka słów o najwcześniejszych objawach przymiotu dziedzicznego u dzieci. 3) Kilka słów o nagminnem zapaleniu gruczołu przyusznego u dzieci. 4) Przyczynek do sprawy stosowania surowicy przeciwpaciorkowcowej wielowaźnej. 5) Przypadek zatrucia chininą, symulujący płonicę. Odbitki z »Medycyny«. 6) Przypadek ospy naturalnej u dwudniowego dziecka. Odb. »Ginek.« 7) O żywieniu niemowląt surowem mlekiem koziem. 8) Kilka słów w sprawie ratowania od pozornej śmierci noworodków. 9) Przyczynek do sprawy opatrywania pępowiny. Odb. »Zdrowie«. 10) Do jakich praktycznych wniosków upoważniają nas najnowsze odkrycia na polu biologii mleka kobiecego i różnych zwierząt. Odb. »Czas. lek.«

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Glidin dra Klopfera jest to nowy przetwór białka roślinnego. Ocenie jego poświęca doc. pryw. dr P. Bergell (Mediz. Klinik 1905, Nr 41) obszerniejszą pracę, opartą na dłuższem doświadczeniu, jakiego nabył, podając wymieniony przetwór 50 chorym. Wyrób polega na wypłukaniu i centryfugowaniu najlepszej mąki pszenicznej zapomocą osobnych przyrządów. Rozbiór chemiczny wykazuje przeszło dwie trzecie części czystych krystalicznych kw. monaminowych. Wiadomo, iż przeszło 90 prc. takich przetworów ulega w ustroju wessaniu. B. przekonał się o szczególnych zaletach następującej mieszaniny: 1000 gr. glidiny, 300 gr. kakao, 200 gr. cukru gronowego. Dla uproszczenia poleca B. gotowy przetwór, t. zw. »Riquet-Eiweiss-Schokolade«, o wielkiej wartości odżywczej, wypróbowanej na szeregu przypadków. Przy 100 gr. dziennie doprowadza się choremu 500 kaloryi. Bez zmniejszania innych środków odżywczych można podawać dziennie 15—30 gr. glidiny i to przez 6 dni.

poczem następuje przerwa 14-dniowa. Kobiety zażywają przetwór ten w mleku, mężczyźni w winie słodkiem lub w piwie słodowem. Korzystnem okazało się również podawanie glidiny w ilości 15 gr. na dawkę w postaci wlewań odżywczych. *Grm.*

Antisklerozynę, jako środek leczniczy w stwardnieniu tętnic, polecił Senator w wykładzie swym o przyczynach i leczeniu tego cierpienia (Russ. med. Rundschau, styczeń, 1907). S. uważa środek ten za najprostszy i najwygodniejszy sposób leczenia stwardnienia tętnic metodą Rumpfa i Weila, t. j. zapomocą soli krwi, stanowiących w kołaczykach antisklerozyny główne składniki. Obok głównego składnika, t. j. natrium chlor. znajdują się natr. sulfur., natr. phosphor., natr. carbon., magnesia phosphor. i kalciumglycephosphat w stosunku, jaki znajdujemy we krwi. S. podaje od 2 do 6 kołaczyków dziennie. Przy powolnem zwiększaniu dawki i przerywaniu od czasu do czasu na 1—2 dni znoszą chorzy lek ten dobrze. *Ll.*

Calmyren (wyrób apteki »zur Austria« w Wiedniu) jest środkiem, stosowanym przeciw histeryi. Dr Ferd. Rosenthal, I. asyst. I. oddz. lek. poliklin. wiedeńsk. (kierownik prof. dra E. v. Stoffela) ogłosił swe doświadczenia z tym środkiem (Aerztliche Zentral-Zeitung, 9. lutego, 1907) w dłuższej pracy, opartej na obfitym materyale. W leczeniu histeryi odgrywa oprócz działania psychicznego, kąpieli, miesienia, elektroterapii, gimnastyki leczniczej i unormowania całego trybu życia także ważną rolę używanie leków celem usunięcia dolegliwości podmiotowych. Środki takie są nader liczne. Od bardzo dawna uważamy korzeń kozłka (waleryany) za środek przeciw histeryi, lecz systematycznemu jego stosowaniu staje na przeszkodzie przykry zapach, zły smak i łatwość rozkładania się. Chemii nowoczesnej udało się wyosobnić istoty działające; uzyskano olejek eteryczny, stanowiący mieszaninę valerenu i valerolu. »Calmyren« ma skład następujący:

Extr. valerian.
Chinin. ferrocitric. } aa 5,0 Pepsini germ. 10,0
Camphor. pulv. Extr. condurango 5,0.

W doświadczeniach na zwierzętach stwierdzono obniżenie odruchów, dlatego poleca się calmyren przeciw drgawkom. Chinina wywiera wpływ korzystny na układ nerwowy i narząd krążenia, zaś chinin. ferrocitr. działa przeciw niedokrwistości. Kamfora pobudza ośrodki oddychania i naczyniowe, tętno się podnosi, oddech staje się głębszy. Pepsyna działa znakomicie przy niedostatecznej czynności gruczołów żołądkowych. Condurango wreszcie jest znanym środkiem, pobudzającym apetyt. W myśl tych własności stosuje się calmyren jako środek przeciw drgawkom, uspokajający i skrzepiający, jakoteż pobudzający trawienie; jest on wskazany w przypadkach **histeryi, neurastenii, nerwic urazowych, nerwic serca** (Schlesinger), **migreny, niestrawności nerwowej, dusznicy nerwowej i zaburzeń nerwowych wogóle** (Wertheim). Szkodliwych i przykrych objawów ubocznych calmyren nie sprawia, smak ma niezły. Z szeregu przytoczonych przez autora spostrzeżeń wynika, że calmyren działa dobrze, a szybko we wszystkich odpowiednio dobranych przypadkach. Dotychczasowe doświadczenie autora obejmuje około 120 przypadków, na podstawie których poleca on ten środek jak najgoręcej. *Aa.*

Rok XLVI. Kraków, dnia 20. kwietnia 1907. Nr 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

O leczeniu wiewióra ostrego u mężczyzn.

Podał

Dr Eugeniusz Borzęcki

prymaryusz oddziału.

W dziale chorób wenerycznych panuje pod względem leczniczym wiewióra ostrego u mężczyzn taka różnica w wyborze środków, sposobów, tak odmienne zapatrywania co do wskazań, że dziwić się trzeba, iż do tej pory nie nastąpiło jakieś ujednostajnienie i wyrównanie tych rozbieżnych na tym punkcie zdań. Przed wykryciem dwoinek Neissera leczenie nazwać można empirycznem; dawano pierwszeństwo to tej, to owej metodzie, to temu, to owemu środkowi leczniczemu. Wykrycie czynnika etyologicznego musiało sprowadzić zwrot w leczeniu wiewióra. Wskazanie lecznicze było jasne: zniszczyć bakterye chorobotwórcze zapomocą miejscowego stosowania płynów przeciwgnilnych. Mimo to jednak zapatrywania różnych klinicystów nie wyrównały się, a w miarę różnic podzielić ich można na cztery obozy:

1) Pierwszy stanowią zwolennicy leczenia zachowawczego, objawowego, jako przygotowania do następowego, miejscowego: Ehrmann (1), Stark (2), Wyeth (3), Guiard (4), Lyonnais (5), Bloch (6).

2) Do drugiego należą ci z autorów, którzy wprawdzie zasadniczo nie odrzucają leczenia objawowego, ale, o ile to możebne, pomijają je i rozpoczynają jak najwcześniej leczenie miejscowe: Neisser i jego szkoła, Finger (7) z pewnem ograniczeniem, Caspary (8), Stark (9), Goldenberg (10), Chameller (11), Egret (12), Hutschinsohn (13), Ullmann (14), Schlen (15), Klotz (16). Zbyteczna dodawać, że i najzagorzalsi zwolennicy leczenia miejscowego uznają niejednokrotnie przeciwwskazania dla jego przeprowadzenia.

3) Do trzeciej, najmniej licznej grupy należą zwolennicy leczenia tylko zapomocą środków wewnętrznych: Roicki (17), Martin (18).

4) Wreszcie ostatni obóz składa się ze zwolenników leczenia poronnego: Malecot (19), Diday (20), Picard (21), Desnos i Aranda (22), którzy przy pomocy wstrzykiwań sublimatu 1:20000 na 23 przypadków otrzymali wyleczenie w 11 w ciągu 4—5 dni, w 7 w dniach 12, Lyon (23), Andry (24), Ullmann (25).

Zapatrywania przedstawicieli II. i IV. grupy są zasadniczo blizkie, o ile każdą metodę miejscowego leczenia wiewióra bez poprzedniego innego, można poniekąd, jako zmierzającą do wykolejenia niejako wiewióra z jego prawidłowego przebiegu, uważać za poronną. Różnica leży w czasie który przy leczeniu ściśle poronnem jest o wiele krótszy. Na pytanie, której z tych metod należy się pierwszeństwo, odpowiedź zdawałaby się prostą: metodzie leczenia przyczynowego, miejscowego. I niezawodnie, zagadnienie leczenia wiewióra byłoby dawno rozwiązane, o ileby ono zależało tylko od znajomości zarazka chorobotwórczego, jego zachowania się pod względem biologicznym, a z drugiej strony o ile chodziłoby o dobór odpowiednich środków leczniczych. Te braki dawno usunięto, a trudności w leczeniu leżą w budowie błony śluzowej cewki i w sposobie rozwoju i rozprzestrzeniania się w niej dwoinek wiewiórowych. Narząd gruczołowy błony śluzowej cewki przy zakażeniu wiewiórowem staje się siedliskiem dwoinek, trudno leczeniu przystępnem. Wprawdzie znajdują się dwoinki niezawodnie w pierwszych 2—3 dniach, licząc od chwili wtargnięcia ich do światła cewki, na powierzchni nabłonka a żaden odczyn ze strony błony śluzowej nie zdradza ich obecności; wykryć je może badanie mikroskopowe w mechanicznie usuniętej warstwie nabłonka. Do wyjątków też zaliczyć należy przypadki, w których chory w okresie wylęgania zgłosi się do lekarza; sprowadza go chyba obawa przed możebnem zakażeniem. Jeżeli jednak zdarzy się podobny przypadek, a badanie wykryje obecność dwoinek w mechanicznie wydobytych komórkach nabłonka, to wybór metody leczenia nie sprawia trudności: będzie nią czy metoda Janeta, czy Didaya, jako ściśle poronna, czy systematycznie robione wstrzykiwania odpowiedniego środka. W każdym razie błędem byłoby obrać inne, jak miejscowe energiczne leczenie. Do częstszych należą już te przypadki, w których chory po spółkowaniu z osobą podejrzaną zauważa skąpą śluzową wydzielinę z cewki. Zaniepokojony zasięga porady lekarskiej. Badanie mikroskopowe, które nigdy w podobnych przypadkach nie powinno być pominięte, wyjaśni wnet przyczynę tego nieżytu, jeżeli jest on wywołany przez zakażenie wiewiórowe. Wydzielina ta, w której obok śluzu, komórek nabłonkowych, nielicznych leukocytów, znajdziemy i dwoinki Neissera, dowodzi, że dwoinki dostały się już pomiędzy komórkami nabłonkowemi w tkankę łączną podnabłonkową, czego wyrazem jest odczyn ze strony błony śluzowej w postaci wydzieliny śluzowej. I ta grupa przypadków stanowi nie mniej wdzięczne pole dla energicznego leczenia miejscowego. Niepodjęcie tego leczenia zaraz równa się biernemu oczekiwaniu, aż dwoinki, drążąc

dalej, zajmą narząd gruczołowy błony śluzowej cewki. Ani stopień nasilenia stanu zapalnego, ani podmiotowe dolegliwości nie stanowią w tym okresie choroby prrzeszkody do takiego leczenia. Czy zaś w takim przypadku przeprowadzi się leczenie poronne metodą Janeta w ścisłem słowa znaczeniu, czy poleci się choremu systematyczne wstrzykiwania jednego z połączeń azotanu srebra, zależeć będzie od osobistego zapatrywania, a często od zewnętrznych okoliczności. Tutaj wypada mi zwrócić uwagę na odmienny odczyn ze strony błony śluzowej cewki, jaki spostrzegamy w przebiegu wstrzykiwań połączeń azotanu srebra z jednej strony, a rozczynów nadmanganezianu potasu, użytych jako przepłukiwania jednolitrowe według metody Janeta, z drugiej strony. Gdy wstrzykiwania połączeń z grupy azotanu srebra wywołują wydzielinę makroskopowo ropną z licznemi ciałkami białemi pod mikroskopem, to podczas stosowania jednolitrowych przepłukiwań rozczynem nadmanganezianu potasu występuje wydzielina surowicza, obfita, która pod mikroskopem przedstawia się jako płyn z bardzo nielicznemi ciałkami ropnemi. Jeżeli udało nam się przy stosowaniu tych przepłukiwań wywołać taki odczyn, to nigdy w tej surowiczej wydzielinie nie napotkamy dwoinek Neissera. O ile, — niestety zbyt często, — polecane rozczyny nadmanganezianu potasu do zwykłych wstrzykiwań są najniedołężniejszym środkiem w leczeniu wiewióra, o tyle mają one wybitną wartość leczniczą, zastosowane w myśl metody Janeta. To korzystne działanie zdaje się mieć przyczynę w wywołaniu wyż wspomnianego surowiczego zapalenia błony śluzowej. Tworzący się wysięk surowiczy przesiąkający całe utkanie błony śluzowej, zdaje się być czynnikiem, powstrzymującym rozwój i niszczącym dwoinki. To przypuszczenie nie będzie odosobnione, jeżżli przypomnimy sobie, że w leczeniu zastoiną według Biera również między innymi przesiąknięcie płynem surowiczym tkanek uważamy za ważny czynnik leczniczy. (C. d. n.)

O minimalnych wahaniach w trwaniu poszczególnych fal tętna w stanach prawidłowych i patologicznych.

Podał

Władysław Janowski

docent Akademii i ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

(Dokończenie.)

Zestawiając cały materyał, uzyskany co do wahań w czasie trwania TAP, TDP i TP i układając go kolejno podług wielkości wahań w całkowitem trwaniu poszczególnych fal tętna (TP) otrzymujemy, co następuje (tab. XII):

Z zestawienia tego wynika, że największe wahania w czasie trwania poszczególnych fal tętna (TP) spostrzegamy właśnie u ludzi zdrowych, po których idą ludzie chorzy z tętnem o cechach prawidłowych, a dopiero po nich następują kolejno chorzy na zapalenie nerek z tętnem napiętem, chorzy na stwardnienie tętnic z tętnem napiętem, chorzy gorączkujący z tętnem dwubitnem i t. d., jak to widać z tablicy XII, jeżeli ją odczytujemy z dołu do góry. Najmniejsze wahania w czasietrwania są, jak to widać z tej tablicy, u chorych z lekkiem niewyrównaniem czynności serca i u chorych z tętnem nieco rozluźnionem (poddwubitnem), gorączkujących. Wahania w czasie trwania TAP nieco od tej kolei odbiegają.

Tablica XII.

Rodzaj tętna i przypadków:	TAP	TDP	TP
1. Poddwubitne u gorączkujących	1—2	2—4	2—4·5
2. U chorych z niewyrównaniem serca	1—1·5	3·5—5	4·5—5
3. »Wolne« w miażdżycy tętnic	0·5—1·5	2—6	2—7
4. Szybkie przy niedomykalności zastawek tętnicy głównej	0·5—2	2—7·5	2·5—7
5. Poddwubitne u niegorączkujących	1—3	4—8	4·5—8·5
6. Dwubitne u gorączkujących	0·5—1·5	2—9·5	2—9
7. Napięte przy stwardnieniu tętnic	1·5—2	5—11	3·5—11
8. Napięte u dotkniętych zapal. nerek	0·5—2	2—13·5	1·5—14
9. Prawidłowe u zdrowych	0·5—3	2—17	2·5—17
10. Prawidłowe u różnych chorych (tablica III)	1—4	2—16	2·5—17·5

Przypuszczam, że w tej kolei niktby z góry listy tej nie przewidywał. A jednak pozostaje faktem, że właśnie u zdrowych spotykałem największe wahania w czasie trwania poszczególnych fal tętna. Objaśnić tego faktu ściśle niepodobna. Taksamo niepodobna wytłómaczyć, dlaczego tętno chorych gorączkujących najwięcej się zbliża do doskonałej miarowości.

Omówione tu wahania w trwaniu poszczególnych fal tętna nie mają, — jak wspomniałem na wstępie, — znaczenia praktycznego. Wszak największe z nich nie przekraczają 0,175″, t. j. około $^1/_6$ sekundy, są więc tak małe, że nietylko nie można odczuć ich palcem, ale nawet na krzywej, zdjętej tętnopisem Jaqueta przy zwykłej jego szybkości, dostrzegłem je w wyjątkowych przypadkach dopiero wtedy, gdy się w ich dopatrywanie wprawiłem. Stanowią one jednak bardzo ciekawy szczebel przejściowy od doskonałej działalności serca do niemiarowości jego pracy.

Podkreślam to bowiem, że, zwróciwszy szczególną na to uwagę, nie zdołałem stwierdzić żadnej kolejności tych wahań w następujących po sobie falach, ani też żadnego związku pomiędzy granicami tych wahań, a wiekiem badanej osoby, liczbą uderzeń tętna, ciśnieniem krwi i tętna. Związku tego brakowało nietylko u osób zdrowych, ale i u chorych wogóle, oraz u cierpiących na wady serca, stwardnienie naczyń i gorączkowe choroby w szczególności. Zwracałem na to przy przeglądaniu swego materyału baczną uwagę, gdyż sądziłem z góry, że u osobników chorych zwłaszcza ostatnich dwóch kategoryi, wahania w czasie trwania poszczególnych fal tętna będą większe, i że przez to przypadki takie z tętnem pozornie miarowem będą stanowiły dalszy stopień przejścia do widocznej przy zwykłem

badaniu niemiarowości. Bezstronne jednak rozpatrzenie materyału powyższym moim przypuszczeniom zaprzeczyło tak, że musiałem powiedzieć sobie o minimalnych wahaniach w trwaniu poszczególnych fal tętna to, co Mackenzie[1]) powiedział już o niemiarowości tętna wogóle, że jest to zjawisko łatwe do rozpoznania, o ciemnem pochodzeniu i niezrozumiałem znaczeniu.

Natknąwszy się na powyżej omówione zjawiska samodzielnie i opracowawszy już swój materyał, przekonałem się potem przy przeglądaniu piśmiennictwa, że już w r. 1855 Karol Vierordt[2]) zauważył drobne różnice w trwaniu poszczególnych fal tętna i zbadał je u 17 zdrowych i u 37 chorych osób. Aczkolwiek, z powodu braku zegara przy tętnopisie, autor ten nie mógł badać fal tętna z dzisiejszą dokładnością, to jednak doszedł on już wtedy do wypowiedzianego przezemnie powyżej wniosku, że wahania w trwaniu poszczególnych fal tętna są zjawiskiem stałem i że wydaje mu się, iż są one u osób gorączkujących mniejsze, niż u osób z ciepłotą prawidłową.

Należy podziwiać, że przy ówczesnej technice Vierordt doszedł do tak trafnego wniosku, tembardziej, że von der Mühll[3]), który miał możność sprawdzania w r. 1892 tętnopisu zupełnie takiego, jakim prawdopodobnie rozporządzał K. Vierordt, przekonał się, że nie szedł on bardzo równo. Tymczasem mój przyrząd działał tak dokładnie, że nie tylko odległość między poszczególnymi zębami, odpowiadającymi 0·2″, wynosiła ściśle 10 mm., ale że nawet mierzenie na tym samym papierku (używam stale papierków 58 ctm. długich) 15—30 omówionych przestrzeni nie wykrywało w odpowiedniej sumie milimetrów najmniejszych nawet różnic w porównaniu z odnośną krotną, której należało się z góry spodziewać. Po Vierordtcie zajmowali się interesującą nas sprawą François Frank[4]), wymieniony v. der Mühll[3]), który zbadał tętno 10 zdrowych i 75 gorączkujących osób, Hüsler[5]), który zbadał ogółem tętno 105 osób, oraz Hürthle[6]). Jednakże z nowych podręczników jeden tylko Krehl[6]) przytacza wszystkie powyższe prace i wspomina wyraźnie o tem, że i w warunkach prawidłowych mogą zachodzić dość znaczne różnice w trwaniu poszczególnych fal tętna.

Z wymienionych autorów Hüsler mierzył tętno, otrzymane przy zwykłej szybkości biegu tętnopisu, co, zdaniem mojem, dokładność pracy bardzo utrudnia, a nadto żaden z autorów nie kontrolował jednocześnie ciśnienia krwi (BD), ani ciśnienia tętna (PD), nie badał, czy zachodzą pod zajmującym nas względem różnice w krzywych tętna o różnem wyglądaniu i napięciu, ani też nie mierzył oddzielnie wahań w TAP i w TDP. Stąd Krehl twierdzi, że różnice w trwaniu poszczególnych fal tętna zależą tylko od różnicy w trwaniu pauzy serca, gdyż »trudno przypuścić, by zachodziły różnice w trwaniu pojedyńczych skurczów serca«. Tymczasem, jak widać z podanych powyżej liczb, różnice w trwaniu fal tętna występują nietylko w TDP, lecz i w TAP, wynosząc w TAP po 0·005″—0·04″.

Dokładniejsze rozpatrzenie mojego materyału, dotyczącego wahań wielkości TAP i zestawienie granic jej wahań ze średniem TAP dla szeregu fal, zdjętych u tego samego osobnika, stwierdza, przy porównaniu odpowiednich liczb dla TDP, że granice wahań TAP są, stosunkowo do średniej jego wielkości dla fal tego samego osobnika, nierównie większe, niż granice wahań w TDP. Mianowicie, tylko w 11 przypadkach wahania w TAP, wynosząc tylko 0·005″, stanowiły zboczenie o 8—9% od średniego TAP dla 6—8 fal tego samego osobnika; w 24 przypadkach wahania te (0·01″), stanowiły zboczenie około 16% od średniego TAP; w 23 przypadkach wahania w TAP (0·015″) stanowiły zboczenie o 25% od średniego TAP dla fal tych samych osób; w 10 przypadkach TAP, wahając się w granicach 0·02″, zbaczało od średniego TAP dla tych samych osób o 30—35%; w 3 innych, przy wahaniach TAP o 0·025″, stanowiły one zboczenie od odpowiedniej średniej o 27—30%; w innych 3, przy wahaniu TAP o 0·03″, i w jednym przy wahaniu o 0·04″, zboczenie to wynosiło 40—50% średniej normy, a w jednym, przy wahaniu TAP w granicach 0·04″ zboczenie to od średniej normy wynosiło z górą 60%. Umyślnie porównywałem tu granice wahań w TAP nie z TAP dla poszczególnych fal, lecz tylko ze średnią jego wielkością dla poszczególnych osób, aby zachodzące w tym względzie różnice nieco łatwiej uogólnić, zacierając nawet ich ostrość. Pomimo to, okazało się, że granice wahań w TAP są, średnio biorąc, około 2—3 razy większe w stosunku do średniego TAP, niż granice wahań TDP — w stosunku do średniego TDP. Wahania bowiem w TDP stanowią zboczenie od średniego TDP dla odpowiednich osób od 3—5—10—15%, przekraczając ostatnią liczbę w nieznacznej liczbie przypadków tak, że tylko w 5 przypadkach wynosiły one 19—22% odpowiedniego średniego TDP. Nie mogę więc, na zasadzie powyższych danych, zgodzić się z twierdzeniem Krehla (l. c. p. 56), że omawiane tu różnice w trwaniu poszczególnych fal tętna zależą napewno (mit Sicherheit) od różnic w pauzie serca. Nie mogę też powtórzyć za Mackenziem, że zależy to w większości przypadków od wahań w rozkurczu serca. Uważając bowiem nawet za fakt dowiedziony, że wierzchołek tętna nie odpowiada końcowi skurczu serca, muszę jednak na zasadzie zebranych przez siebie liczb twierdzić, że wahania w trwaniu poszczególnych fal tętna zależą nietylko od drobnych różnic w trwaniu rozkurczu serca, ale też i od niezawodnych różnic w trwaniu jego skurczu. Nie przesądzam przytem, o ile gra nerwów naczynioruchowych przyczynia się do zatarcia lub powiększenia tego, co zależy od samych tylko wahań w trwaniu skurczu serca, gdyż na to przy dzisiejszej technice badania klinicznego, danych posiadać jeszcze nie możemy.

Przekonawszy się w ten sposób, że minimalne wahania w trwaniu poszczególnych fal tętna są zjawiskiem zupełnie stałem u osób dorosłych[7]), o rzekomo zupełnie prawidłowem tętnie, postanowiłem sprawdzić, czy nie są one

[1]) Mackenzie J.: Die Lehre vom Puls. Niemieckie wydanie. 1904. Str. 78.

[2]) Vierordt Karl: Die Lehre von Arterienpuls Braunschweig. 1855. Vieweg u. Sohn. 8°, 268, pp. 81—88.

[3]) V. der Mühll: Deut. Arch. f. kl. Med. 1892. Bd 49. Str. 360—2.

[4]) François Frank: Gaz. des hôpitaux. 1877. Nr 68.

[5]) Hüsler: D. A. f. kl. Med. 1895. Bd 54, p. 229.

[6]) L. Krehl: Die Erkrankungen des Herzmuskels. Noth. sp. Path. u. Ther. XV—5. P. 55—57.

[7]) Na częste występowanie drobnych niemiarowości tętna u dzieci zwraca wyraźnie uwagę Mackenzie (l. c. p. 82).

większe od normy u osobników z tętnem o niejednakowej wysokości fal, t. zw. nierównem *(p. inaequalis)*, aby przekonać się, czy czasem podobne tętna, które przy zwykłem oglądaniu krzywej sfigmograficznej nazywamy tylko nierównemi, nie są jeszcze dalszym szczeblem przejścia do zupełnej niemiarowości tętna.

Zmierzywszy jednak w tym celu wysokość i podstawę wszystkich fal w 12 przypadkach tętna nierównego *(p. inaequalis)*, przekonałem się, że tak nie jest, że wahania w ogólnym czasie trwania poszczególnych fal tętna (TP) i w jego częściach składowych (TAP i TDP) są przy tętnie nierównem tak małe, iż nie przekraczają nawet połowy tego, co się w prawidłowych tętnach spostrzega. Nie udało mi się stwierdzić nawet żadnego ścisłego związku pomiędzy stopniem nierówności danego tętna, a granicami wahań w jego TP, TAP lub TDP. Objaśnia to najlepiej poniższa tablica, ułożona w kolei zwiększania się różnicy w wysokości poszczególnych fal tętna.

Tablica XIII.

Nr	Granice wahań w wielkości: TAP	TDP	TP	Granice wahań w wysok. powyższ. fal tętna w milimetrach:
	w setnych	częściach	sek.:	
1	1	2	3	1
2	0·5	2·5	2·5	1·5
3	0	2	2	1·5
4	1	4	5	1·5
5	1	1	1	2
6	0·5	5	4·5	2·5
7	1	2	3	2·5
8	1	2	2·5	3
9	1·5	1·5	0	4
10	3	7	6	5
11	1	4	3	6
12	0·5	3	2·5	8·5

Tak więc to, co klinicznie nazywamy tętnem nierównem, zbacza od normy istotnie tylko przez nierówną wysokość swoich fal, czas bowiem trwania poszczególnych fal takiego tętna wahał się w moich 12 przypadkach w granicach o połowę mniejszych od normy.

O skazie moczanowej i jej leczeniu.

Napisał

Dr Józef Surzycki

b. I. asystent kliniki chorób wewn. Uniw. Jagiell.

(Dokończenie.)

O ile dna nawiedza ludzi, którzy poprzednio mieli gościec mięśniowy, to zwykle usadawia się wtedy w tych częściach, które były zajęte gośćcem. O związku, jaki zachodzi pomiędzy kiłą a dną, już poprzednio mówiłem, więc tego tutaj powtarzać nie będę. Zdawałoby się, że związek dny z białaczką powinien być częstszym, bo i w białaczce bywa znaczne zwiększenie ilości kwasu moczowego; tymczasem okazuje się, że w praktyce przypadki takiego związku są dość rzadkie. Ebstein opisuje 8 własnych spostrzeżeń białaczki z tworzeniem się kamieni i równoczesną skazą moczanową. Wiadomo, że wśród dłuższego przebiegu skazy moczanowej tworzą się czasem kamienie moczowe, złożone z soli moczanowych lub szczawiowych.

Jako ostry okres dny lub zaostrzenie przewlekłego przebiegu dny, występuje zwykle napad, objawiający się opuchnięciem, zaczerwienieniem w pewnym stawie, najczęściej jednej z kończyn dolnych, zwłaszcza palców stopy (podagra), rzadziej rąk. Nietylko sam staw cierpi przy tem, ale i skóra jest mocno zaczerwieniona, podobna do skóry dotkniętej różą. Bolesność zajętego stawu jest znaczna i nieraz bardzo dokuczliwa. Od tego, który ze stawów zostaje zajęty, pochodzą nazwy podagry, chiragry itd. Wśród napadu cierpi i stan ogólny, a ciepłota nieraz wznosi się do 39°.

Najczęściej przed takim napadem pojawiają się bole ciągnące w tej kończynie, gdzie ma wystąpić napad; okostna jest zazwyczaj już tkliwsza, chory czuje w tej kończynie jakąś niedogodę, zawadzanie i pobolewanie, uczucie zmęczenia w mięśniach, czasem pojawiają się kurcze w łydkach, i t. d., aż wreszcie wybucha sam napad i to bardzo często w nocy. Napady podagry zdarzają się częściej z początkiem wiosny lub z końcem jesieni.

Uraz często bywa przyczyną wywołującą ostry napad; takie 3 przypadki opisuje Cornillon. Ostry napad występuje nieraz po zaburzeniach jelitowych. Czy grają w tem rolę wpływy odżywcze lub nerwowe, jak przypuszcza Kolisch, trudno rozstrzygnąć.

Obrzęk skóry, zaczerwienienie, bolesność, trwają czas jakiś, powoli wszystko to ustępuje; staw i skóra wracają niezupełnie do stanu prawidłowego, bo zawsze po każdym napadzie pewna część złogów pozostaje na stałe, zwiększając się potem po każdym napadzie.

His tak sobie przedstawia powstawanie napadu: Z niewiadomych przyczyn odkłada się w chrząstkach dwumoczan, który pochodzi z kwasu moczowego, krążącego we krwi. Okazuje się to przez zmniejszenie się ilości kwasu moczowego przed atakiem. Te złogi jednak, wywoławszy pewne podrażnienie, zostają przez fagocytozę usunięte, do krwi wprowadzone i przez mocz wydalone. Tłómaczenie to najbardziej godziłoby się z dotychczasowemi doświadczeniami.

Wśród przebiegu skazy zdarzają się rozmaite zaburzenia, zależne od czynnościowych zmian układu nerwowego. Jako tego rodzaju zaburzenie opisuje Grube przypadek, w którym podczas napadu podagry występowała cukrzyca. Również podaje on przypadki, gdzie łuszczyca łączyła się z dną i cukrzycą. Zdarzało się to także u dzieci obciążonych dziedzicznie. Zbieg cukrzycy z dną i nadmierną otyłością jest zresztą znany, a Ebstein opisuje przypadek u 48-letniego otyłego mężczyzny, u którego ilekroć po Karlsbadzie znikał cukier, tylekroć występowały objawy dny. W innych dwóch przypadkach zaś występowały objawy dusznicy bolesnej obok dny i cukrzycy. Haig spostrzegał padaczkę, która zdawała się być wywołaną przez zwiększoną ilość kwasu moczowego. Przed napadem padaczki następowało zmniejszenie jego ilości, po napadzie zwiększenie (o 0,1%). Przez odpowiednią dyetę napady bywały rzadsze, a przez dyetę mięsną stawały się częstsze. Ebstein zwraca uwagę, że w przypadkach jednoczesnej cukrzycy i dny, jako też cukrzycy i choroby Basedowa przypadały największe ilości kwasu moczowego i cukru na tenże sam dzień. Wogóle jednak przebieg cukrzycy w przypadkach dny jest łagodniejszy. Czasem w przebiegu dny, zwłaszcza u osób otyłych, pokazuje się lekka cukrzyca, która rychło znika, ale czasem jest to zapowiedź częstszego powtarzania się, a następnie i stałego wydzielania się cukru z zupełnem wyczerpaniem. U osób chudych, dotkniętych dną, należy cukromocz do wyjątkowych zjawisk. W niektórych przypadkach występuje pewna naprzemienność, raz pokazuje się cukromocz, to znowu napad dny.

Przy skazie moczanowej ulega też zmianom i wątroba i nieraz rozwija się marskość wątroby na tem tle. Na związek przyczynowy pomiędzy cierpieniami wątroby a dną, wskazywali już dawniej Murray, Forbes, Scudamore, Murchinson, a z nowszych Trousseau, Lathame i Strümpell przypuszczają nawet, że dna nie jest chorobą odrębną, ale tylko skutkiem zaburzeń w wątrobie. Że przy skazie moczanowej i narząd trawienia podlega rozmaitym zaburzeniom, o tem już poprzednio mówiłem.

Co do wzroku podaje Bergmeister, że u ludzi, u których bywa wysoki ciężar właściwy moczu i dużo osadu kwasu moczowego i moczanów, występowało osłabienie wzroku wskutek zmętnień w soczewce, bez wybroczyn w siatkówce. Odpowiednia dyeta, picie wód alkalicznych i inne środki przeciwdnawe usunęły w niektórych przypadkach zupełnie to zaburzenie.

Mordhorst podaje wyniki z 72 przypadków badania moczu, wykonanego przez Freseniusa, z których się okazało, że u chorych na dnę zawsze bywało więcej kwasu moczowego, niż u zdrowych; kwaśność moczu i ciężar właściwy bywa wyższy u chorych na dnę, niż u zdrowych, a czem mocz kwaśniejszy, tem więcej zawiera kwasu moczowego. Mordhorst podnosi, że chorzy na dnę oddają zawsze mocz za kwaśny, należy więc przypuścić, że przez nerki nie wydziela się wiele alkaliów i że wydzielają się one przez jelita. Według niego kwasy i sole kwaśne szybciej ulegają filtracyi i dyfuzyi od soli alkalicznych. Sądzi on, że tkanki, w których się osadzają złogi moczanowe, są mało odżywiane przez krew, a więcej przez osmozę i dlatego w tkankach tych, mniej alkalicznych, niż krew, nie mogą się moczany utrzymać w rozczynie i tworzą złogi.

Badania moczu podczas napadu dny dały wyniki, nie u wszystkich zgodne; i tak n. p. Ebstein podaje, że podczas napadu było mocznika 25,3—27,1, kwasu fosforowego całego 1,88—2,26, a w połączeniu z alkaliami 0,39—0,47. E. Pfeiffer twierdzi, że podczas napadu jest ciężar właściwy moczu większy, odczyn kwaśniejszy, a ilość kwasu moczowego powiększa się 3—4-krotnie; również zwiększa się i ilość mocznika, tak, że bywa stosunek 1 : 32. O jednym przypadku podaje E. Pfeiffer, że ilość kwasu moczowego podczas napadu skoczyła z 0,22 na 0,99, a nawet 1,73, a po napadzie spadła na 0,31—0 23 i 0.21. His twierdzi, że powiększenie ilości kwasu moczowego następuje zaraz po napadzie, a przed napadem ilość moczu znacznie się zmniejsza. I tak n. p. jeżeli średnio było 0,45 kwasu moczowego, to przy napadzie ilość jego spada na 0,14, a po napadzie w kilka dni dochodzi do 1,10. Czasem ten spadek ujawnia się już na 1—2 dni przed napadem, co trudno sobie wytłómaczyć, ponieważ ilość wydzielonego kwasu moczowego nie jest probierzem dla ilości kwasu moczowego krążącego we krwi i wytwarzanego w ustroju.

Wogóle przeważa pogląd, że zwiększenie ilości kwasu moczowego w moczu ma być dowodem skazy moczanowej, co jednak nie jest zupełnym wykładnikiem, bo i zmniejszenie się ilości kwasu moczowego w moczu nie dowodzi, by wytwarzanie się jego w ustroju było także zmniejszone. Zegari i Pace twierdzą, że w niektórych przypadkach dny ilość kwasu moczowego w moczu wcale nie jest zwiększona. Słusznie więc Magnus Levy przestrzega przed rozpoznawaniem dny na podstawie samego tylko badania moczu, bo nawet ilość kwasu moczowego we krwi jeszcze nie jest pewną wskazówką. Na dowód tego przytacza ten autor jeden przypadek, w którym znalazł zwiększenie ilości kwasu moczowego we krwi u chorego na ostry gościec. W zasadowości krwi w skazie moczanowej nie znalazł Magnus Levy znacznych różnic; u chorych na dnę bywało od 240—430, już jednak u zdrowych wahają się liczby między 300—350. Niema więc żadnego dowodu na to, żeby zasadowość krwi była w skazie moczanowej zmniejszona; nie miałoby to zresztą wielkiego znaczenia, bo według Luffa stopień zasadowości krwi nie wpływa na rozpuszczalność soli kwasu moczowego. Według Neumeistra zawiera surowica krwi tylko 0,005% mocznika, czyli 1 cz. na 2.000, a kwasu moczowego jeszcze mniej. Garrod zaś znalazł u chorych na dnę we krwi 1 część kwasu moczowego na 5.714 krwi. Klempner we krwi chorych na dnę, uzyskanej przez upust z żyły, znalazł na 1000 krwi 0,067—0,09 grm. kwasu moczowego, a przy mocznicy nawet 0,10.

Mikroskopowe badanie krwi miało także stwierdzić w skazie moczanowej pewne zmiany, na które zwrócił uwagę Neusser. Twierdzi on, że we krwi chorych na dnę spotyka się bazofilię okołojądrową w leukocytach i to tak w jednojądrzastych, jak i w wielojądrzastych. Tę bazofilię okołojądrową lenkocytów uważał Neusser za dowód, że to są młode, nowowytworzone komórki. Te zmiany w leukocytach znajdował Neusser u ludzi chorych na skazę moczanową, i u innych, u których objawy mogły przemawiać za dną utajoną, a u których istotnie badanie moczu wykrywało zwiększenie ilości kwasu moczowego, jak i wykładnika między kwasem moczowym, a mocznikiem. Natomiast w początkowych i w daleko posuniętych okresach gruźlicy zmian tych we krwi nie było, lub zdarzały się tylko chwilowo. Że zachodzi pewien antagonizm między skazą moczanową, a gruźlicą, wiedziano już dawno i od wielu lat zwracano na to uwagę. W ostatnich czasach na III. zjeździe przeciwgruźliczym w Paryżu znowu sprawa ta była przedmiotem wyczerpującej dyskusyi. Wprawdzie dna nie chroni bezwzględnie od gruźlicy, jednak doświadczenie poucza, że chory na dnę nie łatwo podlega gruźlicy, a u chorych na gruźlicę napady dny nie zdarzają się wcale, lub tylko bardzo rzadko. U osób, dziedzicznie do dny usposobionych, przebieg gruźlicy jest łagodniejszy, istnieje większa skłonność do wytwarzania tkanki włóknistej i do zabliźniania się ognisk gruźliczych, tak, że czasem identyfikują *phthisis fibrosa* z *phthisis arthritica*. Otóż przypadki gruźlicy, w których stwierdzono zmiany krwi, opisywane przez Neussera, miały dawać rokowanie lepsze i przebiegać łagodniej. Nie oznaczało to jednak, by zwiększenie ilości ciał białkowatych we krwi, zawierających nukleinę, objawiające się bazofilią okołojądrową, było już koniecznie objawem nadmiernego odżywiania, a brak jego objawem charłactwa, bo przecież zdarzało się czasem, że te zmiany w leukocytach znajdował Neusser u wynędzniałych chorych dnawych, a również u stosunkowo dobrze odżywionych suchotników. O ile więc u chorych na dnę te młode komórki we krwi występują ze zwiększoną żywotnością *(vitalitas)*, to u suchotników znajdujemy też same pierwiastki z objawami niezdolności czynnościowej, czyli objawy pewnego, charłactwa. W tym ostatnim przypadku, powiada Neusser, te młode pierwiastki wytwarzają się, jako nieodporne cytofagi, w skazie moczanowej zaś jako elementy odporne, t. j. fagocyty. Poglądy Neussera nie znalazły jednak ogólnego potwierdzenia, i gdy jedni znajdowali w skazie moczanowej te zmiany w leukocytach. to drudzy znajdowali je i w innych sprawach i nie uważają tego zjawiska za znamienne dla skazy moczanowej. Futscher, badając krew w przypadkach ze zwiększonem wydzielaniem zasad alloksurowych, nie znajdował zmian w leukocytach, a z drugiej strony znajdował zmiany, opisane przez Neussera, w przypadkach bez skazy moczanowej. Są wreszcie i tacy, jak Douglas, ktorzy nawet wogóle nie przyznają związku między leukocytozą a wydzielaniem kwasu moczowego.

Przebieg.

Zwykle przebiega skaza moczanowa przewlekle i ciągnie się całemi latami, wywołując zwolna szereg zmian, które dopiero przez zajęcie ważniejszych narządów i tego skutki (udar mózgowy w następstwie zmian naczyń mózgu, dusznica bolesna, zmiany nerek) wiodą w końcu do zejścia śmiertelnego. Zmiany w stawach wywołują z czasem ich zniekształtnienie, ograniczają ich ruchy, a powoli wywołują i zanik mięśni, tak wskutek ich nieczynności, jak i upośledzonego odżywiania. Oczywiście przebiegiem niepomyślnym odznaczają się przypadki cięższe, w których albo ustrój jest mało odporny, albo dziedziczne usposobienie jest bardzo wielkie, a nadto warunki zewnętrzne i zachowanie się chorego sprzyjały szybszemu rozwojowi choroby.

Rozpoznanie.

Rozpoznanie zasadza się na 2 głównych objawach t. j. tworzeniu się guzów dnawych *(tophi)* i na ostrych napadach dny. Badanie promieniami Roentgena rzadko kiedy daje pożą-

dany wynik, chyba w przypadkach daleko posuniętych, gdzie i tak rozpoznanie jest łatwe. Przy mniejszych jednak zmianach rentgenografia zawodzi. Badanie moczu nie jest rozstrzygające wobec rozmaitych wyników, jakie podają autorowie, i bardzo niezgodnych danych co do samego kwasu moczowego i jego ilościowego udziału w chorobie. Przed rozpoznawaniem dny na zasadzie samego tylko badania moczu i stwierdzenia w nim większej ilości kwasu moczowego słusznie też przestrzegają Magnus Levy, His, Ebstein i inni, bo dopiero wytwarzanie się guzków dnawych, pojawiające się bole dnawe lub ostre napady dny pozwalają na ściste rozpoznanie.

Rokowanie.

Przedewszystkiem powinniśmy w każdym przypadku rozstrzygnąć, czy mamy przed sobą lekką, czy też ciężką postać skazy, a więc połączoną ze znacznem obciążeniem dziedzicznem i rozwijającą się w ustroju słabym, i czy zmiany są przeważnie miejscowe, czy też ogólnie rozsiane i jakie są możliwe powikłania. Oczywiście inne będzie rokowanie wobec zaburzeń sercowych, nerkowych, niż wtedy, kiedy sprawa ogranicza się tylko do pewnego stawu lub członka. Usposobienia do skazy i dziedzicznego obciążenia nie możemy zmienić, ale przez odpowiednie życie, zachowanie się, stosowne kuracye, możemy ich wpływ szkodliwy zmniejszyć i przebieg uczynić przewleklejszym, a nawet poniekąd utajonym. W każdym razie należy rokować ostrożnie i nie przywiązywać zbyt wiele nadziei do leczenia, nie znając dobrze chorego i tych warunków, w jakich ma prowadzić dalej życie.

Leczenie.

Leczenie ma za zadanie z jednej strony zwalczać usposobienie, ograniczać złe skutki dziedziczności, z drugiej zaś strony leczyć zarówno przewlekłe objawy dny, jak również i same ostre napady i ich następstwa. Chociaż w poglądach na patogenezę dny, powstawanie poszczególnych objawów i t. d. panuje różnorodność zdań, to jednak wszyscy się zgadzają na to, że w leczeniu od sposobu życia, zajęcia, dyety, spokoju dla nerwów i unikania zaburzeń w narządzie trawienia zależy prawie wszystko. Za zasadę powinno służyć, że wszystko, co osłabia umysł lub ciało, powinno być w leczeniu wyłączone. Oczywiście bardzo ważnym czynnikiem w leczeniu jest odpowiednie pożywienie; nie głodząc wcale chorego, coby nie miało żadnego celu, a przyniosło szkodę, możemy pomimo ograniczeń w wielu względach, przepisać mu pożywienie, zupełnie wystarczające.

Wychodząc z założenia, że powstawanie skazy polega z jednej strony na nadmiernem przekarmieniu, a z drugiej na tem, że ustrój nie jest zdolny przerobić dostarczonego mu materyału i wydalić wytworów przemiany materyi w mierze dostatecznej, musiano i w leczeniu z jednej strony przyjąć za podstawę usunięcie tego nadmiaru pokarmów, ograniczenie ilościowe, oraz unikanie takich pokarmów, które, jak doświadczenie pouczyło, niekorzystnie wpływają na przemianę materyi, wytwarzając za dużo kwasu moczowego lub ciał alloksurowych; z drugiej znowu strony chciano ułatwić wydalenie kwasu moczowego z ustroju, starano się wszelkimi sposobami wpłynąć na szybszą przemianę materyi i tą drogą wydzielanie kwasu moczowego przyspieszyć, oraz stworzyć warunki najodpowiedniejsze do jego usunięcia.

Sprawa nadmiaru pożywienia przy skazie moczanowej od dawna zajmowała badaczy. Przedewszystkiem wykonano i ogłoszono liczne prace, podające badania wydzielin zarówno przy forsownem, jak i przy możliwie szczupłem odżywianiu; tą drogą starano się dociec, jaka ilość pokarmu wystarcza dla utrzymania równowagi w ustroju. I tak, Siven wykonał badania na sobie samym przez 39 dni: z początku ważył 58,9 kilo; zużywał coraz mniej pożywienia w stosunku do azotu. Zaczął od 12,7 azotu na dzień, a doszedł do 2,43

przez 6 dni 6,26 N 39,1 białka 284,1 węglow. = 2477 kaloryi
„ 4 „ 4,52 N 28,3 „ 290 „ = 2444 „
„ 7 „ 2,43 N 15,2 „ 398 „ = 2440 „

Okazało się, że przy 4,52 azotu ustrój pozostawał w równowadze t. j. że na kilogram wagi wypadłoby 0,08 N albo 0,48 gr. białka. O ile przy tem pożywieniu mógłby długo wytrzymać, to rzecz inna. Ciekawe wyniki otrzymał u pewnej słuchaczki medycyny, osoby 42 letniej, mającej tylko 1,30 wysokości i ważącej zaledwie 37·5 kilogr. Obchodziła się ona ilością dzienną azotu 5,17 do 6,11 i jak twierdziła, od lat sześciu to jej wystarczało. Przez 5 dni próby spożywała tylko: chleba Grahama gramów 120, jabłek 400, śliwek 400, winogron 200, orzechów 64, daktyli 170, sałaty 100. Pożywienie to odpowiadało 1400 kaloryom czyli 37,33 kaloryi na kilogram. Wody nie piła, zastępując to owocami; przez te 5 dni waga ciała zupełnie się nie zmieniła, równowaga więc była utrzymana, a nawet według obliczeń chemicznych powinno było przybyć 11,6 białka. Równie ciekawe były wyniki badań u pewnego inżyniera, przywódcy jaroszów (wegetaryanów) w Niemczech. Żywił on się pokarmami wyłącznie roślinnymi od lat kilkunastu; ważył 69,5 kilgr. wysokość ciała 1,65 m. Przez 12 dni badania spożył 12 klgr. ziemniaków, 2,15 orzechów, 0,5 śliwek, 0,85 cukru, 115 rodzynków, 4,25 jabłek, 0,75 cytryn, 0,6 oleju i $1^1/_2$ litra wody w postaci kawy jęczmiennej; na dzień wypada: 61 białka, 507 węglowodanów i 148 tłuszczu, razem 3700 kaloryi, a więc 56 kaloryi na kilogram wagi. (Nawiasem mówiąc, większość »jaroszów« nie ogranicza się do samych tylko pokarmów roślinnych, bo używa także pokarmów zwierzęcych: mleka, jaj, masła, sera). Już z przytoczonych badań widać, że wogóle jemy za dużo i o wiele skromniejsze odżywianie się nie przynosiłoby ustrojowi szkody.

Ze względu na odżywianie chorych w skazie moczanowej wykonano całe szeregi doświadczeń, tyczących się rozmaitych pokarmów, zwłaszcza mięsnych i roślinnych; powstał przy tem spór co do szkodliwości białego lub czarnego mięsa. Do niedawna sprawa ta była jeszcze sporna, obecnie, jak sądzę, jest zupełnie stanowczo rozstrzygnięta.

Już Noorden na zjeździe w Karlsbadzie (1899 r.) podniósł tę sprawę, poźniej Offer i Rosenquist przeprowadzili dokładne badania i znaleźli n. p., że nieraz w białem mięsie jest więcej istot wyciągowych, niż w czarnem. I tak n. p. kreatyny jest w wołowinie 0,107—0,276, w cielęcinie 0,182, w mięsie królika 0.403—0,214; kury 0,273 do 0,401; nawet w mięsie gołębia 0,197. Ksantyny znaleziono u zwierząt ssących średnio 0,4—0,7, u ptaków 0,7—1,3. W mięśniach znaleziono u zwierząt starszych 0,52 ksantyny, 2,3 hypoksantyny, 0,02 guaniny, u zarodków 1,11 ksantyny, 3,59 hypoksantyny, 4,12 guaniny.

W 100 grm. mięsa znaleziono:

	N. całego	N. istot. wyc.	N. zasad	na 100 gr. całego N wypada	
				N. istot wyc.	N. zasad
Ryby średnio	3,04	0,52	0,008	18,12	0,52
Ptactwo	3,68	0,41	0,03	11,31	0,83
Białe mięso	3.13	0,43	0,03	13,95	1,01
Wieprzowina	2-83	0,40	0,03	14,35	1,11
Czarne mięso	3,64	0.42	0,04	11,52	1,25
Wołowina (Roastbef) .	3.45	0,47	0,03	13,69	1,0
Wędliny	4,09	0,47	0.03	11,46	0,8
Szynka	3,72	0,53	0,02	15,67	0,7

Różnicy więc znacznej niema i wobec tego zakazywanie czarnego mięsa niema podstawy.

Wprawdzie Senator, Rubner i Minkowski przeczą temu i zarzucają Offerowi i Rosenquistowi, że nie uwzględnili istot wyciągowych, niezawierających

azotu, które stanowią dużą różnicę. I tak według Königa mięso wołowe zawierać ich ma 0,46 $^0/_0$, a cielęce tylko 0,07 $^0/_0$. Również zarzucano Offerowi i Rosenquistowi, że nie uwzględnili różnicy mięsa pieczonego od gotowanego; mięso wołowe pieczone ma zawierać istot wyciągowych 0,72, duszone 0,40, a cielęcina pieczona tylko 0,03. Offer i Rosenquist oświadczają jednak, że umyślnie tego nie brali w rachubę, z powodów następujących. Rozbiory Königa nie stoją już dziś ich zdaniem na wysokości nauki, bo König rachuje do istot wyciągowych, niezawierających azotu, i kwas mleczny i ślady kwasu masłowego, octowego i mrówkowego, oraz inozyt i glikogen; obecnie nikt już chyba tych. dla ustroju nieszkodliwych składników, do istot wyciągowych zaliczać nie będzie. Twierdzenie, jakoby mięso zmieniało swój skład zależnie od sposobu przygotowania, przez pieczenie lub duszenie, niema podstawy; nowsze badania stwierdziły, że n. p. kotlet cielęcy, ważący 104 gr. zawierał 3,56 całego azotu (3.400) i 0,55 istot wyciągowych, czyli na 100 gr. całego azotu wypadło 15 gr. azotu z istot wyciągowych; po upieczeniu z 15 gr. masła i odlaniu soku, ważyło to mięso 77 grm. i zawierało 3,37 grm. całego azotu (4·38 $^0/_0$) i 0,39 azotu z istot wyciągowych (0·50 $^0/_0$) czyli na 100 grm. całego azotu wypadło 11,57 grm. azotu z istot wyciągowych; ta różnica będzie i w mięsie wołowem. Że od przygotowania wiele zależy, to rzecz pewna, ale tak białe, jak i czarne mięso mniej więcej w podobny sposób się przygotowuje. Byłoby zatem mniejszą rzeczą, czy choremu podaje się mięso białe, czy czarne, byle chory spożywał wogóle mniej mięsa.

Kaufman i Mohr już w pracy swojej, pomieszczonej w Zeitschrift f. klin. Med. t. 44, dowiedli, że chorzy na nerki równie dobrze znoszą białe, jak i czarne mięso. Zdaniem ich wcale nie można twierdzić, żeby jeden rodzaj mięsa mógł więcej wytwarzać kwasu moczowego, niż drugi. Z tablicy, którą oni podają, wynika, że w doświadczeniach na zdrowych nie było różnicy między czarnem mięsem, a cielęciną lub rybą. Przy podawaniu zaś pożywienia, nie zawierającego nukleiny, otrzymali ci autorowie wyniki następujące:

	Azotu	Azotu ciał alloksurowych	Mocznika w gramie
		w przecięciu	
Przy zwykłem pożywieniu	od 13,0 do 17,2	0,14	0,39
Przy dodaniu do pożywienia 100 gr. cielęciny	15,4—18,5	0,17 (0,15)	0,48 (0,37; 0,45)
Przy dodaniu do pożywienia 300 gr. cielęciny	18,1—19.7	0,17 (0,18)	0.48 (0,55; 0,56)
Po powrocie do zwykłego pożywienia 1-go dnia	14,5—17,8	0,13	
Po powrocie do zwykłego pożywienia drugiego dnia	13,9 14,7	0,14	0,31
Przy dodaniu 100 gr. polędwicy	14,1	0,14	0,40
Przy dodaniu 300 gr. polędwicy	17,2—16,6	0,17	0,46—0,62
Przy dodaniu 120 gr. ryby	13,7—16,6	0,15	0,44
„ „ 360 „ „	17,1 | 18,2	0,21	0,60

W tym przypadku okazało się, że przy wołowinie wydzielało się ciał alloksurowych średnio 0,15, przy cielęcinie 0,17, przy rybie 0,18, średnie zaś wydzielanie kwasu moczowego jest w tych trzech okresach prawie równe. Toby dowodziło, że wołowina nie koniecznie zwiększa wydzielanie ciał alloksurowych, tak że zakazywanie czarnego mięsa niema podstawy.

Również jedna z ostatnich prac Landaua, wykonana pod kierunkiem Noordena, dowiodła, że gatunek mięsa niema wpływu na podział azotu w moczu.

Mering na podstawie swoich spostrzeżeń podnosi, że chorzy mieli się o wiele lepiej przy mięsnem pożywieniu, niż przy roślinnem. Również i Douglas twierdzi, że szczególnego związku pomiędzy rodzajem dyety, a kwasem moczowym niema, a przy dyecie mięsnej zwiększa się tylko ilość mocznika. Armstrong (w »Lancet« r. 1897) poleca w skazie moczanowej nawet tak zwaną »kuracyę Salisbury«, t. j. gorącą wodę i świeże mięso. Zaczyna się od podawania od 3 do 5 razy dziennie po 600 sz. c. gorącej wody (dla poprawy smaku można dodać trochę cytryny) na godzinę przed jedzeniem i na noc. Zresztą pożywienie składa się ze świeżego czerwonego, drobno posiekanego mięsa 1—4 funtów dziennie, białka z 2—4 jaj, trochę ususzonego chleba i trochę czarnej kawy lub herbaty z cytryną.

Tak więc mięso, czarne, czy białe, tłuste lub (lepiej) chude, może w skazie moczanowej stanowić regularny posiłek codzienny. Ilość jego dzienna nie powinna jednak według Hirschfelda zawierać ponad 250—500 grm. istot białkowatych, (kaloryi od 1250 do 1500). Oczywiście powinny być wyłączone potrawy mięsne, zawierające dużo nukleiny, więc wątroba, mózg, nerki, śledziona, wyciągi mięsne, mocne buliony i czerwone mięso. Co do tłuszczów, to Horbaczewski i Kučera dowiedli, że 100 gramów tłuszczu (masła) dziennie, nie wywołuje zwiększenia się ilości kwasu moczowego, jednakże Orgler i Rosenfeld temu przeczą (192), a również i Cantani nie radzi w dnie podawać tłuszczów.

Obok białka zwierzęcego próbowano w skazie moczanowej podawać i białko roślinne. I tak aleuronat z pszenicy, uzyskany przez Hundhausena, a zawierający 80 $^0/_0$ białka roślinnego, 7 $^0/_0$ węglowodanów, 9 $^0/_0$ wody, 0·78 $^0/_0$ soli i 0·45 $^0/_0$ celulozy, według Gepperta ma nie zwiększać wydzielania kwasu moczowego. Podawano dalej cérgon, białko z ryżu, uzyskane przez Heusela, zawierające 80 $^0/_0$ proteiny; jestto proszek bez smaku i woni, łatwo dający się urabiać na chleb, a tańszy od poprzedniego. Wprawdzie droższy, ale lepszy, jest roborat. Z innych trzeba wspomnieć o nutrozie, która okazała się bardzo dobrą i co do pożywności nie ustępuje mięsu (Bornstein).

Według Kolischa, chociażby przez pożywienie białkowate wytworzyło się trochę więcej ciał alloksurowych, niż przy dyecie roślinnej, to znowu dyeta mięsna ma tyle za sobą, że możnaby tę okoliczność pominąć. Zwykle bowiem przy dyecie roślinnej następuje przeładowanie żołądka samą już jej ilością, dalej pożywienie roślinne jest trudniej strawne, jednostronne, o smaku jednostajnym, wywołujące wytwarzanie się gazów, a tem samem wzdęcia, nieraz nawet bole w jelitach, wreszcie pokarmy roślinne trudno przechowywać w zimie. Do samej więc roślinnej dyety bardzo trudno się ograniczyć, a jeżeli się ma przejść do niej, to trzeba to robić stopniowo, żeby narząd trawienia do niej przyzwyczaić.

Według E. Pfeiffera można zestawić następującą tabelkę dyetetyczną:

I. Śniadanie.

Dozwolone:	Zabronione:
Kawa słaba	Czekolada
Herbata	Kakao
Mleko	Cukier
1 bułka lub kawałek chleba	Słodycze
Masło	Ciastka
Jaja	Miód
Mięsa trochę lub kiełbasa bez korzeni	

II. Śniadanie wyłączone.

Obiad.

Lekkie zupy lub rosoły	Pożywne zupy
Mięso każdego gatunku	Ziemniaki
Drób, zwierzyna i ryby	Kasztany

Dozwolone:	Zabronione:
Jaja i masło	Chleba więcej niż kromka
Sałaty, ogórki	Jarzyny strączkowe
Jarzyny, (rzodkiewka, buraki)	Mączne potrawy
	Makaron, ryż
Owoce surowe i gotowane	Grasica, wątroba, nerki, móżdżek
Woda zwyczajna i wody mineralne	Słodycze, lody, ciasta
	Ostre korzenie
	Wino, piwo

Podwieczorek.

Filiżanka herbaty bez cukru lub filiżanka kawy bez cukru

Kolacya.

Mięso, jaja, kiełbasa bez korzeni	Kwaśne mleko
	Ser
Masło, sałata, rzodkiewka	Kartofle
Ogórki, ćwikła	Więcej bułki lub chleba ponad 50 grm.
1 bułka (50 grm.)	
Herbata	Wino, piwo.

Większość autorów oświadcza się za dyetą zmienną, złożoną z mięsa i pokarmów roślinnych. I tak: Klemperer radzi jeść niewiele mięsa, lub ryb i zawsze mieszać pożywienie z pokarmami roślinnymi; jeżeli zaś już nerki są zajęte, radzi przedewszystkiem mleko, w drugim rzędzie ryby, a na ostatku dopiero mięso. Mering także oświadcza się za chudem mięsem, mlekiem, rybami, jajami, zielonemi jarzynami i niewielką ilością chleba. Tegoż zdania są Ebstein, Albu i Kolisch, byle nie jeść dużo mięsa, żadnych wyciągów mięsnych, pożywnych, ciężkich zup, żadnych korzeni. Pfeifer zaleca usunąć potrawy mączne, jednak inni zezwalają na nie, byle w miernej ilości. O jajach już poprzednio wspomniałem, że je można spokojnie podawać, bo nukleiny żółtkowe nie zawierają zasad alloksurowych. Owoce i jarzyny wszyscy bardzo polecają, bo zawierają dużo alkaliów roślinnych. Niewolno tylko podawać szparagów. Mleko również można podawać, nie zawiera ono bowiem nukleiny, nadto według Zegariego przy podawaniu mleka ilość kwasu moczowego stanowczo się zmniejszała.

Jako wzór pożywienia przy zmniejszonym dowozie wszystkich części przytaczam przepis Hirschfelda.

I. Dyeta słaba.	II. Wzmocniona składa się z pierwszej z dodatkiem:
I. Śniadanie.	
Kawa czarna bez cukru	
1 bułka (50 grm.)	
II. Śniadanie.	
2 jaja	bulionu
Obiad.	
bulion z 30 gramami ryżu (sucho ważony)	zupy kartoflanej
250 gramów mięsa (sucho ważonego) albo ugotowanego, albo małą ilość masła.	300 gramów mięsa (więcej niewolno)
Podwieczorek.	
Kawa czarna bez cukru	
Wieczerza.	
50 grm. sera (Sahnenkäse)	200 gramów szynki nie tłustej
100 grm. chleba	100 grm. chleba
10 grm. tłuszczu.	
Przy tem pożywieniu wypada:	
95 grm. białka	134 białka
43 „ tłuszczu	46 tłuszczu
106 węglowodanów	122 węglowodanów
1224 kaloryi	1478 kaloryi.

Według Jewlina posiłek może się składać z 250 do 300 grm. mięsa, 600 do 700 chleba, 50 do 100 gram. masła, 600 do 800 mleka, 50 do 100 grm. cukru i 1000 do 2000 herbaty.

Obok tego podawał Jewlin między głównymi posiłkami sodę w 3 porcyach, dochodząc do 20 grm. dziennie, lub też cytrynian sodowy do 40,0 i utrzymywał w ten sposób stale alkaliczny mocz, co jednak według innych nie miało celu.

Wpływ środków wewnętrznych, jak i różnych wód badał His bardzo dokładnie na chorych, dłuższy czas przebywających w klinice. Jedna naprzykład obserwacya trwała 5 miesięcy. Badania te są tem ciekawsze, że u jednego z chorych w czasie obserwacyi było kilka napadów dny. Podawano piperazynę (3,0), lizydynę (1,5), węglan litowy (0,75), wody Fachingen, Salzschlirf, Teplitz, sodę (4,0 trzy razy dziennie), urotropinę (3—6 razy po 0,50) nastój zimowitowy *(t. colchici)* (3 razy po 15 krop.), *liquor antiarthriticus Blaseri* (3 razy po 20 kr.), uricedynę (zachwalana przez Mendelsohna, 3 łyżeczki) i wreszcie cytryn do 20 dziennie. Okazało się, że działanie wszystkich tych środków było prawie żadne, lub bardzo małe. Małe zmniejszenie się ilości kwasu moczowego uzyskano zapomocą soli i zapomocą wody ze źródła Bonifacius z Salzschlirf. Piperazyna raz zmniejszała ilość kwasu moczowego, to znowu wcale nie działała. Lizydyna nic wywierała żadnego skutku.

Co do przetworów zimowitu *(colchicum)*, to tak His jak i Garrod twierdzą, że przetwory te powiększają wydzielanie kwasu moczowego przy dłuższem używaniu. Dückworth przypuszcza, że zimowit działa tylko żółciopędnie i że przez drażnienie wątroby wywołuje wydzielanie kwasu moczowego. Ebstein dość chwali rozczyn kolchicyny, zwany płynem Lavilla i radzi podawać ten płyn lub po 1 mgr. kolchicyny. Także Magnus Levy podaje chętnie *Vinum Colchici* (100 kropli = 5,0—6,0 grm.) ze środkami przeczyszczającymi lub też płyn Lavilla (2—3 łyżeczki przez 3 dni), albo przetwór niemiecki *Liquor Colchici Mylius* (tańszy); ilość kwasu moczowego ma przytem spadać na 548 mgr., nawet 435 mgr.

Klemperer i Zeissig podawali 3—5 grm. lizydyny, ale bez skutku, nawet w ostrych napadach. Hoven zaleca lycetol po 1,0—1,5 (pół na pół z magnezyą, rozpuszczony w wodzie, po śniadaniu i kolacyi).

Noorden przypisuje lekom więcej wartości, bo nie odrzuca soli, sody, litu, piperazyny, lizydyny i urycedyny, a nawet poleca mocznik. Ebstein nie zgadza się na takie leczenie i radzi chyba jeszcze jedynie urotropinę w wodzie alkalicznej (3 razy dnia po 0,50). Sidonal, zalecany także w skazie moczanowej, nie okazał się skutecznym.

Z doświadczeń Bohlanda wynika, że: kwas garbnikowy (w dawkach 1—3 grm. na dzień) zmniejsza wydzielanie kwasu moczowego, a tak samo ma działać sporysz (w dawce po 0,50 3 razy); podobnież atropina (do 2 mgr. na dzień). Wyraźne zmniejszenie następowało po chininie (w dawkach do 1,5 na dzień), bo przed podaniem było średnio 0,73 kwasu moczowego, po chininie zaś 0,34. Antypiryna niemal nic działała, a po fenacetynie miała się ilość kwasu moczowego zmniejszać. Za kwasem chinowym przemawia Weiss; podaje on go wraz z cytrynianem litu 0,15, *acid chinnicum* 0,50; 6—10 proszków (tabletki urozynowe po 0,50). Chinotropinę (kwas chinowy z urotropiną) zaleca de la Camp, bo choć badania nie stwierdziły po jej podaniu zmian w wydzielaniu kwasu moczowego ani u chorych, ani u zdrowych, jednakże klinicznie skutek ma być dobry; chinotropinę można podawać nawet w dużych dawkach, bo jest nieszkodliwa.

Poehl i Caro zalecają sperminę i pilocarpinę; mają one wytwarzać przechodnią alkalescencyę krwi, co jednak mojem zdaniem niema znaczenia.

Salicyl i przetwory salicylowe, według doświadczeń Bohlanda i zdania innych autorów, jak Haig, Schreiber, Zaudy, Luff, Salomé, Ebstein, Magnus-

Levy, zwiększają leukocytozę, a tem samem wywołują zwiększenie wydzielania kwasu moczowego i kwaśności moczu. Jeden tylko Magnus radzi podawać salicyl w ostrym napadzie dny.

W ostatnich czasach polecają magnesiumperhydrol Mercka (15%), ale o tym środku nic jeszcze stanowczo orzec nie można.

Leber podawał swoim chorym od 10—15 cytryn, żadnego jednak korzystnego wpływu nie stwierdził. W niektórych przypadkach kwaśność moczu nawet się zwiększała i kwasu moczowego było więcej. His i Hausmann potwierdzają ten ujemny wynik. Domber także przekonał się, że przy podawaniu cytryn wydzielanie mocznika i kwasu moczowego zwiększa się. Również Magnus Levy po podawaniu 25 cytryn dziennie nie widział żadnego skutku; natomiast nieraz wywołują cytryny podrażnienie żołądka. Do tych samych wyników doszli Ebstein i Noorden; Ebstein zaleca raczej kuracye wiśniami lub poziomkami; winogrona według niego nie mają szczególnego wpływu, a łatwo psują żołądek. Jeden tylko Klemperer radzi wyciskać sok z 4—8 cytryn i pić razem z wodą Vichy, przeciwko czemu przemawia Ebstein, gdyż po takich kuracyach widywał często niestrawność.

Niektórzy zalecają cytrynian sodowy, który w ustroju zmienia się na węglan i jako taki zostaje wydalony z ustroju. Według Stadelmana miała się przy tym środku ilość kwasu moczowego zmniejszać, a mocznik zachowywał się rozmaicie. Jewein podaje cytrynian sodowy w dawkach nawet 20,0—40,0 na dzień; dawki te czyniły już mocz stale alkalicznym.

Jeżeli już chodzi o zalkalizowanie moczu, to dopiero duże dawki sody zdolne są do tego, a więc 10 do 15 gr. na dzień, jak to naprzykład polecają Betz, Mordhorst, Stadelmann, Jewein, Cavazzani, (ten ostatni po 1,0—4,0). Przy tych dawkach zasadowość krwi zwiększa się. Według Jeweina duże dawki alkaliów wywołują zmianę w przemianie materyi. Inni jednak, jak Luff, Ebstein i His twierdzą, że takie duże dawki alkaliów nie wywołują pożądanych różnic w ilości kwasu moczowego, a psują żołądek. Z innych przetworów alkalicznych są jeszcze w użyciu cytrynian litowy, węglan litowy w małych dawkach, a nawet węglan wapniowy. Racze oczy podawał Noorden kilka razy dziennie po szczypcie (na koniec noża) w wodzie w pół godziny po jedzeniu i dodawał do tego wody alkaliczne, ale nie w takiej ilości, by mocz czynić alkalicznym. Podając jednak wapno, trzeba uważać na wypróżnienia, bo łatwo mogą się wytworzyć złogi wapienne w jelitach. Małe dawki węglanu litowego radzi podawać Ebstein: większe psują już żołądek, na co zwraca uwagę Binz. Według Haiga, Hisa zmniejsza się przy podawaniu związków litu ilość kwasu moczowego. Mendelsohn poleca cytrynian, a nie węglan litowy; węglan w wodzie sodowej zmienia się bowiem na dwuwęglan, a w żołądku tworzy się potem chlorek, który najmniej odpowiada zadaniu leczniczemu, bo i trudno się rozpuszcza i w większych dawkach drażni żołądek.

Podawano także mocznik na tej podstawie, że według Schroedera mocznik dobrze rozpuszcza kwas moczowy. 1,0 kwasu moczowego rozpuszcza się w 16.000 wody, ta sama ilość zaś rozpuszcza się w 2.000 częściach 2% rozczynu mocznika czyli rozczyn mocznika rozpuszcza kwas moczowy 8 razy lepiej od wody. Wychodząc z tego założenia, G. Klemperer, Strauss i Beckert podawali mocznik po 10,0 do 20,0 dziennie, ale prócz działania moczopędnego innego nie zauważyli. Niektórzy chorzy w 45 dniach zażyli od 120 do 650 grm. mocznika bez żadnych przypadłości, ilość zaś moczu z 1800 podnosiła się do 3.000, a nawet do 4.000. Podając zdrowym 4 do 6,0 kwasu moczowego przekonano się, że ustrój ilość tę rozkładał, bo w moczu nie pokazywało się więcej kwasu moczowego.

W sprawie działania gorących kąpieli także zgody niema, bo gdy jedni, jak Kostjurin, Godlewskij, Frey Schleih, Heligenthal, Naunyn twierdzą, że ilość mocznika zwiększa się po kąpielach gorących, to znów Koch, Szymanowski i Makowiecki temu zaprzeczają. Według doświadczeń Makowieckiego, w których ciepłota ciała w gorących kąpielach wzrastała do 38,0, a nawet 39,0, przemiana azotu po kąpielach zmniejszała się, ale przyswajanie tłuszczu zwiększało się. Formanek wykonał doświadczenia z gorącemi kąpielami na sobie i na innych osobach. Brał on suchą kąpiel o 65° R. przez 20 minut, potem parową o 41 R. przez 15 minut, a w końcu letnie tusze. Przemiana azotu po tych kąpielach była nieznaczna, ale jeżeli brano jedną kąpiel po drugiej, to przemiana była wówczas większa. Leukocytoza również była nieznaczna, coby przemawiało za większem wytwarzaniem się kwasu moczowego. Podobne doświadczenia wykonali na sobie Linser i Schmid: wskutek kąpieli 40°—43° po 45 minutach ciepłota ciała wzrastała do 40,2—40,4°, przyczem tętno się stawało szybkie, zjawiało się uczucie znużenia, ale wszystko to mijało po pewnym czasie; wydzielanie azotu podnosiło się, a waga spadała z 82,1 na 80,6. Dłuższe i jednostajne stosowanie gorących kąpieli nie zwiększa już potem wydzielania azotu.

Mordhorst twierdzi, że po kąpielach Wiesbadeńskich wogóle ilość kwasu moczowego zmniejszała się. Radzi on choćby zwykłe kąpiele od 28° do 32° R. 10 do 15 minut, poczem chory powinien leżeć i trochę się pocić.

Suchego gorąca próbował używać Sibley; stosował je (do 150°) na miejsca zajęte przez 1/2 i 1 godzinę, poczem następowała silna transpiracya, przyspieszenie tętna i oddechu; skutki stopniowo miały być dobre.

Pomimo różnych dotąd zdań, stosuje się w praktyce często ciepłe kąpiele pod rozmaitą postacią, jak również kąpiele mułowe, borowinowe, siarczane, naturalne solanki i kąpiele błotne w Limanach i w Saki obok Grot w Monsumano, w Pistoja, lub groty w Bormie.

Z miejscowości leczniczych, zalecanych w skazie moczanowej, wymienić należy: Trenczyn, Piszczany, Cieplice czeskie, Mehadia, Baden, Baden-Baden, Cantezas, Ragatz, Pfäfers, Wiesbaden, Wildbad, Warmbrunn, Aix les Bains, Battaglia, Gastein, Akwizgran, Weilbach, Iwonicz, Badenweiler, Schlingenbad, Tuffer, Swoszowice, Lubień, Truskawiec, Solec, Busk.

Według badań Formanka jednorazowa zimna kąpiel niema wpływu na przemianę azotu; jeżeli zaś bierze się zimne kąpiele dłużej, to wydzielanie azotu zwiększa się. Ebstein i Senator nie radzą wogóle zimnych kąpieli, tak rzecznych, jak i morskich, zezwalając na nie chyba u młodych i silnych osób, a i u tych trzeba te kąpiele bardzo ostrożnie stosować. Natomiast raczej już nacierania i obmywania zimną wodą mogą dobrze działać, wpływając hartująco na skórę i poprawiając jej czynność.

Praca mechaniczna wpływa także na wydzielanie kwasu moczowego. Wpływa ona na szybszy ruch w naczyniach chłonnych i żywszy obrót soków tkankowych. Laval stwierdził, że przy zwiększonem poceniu się następuje wzmożone wydzielanie kwasu moczowego. Z drugiej jednak strony ruch zbyt duży szkodzi, co podnosi już Kolisch. Podaje on, że prawidłowy mocz przed pracą mechaniczną zawierał 0,93 kwasu moczowego, podczas jazdy na łyżwach 1,14, po jeździe zaś 1,20. Laval wykonywał przez miesiąc doświadczenia na sobie; wyniki bywały rozmaite, a nawet w dniach wypoczynku trafiało się większe wydzielanie kwasu moczowego. Doświadczenia jednak na 7 żołnierzach, jednako się żywiących, stwierdziły, że przy pracy mechanicznej ilość mocznika się zwiększa, ale kwas moczowy trzyma się we właściwych granicach. To też większość tych, którzy się tem szczegółowiej zajmowali, wśród nich Ebstein i Senator, polecają umiarkowany ruch, forsowny zaś uważają za szkodliwy. Senator podnosi zwłaszcza dobroczynne działanie zajęć w ogrodzie, umiarkowanej konnej jazdy,

gimnastyki, polowania, a niemniej zaleca też i ruchy bierne. Łączyć z tem można miesienie, które według Bendixa wywołuje zwiększone wydzielanie moczu, większe wydzielanie azotu w moczu, lepsze zużycie tłuszczu przez jelita i działa pobudzająco na cały obieg w naczyniach tak krwionośnych, jak i chłonnych. Przy zastosowaniu miesienia odżywienie skóry jest lepsze, a więc i czynność jej może łatwiej zastąpić nerki. Ogólne więc miesienie zalecać się może bardzo w przewlekłych objawach skazy moczanowej.

Wszyscy się na to zgadzają, że chorzy na dnę powinni się ciepło ubierać i chronić ciało od nagłego oziębienia. Praktyka wskazuje, że chorzy tacy są bardzo wrażliwi na zimno i unikają chłodów; natomiast pobyt w suchych i gorących krajach zwykle działa korzystnie. Mierne pocenie się zmniejsza pracę nerek, które, jak wiadomo, tak często są przy skazie moczanowej zajęte.

Elektryzowanie prądem stałym, i to elektrodą ujemną, ma mieć w tem uzasadnienie, że zasadowość soków ma się pod wpływem ujemnego prądu zwiększać. Korzystnie zwłaszcza ma działać łączenie elektryzowania z miesieniem, jako t. zw. miesienie elektryczne.

Picie wody zwykłej, według doświadczeń Leva, Laquera nie zwiększa wydzielania się kwasu moczowego.

Co do działania wód mineralnych, istnieje cały szereg badań, że wymienię tylko prace Lebera, Ludwiga, Leva, Laquera, Schreibera, Hisa, Zaudy i innych. Z natury rzeczy zalecane bywają wszystkie wody alkaliczne, zacząwszy od najsłabszych aż do najsilniejszych, od wód działających tylko przepłukująco, jak Wiesbaden, z małą zawartością soli i sody, a wogóle we wszystkich z bardzo nie wielką ilością litu, aż do wód, zawierających siarkany, a więc działających mniej lub więcej przeczyszczająco.

Głównie w tych wodach działa soda, w mniejszym już stopniu sól. Wiemy jednak, że chcąc wpłynąć na zasadowość krwi, trzebaby podawać znaczne ilości; dopiero 12—16 grm. sody wystarcza, by mocz utrzymać zasadowym. Pierwszy Stadelmann stwierdził, że użycie 20—30 grm. sody nie działa na ustrój szkodliwie, jeżeli się ją podaje w solankach lub wodach z kwasem węglowym (szczawach). Przez sodę odciąga się ustrojowi bardzo wiele soli kuchennej, dla tego powinno się to wyrównać przez picie soli w wodzie mineralnej. Powinno się dostarczać ilość soli odpowiednią, jaka prawidłowo we krwi się znajduje (6 do 7,5‰). Dostarczać jej zaś powinno się tem bardziej, że sól podnieca trawienie, przyspiesza przemianę materyi, zwiększa ilość moczu i przeciwdziała tworzeniu się złogów kwasu moczowego.

Strauss i Hermann jednak utrzymują stanowczo, że alkalia nie zmniejszają wydzielania kwasu moczowego. Natomiast Salkowski i Spiller w swoich doświadczeniach znaleźli wydzielanie zmniejszone. Według zaś Hisa soda raz wywoływała zmniejszenie, to znowu zwiększenie ilości kwasu moczowego.

Z wodą Kissingen wykonali szereg doświadczeń Dapper i Noorden. Przy piciu 600 c. sz. zmian w przeróbce istot białkowatych nie było, natomiast wydzielanie kwasu moczowego ulegało nieznacznym zmianom. Średnio bowiem było go przed piciem 0,47, a przy piciu bywało 0,52 na dzień. Tak Noorden, jak i Dapper zwracają przytem uwagę, że surowe owoce przy piciu wód Kissingen śmiało podawać można, (im Prinzipe vertragen sich die beiden ganz wunderbar mit einander), byle je spożywać w kilka godzin po wypiciu wody. Mówią oni wyraźnie: »Brunnencur schliesst an sich kein einziges Nahrungsmittel aus: nur der Krankheitzustand als solcher vermag ein Verbot zu rechtfertigen«.

Z doświadczeń, jakie podjęli Schreiber i Zaudy z wodą »Offenbacher Kaiser Friedrich Quelle«, wynika, że działanie jej na wydzielanie kwasu moczowego było bardzo nieznaczne, ale w ilości zasad ksantynowych różnica była widoczna. Ten sam wynik dały doświadczenia z wodą Fachingen. Wszystkie te wody mają zwiększać zdolność moczu do rozpuszczania kwasu moczowego. Ebstein zaleca wodę Offenbach nawet przez dłuższy czas, ale radzi ją pić w miernych ilościach.

Doświadczenia Lebera ze słoną wodą dowiodły, że po niej ilość kwasu moczowego trochę się wzmagała.

Hoisel poleca wodę Rohitsch ze źródła »Styria«, bo zawiera ona wiele soli kwasu węglowego, szczególnie węglan magnezowy. Przy piciu wody tej ma się poprawiać czynność jelit, co przy skazie moczanowej odgrywa ważną rolę. Z innych wód najbardziej używane i znane są wody Vichy, Contrexeville, Vals, Asmanshausen, Salzschlirf, Neuenahr, Tarasp, Bilin, Salvator i karlsbadzkie. Wody karlsbadzkie nie działają jednak lepiej, niż inne podobne wody, a Ebstein, który ma pod tym względem znaczne doświadczenie, radzi podawać wody karlsbadzkie ostrożnie i w małej ilości.

Z naszych wód mogą być stosowane: Szczawnicka Magdalenka, Słotwinka, Wysowska, Rymanowska i Truskawiecka (Naftusia).

Obok tego podano cały szereg wód sztucznych, mających wpływać na rozpuszczenie kwasu moczowego. Z takich wód zagranicznych najbardziej zalecaną bywa tak zwana: »Wiesbaden Gichtwasser«. W porównaniu z najużywańszemi wodami naturalnemi zawiera ona:

	Gichtwasser	Vals	Bilin	Vichy	Fachingen
chlorku sodu	7,4	1,10	—	0,53	0,63
„ litu	0,02	—	0,01	—	—
dwuw. sod.	8,1	6,0	—	5,1	3,57

Zwykle wystarcza 1 flaszka dziennie tej wody do utrzymania zasadowości moczu; jednakże E. Pfeifer dowodzi, że doprowadzać mocz do odczynu zasadowego jest rzeczą zupełnie zbyteczną i niema najmniejszego celu. Z nowych sztucznych wód należy wymienić przedewszystkiem wody sztuczne prof. Jaworskiego.

W leczeniu ostrego napadu dny radzą w pierwszych początkach napadu, o ile jest możliwe, chodzić, co czasem ma przerywać napad. O ile już chory nie może chodzić, trzeba zajęty staw dobrze ułożyć i zabezpieczyć od wszelkiego urazu. Należy też podać jakiś lekki środek przeczyszczający, by wywołał 2—3 stolce. W tym celu Renz zaleca n. p. Inf. Manna elect. 20—100, Vini sem. colchic. 4,0, Magn. sulfur. 40,0, Gumigutti 0,25, Aq. ment. pip. 50,0, Syr. foeniculi 30,0. D. S. Co $^1/_2$ godz. do 3 godz. 1 łyżkę. Można zresztą podać poprostu olej rącznikowy, aloes, kaskarę, rzewień *(rheum)*, byle nie sole alkaliczne przeczyszczające.

W ostrym napadzie dny zaleca się przedewszystkiem nastój zimowitowy *(tinctura colchici)* w dużych ilościach, a więc i do 100 kropel na dzień, lub też jeden z tak zachwalanych przetworów zimowitu: »Liqueur Laville«, »Liquor Colchici. comp. Mylius«, »Alberts remedy« lub »Liqueur Bejeau«, wreszcie i kolchicynę po 0,001 lub przetwór francuski »Granules titrées de Colchicine Hondé«.

Z innych przetworów tak sidonal, jak i urozyna nieraz dobrze działają, ale nigdy tak dobrze, jak przetwory zimowitu. Ponieważ w napadzie dny chodzi o to, by ułatwić wydzielanie się kwasu moczowego, to mojem zdaniem, podawanie kwasu solnego jest uzasadnione, a alkaliów podawać nie należy. Podawanie kwasu solnego w dużych ilościach, nawet do 5,0 na dzień, wywołuje nieraz szybką ulgę i skraca napad. W mniejszym stopniu, niż kwas solny, jednak korzystnie działają i kwas salicylowy lub podobne związki, jak salicylan sodu, aspiryna, ale podawać trzeba 5 do 10 grm. na dzień. Najlepiej podawać co 2 godziny po 1,0 lub co godzinę $^1/_2$ grm. Podawać można dalej fenacetynę, antypirynę, salol, fenokol, salipirynę, laktofeninę od 2 do 4 grm. dziennie. Jeżeli to nie pomaga, to nie zostaje nic innego, jak morfina.

Co do dyety w napadzie ostrym, to pozwalamy na zupki, kleiki, kaszki, a zabraniamy mięsa, pożywnych zup, jaj, sera. Wód alkalicznych podczas napadu nie należy podawać żadnych, ponieważ mogą one wywołać wytwarzanie dwumoczanu sodowego, któryby się do tkanki mógł wydzielić.

Stosowanie zimna przy ostrych napadach nie jest wskazane, bo także może wywołać wydzielanie się dwumoczanu sodowego, trudno rozpuszczalnego. Również nieodpowiednie jest miesienie, bo wywołuje silne podrażnienie, ból i do usunięcia obrzęku wcale się nie przyczynia. Lepiej stosować okłady wysychające, zmieniane co pewien czas, z płynu Burowa lub wody gulardowej. Gdy chory wilgotnych okładów nie znosi, dawać tylko okład z waty. Jeżeli się przeciąga napad, to należy podać wtedy jodek potasu 5 : 150 i nastój zimowitowy. Gdy napad ustępuje, należy używać biernego i czynnego ruchu, ciepłych kąpieli i lekkiego miesienia.

Wobec zaburzeń czynności serca (Gichtherz), naśladujących typowe napady dusznicy bolesnej, radzą podawać azotyn amylowy, strychninę, jodek potasu, arszenik i środki lekko przeczyszczające.

W migrenie na tle dnawem zalecają obok leków nerwowych (*nervina*) także antypirynę, fenacetynę, a przedewszystkiem salofen. Dawniej zalecano także upusty krwi po 100 do 200 grm., ale okazało się, że nie wywołują one zmiany w zachowaniu się kwasu moczowego, a mogą niepotrzebnie chorego osłabiać.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Peters. **W sprawie sedymentacyi (plwociny gruźliczej) zapomocą wody utlenionej wedle sposobu Sachs-Mükego.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 9). Ujemną niewątpliwie stroną tego sposobu jest dostawanie się bakteryi do tworzącej się piany, przez co ubywa ich w warstwie opadającej, z której robi się preparaty. Autor dąży do zmniejszenia pienienia się cieczy przez powolne dolewanie wody utlenionej i czekanie do drugiego dnia, póki piana nie opadnie, wreszcie przez ostrożne mieszanie piany pałeczką szklanną. Gdy to nie pomaga, należy i w pianie poszukiwać prątków gruźliczych. *Dr M. Godlewski.*

Lewiński. **Próba desmoidowa Sahlego i próba łącznotkankowa Schmidta.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 9). Spostrzeżenie Schmidta, przemawiające za tem, że tkanka łączna, odporna na działanie soku jelitowego i trzustkowego, ulega trawiącemu działaniu prawidłowego soku żołądkowego, zużytkował tenże autor w swej próbie łącznotkankowej, (125 gr. surowej tkanki łącznej podaje się w posiekanem obsmażonem mięsie, poczem poszukuje się gołem okiem tkanki łącznej w stolcu; przy prawidłowej czynności żołądka ilość ta tkanki łącznej zostaje w zupełności strawiona), Sahli zaś w desmoidowej, używając jako materyału łącznotkankowego surowego katgutu, którym zawiązuje gumowe woreczki, wypełnione błękitem metylenowym (jeżeli żołądek swą czynność chemiczną pełni należycie, katgut zostaje strawiony, wysypany barwik wchłoniony zabarwia znamiennie mocz w ciągu najwyżej 20 godzin). Lewiński postanowił obie te próby porównać, ze względu bowiem na tożsamość materyału (tkanka łączna) powinny obie próby zawsze wypadać zgodnie. Tymczasem doświadczenia, wykonane przez L., dowodzą, że niejednokrotnie zgodności tej niema; przyczyna tego niezawsze jest jasna; w każdym razie trzeba zważyć, że katgut nie nadaje się do zamykania woreczków w próbie desmoidowej, gdyż rozpuszcza się (Saito) w mieszaninie soku trzustkowego i jelitowego. Doświadczenia L. ograniczają tedy znaczenie próby desmoidowej. Autor przykłada wielką wagę do próby łącznotkankowej Schmidta, przy wykonywaniu zaś próby desmoidowej Sahlego zaleca zachowanie pewnych ostrożności (położenie badanego na bok lewy, zmiana zawartości woreczków). *Dr M. Godlewski.*

Klauber. **W sprawie rozpoznawania i leczenia ropowicy żołądka** (*gastritis phlegmonosa*). (*Zentralbl. f. inn. Med.* 1907, Nr 7). Z 83 przypadków ropowicy żołądka, zestawionych przez Schnarrwylera (*Arch. f. Verd.* 1906, T. XII, Z. 2), zaledwie 6 skończyło się wyleczeniem. Atoli właśnie w tych przypadkach brak było ścisłego rozpoznania. K. opisując jeden wyleczony przypadek, zwraca uwagę na rozpoznawczą doniosłość badania treści żołądkowej. W początkach choroby znajdują się w niej (jak i w stolcu) obfite strzępy białe, złożone z nabłonków żołądkowych; w dalszym przebiegu składa się treść żołądkowa prawie wyłącznie z ciałek ropnych. K. zaleca przedewszystkiem pilnie chorego nadzorować, by na wypadek przebicia żołądka można dostatecznie wczas wkroczyć, odradza natomiast próbnej, jak i zapobiegawczej laparotomii. Za główne leczenie uważa ostrożne opróżnianie żołądka przy pomocy zgłębnika, po którem u swego chorego zawsze zauważał poprawę stanu ogólnego. Ponieważ chorego odżywiać nie można ani przez usta, ani przez odbytnicę, stosuje K. dla podtrzymania sił podskórnie kalodal (1—2 prc. w rozczynie fizyologicznym soli). *Kasprzyk.*

Prof. A. Gizelt. **Ciała gorzkie i alkohol jako środki trawienne.** (*Now. lek.* 1907, Nr 2). Środki gorzkie, stykając się z błoną śluzową żołądka, nie wywierają na czynność gruczołów żołądkowych żadnego bezpośredniego wpływu. Nie wywołując zwiększonego wydzielania soku żołądkowego i nie podnosząc jego siły trawiennej, nie mogą być uważane za środki »żołądkowe i trawienne« w ścisłem słowa znaczeniu, tembardziej, że i na wydzielanie soku trzustkowego i żółci również nie wywierają wpływu. Natomiast w przypadkach braku łaknienia środki te mają ważne znaczenie. Łaknienie, nie występujące na widok i zapach potraw, nawet najsmaczniejszych, zjawia się po podaniu środków gorzkich. Przyjmowanie pokarmów po spożyciu środka gorzkiego jest niejako przymusowe, staramy się bowiem w pierwszym rzędzie usunąć silny, nieprzyjemny, gorzki smak. Cel ten osiągamy przez żucie ciał stałych, przyczem wydziela się znaczna ilość śliny, rozcieńczającej środek gorzki i osłabiającej smak gorzki. Środki gorzkie wywierają pośrednio dodatni wpływ na poprawę trawienia, gdyż z chwilą zjawienia się chęci do jedzenia powstają warunki dla wydzielania soku żołądkowego, t. zw. psychicznego. Ważne rozstrzygające znaczenie mają przy tem wrażenia dotykowe przez zetknięcie się ciał gorzkich z błoną śluzową, głównie dziąseł. — Wyskoku nie można uważać za środek poprawiający trawienie, ponieważ zakłóca trawienie i działa niszcząco na siłę trawienną soku trzustkowego. Może on wszelako odegrać poważną rolę w polepszeniu odżywiania w przypadkach braku łaknienia u takich osobników, które z powodu pochłaniających je zajęć zawodowych i przygnębiających wrażeń nie mogą się skupić na akcie jedzenia. Wówczas wyskok, porażając ośrodki nerwowe, usuwa psychiczny indyferentyzm względem przyjmowania pokarmów, które to przyjmowanie pociąga za sobą wydzielanie się soku żołądkowego. Dla wywołania takiego skutku wystarczają małe ilości lub słabe rozczyny wyskoku, które rozcieńczają się jeszcze bardziej przez wydzielające się w większej ilości soki trawienne. Rozcieńczenie bowiem wyskoku około 1—2 prc. nie obniża siły trawiennej soku żołądkowego. *Blassberg.*

Rahn. **Ovogal, nowy środek żółciopędny.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 10). Środek ten, którego własności żółciopędne stwierdzono doświadczalnie na zwierzętach, stanowi połączenie kwasów żółciowych z białkiem. Prócz chorób wątroby (kamicy, żółtaczki nieżytowej i t. d.) podawał go autor i w pewnych chorobach przewodu pokarmowego rzekomo z bardzo dobrym wynikiem. Podaje się do 3 łyżeczek dziennie w postaci proszku lub w kapsułkach po 0,5. *Dr M. Godlewski.*

Schlesinger i Holst. **O wartości próby benzydynowej przy wykrywaniu najmniejszych krwawień w zakresie narządu trawienia i narządu moczowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 10). Próba ta jest niewątpliwie niezmiernie czuła, co stanowi równocześnie jej zaletę i wadę. Wadę, gdyż nawet ślady krwi, zawarte w pokarmach mięsnych, mogą być przyczyną dodatnich wyników tej próby. Łatwo jednak temu zaradzić, stosując przynajmniej przez 3 dni dyetę bezmięsną. Autorowie nie sądzą, aby drobne ślady barwika krwi, zawarte w żółci, mogły wywoływać dodatni wynik próby. Mała ilość kału, użytego do próby, nie zmniejsza wobec nadzwyczajnej czułości próby znacznej szans wykrycia krwi, zwłaszcza że przez dokładne wymieszanie kału lub roztarcie go w moździerzu łatwo złemu zaradzić. Autorowie wykonują próbę w sposób następujący: Do odczynnika ($^1/_2$ cm. świeżo przygotowanej mieszaniny benzydyny i kwasu octowego zgęszczonego (*ac. acet. glaciale*) + 3 ctm. 3 prc. wody utlenionej) dodajemy kilka kropel świeżo zagotowanej zawiesiny wodnej badanego stolca (ilość kału wielkości ziarna grochu w $^1/_5$ probówki wody). W razie obecności krwi powstaje natychmiast zabar-

wienie niebieskie, a jeźli krwi jest bardzo mało, zabarwienie zielone.

Do wykrywania krwawień z dróg moczowych należy próbę tę uważać za najniezawodniejszą i najczulszą. Z moczem wykonywać ją należy w sposób następujący: Do 10 ctm. moczu z dodatkiem $^1/_2$—1 ctm. kwasu octowego zgęszczonego dolewamy po wymieszaniu trzecią część tej objętości eteru z dodatkiem 5—10 kropel bezwzględnego wyskoku, a po dokładnem wymieszaniu i następowem odstaniu się warstwy eterowej przen si się tę warstwę pipetą do probówki z odczynnikiem benzydynowym (przygotowanym, jak poprzednio). Po wymieszaniu powstaje niebawem w razie obecności krwi zabarwienie niebieskie, lub też zielone. *Dr Maryan Godlewski.*

Garhammer. **W sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 8). Wbrew zdaniu przeważnej większości dzisiejszych klinicystów przechyla się autor stanowczo ku leczeniu zachowawczemu, popierając swe zapatrywanie bardzo korzystną statystyką. *Dr M. G.*

Rubin. **Wydzielanie się urobiliny w przebiegu duru.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 11). Urobilina nie wydziela się lub wydziela się tylko w bardzo małej ilości w okresie wznoszenia się gorączki, oraz w okresie gorączki ciągłej w durze; z chwilą pojawienia się pierwszych spadków ciepłoty, oraz w okresie wyzdrawiania wzrasta jej ilość. Może to mieć pewne znaczenie w rozpoznawaniu i rokowaniu. *Dr M. Godlewski.*

Leick. **Leczenie duru pyramidonem.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 12). Wyniki leczenia mają być bardzo dobre. Należy podawać co 2 godziny w dzień i w nocy po 10 ctm. 2 prc. rozczynu pyramidonu. *Dr M. Godlewski.*

Schottelius. **Haemostix.** (*Münch. med. Wochs.* 1907. Nr 11). Przyrząd, podany przez S., a nazwany »haemostix«, ma na celu ułatwienie zebrania krwi do badania, zwłaszcza u chorych, bojących się noża. Zasada przyrządu przypomina klucz, używany przez konduktorów do przecinania biletów. Zakłada się go na duży palec, a na wskazujący podkładkę z korka. Przez zbliżenie obu palców nożyk robi na płatku ucha odpowiednie nacięcie szybko i prawie bezboleśnie. *Klęsk.*

Salecker. **Badanie krwi chorych na dychawicę.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 8). W czasie napadu dychawicy wykrztuszona zostaje z plwociną obfita ilość komórek eozynochłonnych, stąd zmniejszenie się odsetkowe ich, jakoteż wogóle komórek jednojądrzastych we krwi po napadzie. Stratę tę wynagradza ustrój nadmiernem wytwarzaniem (prawo Weigerta), to też w jakiś czas po napadzie, zatem w czasie od napadów wolnym, znajdujemy ilość tych komórek większą, niż we krwi prawidłowej; wtedy też stosunek wielojądrzastych do jednojądrzastych jest odwrotny, jak we krwi prawidłowej, t. j. pierwszych jest mniej, niż drugich. *Dr M. Godlewski.*

F. Kisch junior. **Jak oddziaływa prawidłowy narząd krążenia na naturalne kąpiele z kwasem węglowym?** (*Wiener med. Presse* 1906, Nr 52). Doświadczenia wykonywał autor zapomocą wody maryenbadzkiej, zuwierającej w 1 litrze 1127·74 ctm.^{3} wolnego CO_2 i doszedł do następujących wniosków: Kąpiele z CO_2 o ciepłocie 32·5—36·25° C. wywołują u zdrowego człowieka podniesienie się ciśnienia krwi z jednoczesnem zmniejszeniem się liczby tętna i oddechów. Naczynia skórne rozszerzają się, naczynia zaś w zakresie nerwu trzewnego (*n. splanchnicus*) ulegają zwężeniu, co wywołuje lepszy przepływ krwi i dokładniejsze wypełnienie tętnic. Serce musi wykonywać większą pracę, ponieważ jednak rozkurcz trwa dłużej (tętno zwolnione), może ono po każdym skurczu dostatecznie wypocząć i przygotować się do następnego skurczu, wskutek czego nie przychodzi do wyczerpania. Kąpiele zaś o 37°, a zwłaszcza o 40° C. obok znacznego podwyższenia ciśnienia krwi wywołują jednocześnie przyspieszenie tętna; niema więc już korzystnego stosunku między wzmożoną pracą serca, a koniecznem przedłużeniem okresu odpoczynku. Działanie powyższe nie ustaje z chwilą wyjścia z kąpieli, ale utrzymuje się jeszcze $^1/_2$—1 godziny. *Friediker.*

Pedyatrya.

Finkelstein. **O zatruciu pokarmowem w wieku niemowlęcym.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, I i III). Przez tę nazwę rozumie autor zbiór objawów, będący wyrazem głębokich zaburzeń w przemianie materyi, a pojawiający się głównie przy chorobach żołądkowo-kiszkowych i zaburzeniach odżywiania, ale mogący także rozwinąć się na tle rozmaitych innych chorób, np. chorób zakaźnych ogólnych, jak odra i płonica i na tle posocznicy. Składają się na niego następujące objawy: upośledzenie przytomności, znamienna zmiana typu oddychania, t. zw. wielkie oddychanie, glikozurya pokarmowa, gorączka, zapad, lub też objawy osłabienia serca, biegunki, białkomocz i cylindrurya, spadek ciężaru ciała i leukocytoza. Objawy te występują z różną siłą i mogą przez rozmaite łączenie się z sobą tworzyć różne typy, z których najważniejszymi są: typ cholerowaty, typ śpiączkowy i t. zw. hydrocefaloid.

Wczesne rozpoznanie jest ważne, a naprowadza na nie przedewszystkiem zmiana w wejrzeniu i zachowaniu się dziecka. Trzeba być dobrze obznajomionym z mimiką i całem zachowaniem się zdrowego oseska, aby zauważyć dokładnie także drobniejsze zboczenia. Tymczasem obecna szkoła tego wyćwiczenia nie daje, zwracając zbytnią uwagę na objawy miejscowe, zachowanie się stolca itd. Objawy te zaś bardzo często zawodzą, stolce n. p. mogą niczem nie różnić się od zwykłych stolców dyspeptycznych.

Określenie opisywanego stanu nazwą »nieżytu żołądkowo-kiszkowego« lub »choleryny« uważa autor za niestosowne i szuka analogii w wielkich katastrofach przemiany materyi: mocznicy, żółcicy i śpiączce cukrzycznej. Podobnie, jak przy chorobach nerkowych i mocznicy, osobno zatem należałoby rozważać przyczyny i istotę choroby podstawowej (niestrawność, nieżyt żołądkowo-kiszkowy, posocznica), osobno genezę sprawy intoksykacyjnej i przyrodę ciał, wywołujących zatrucie.

W drugim artykule zajmuje się autor wyłącznie zatruciem pokarmowem, występującem na tle zaburzeń odżywiania, t. j. stanów, które powstają u oseskόw skutkiem zaburzeń w przebiegu sprawy odżywiania z wyłączeniem wszelkich obcych czynników, np. zakażeń, rozkładów bakteryjnych. Fakt, że u dziecka, w pewien szczególny sposób chorego i okazującego zwiastuny (stolce dyspeptyczne, nieregularności w krzywej ciężaru ciała, małe wzniesienia gorączkowe), zwiększenie ilości pokarmu całego, lub zwiększenie ilości pewnych składników wywołuje z matematyczną ścisłością objawy zatrucia, a przeciwnie usunięcie pewnych składników, zmniejszenie ilości pożywienia, lub najwybitniej dyeta wodna objawy zatrucia usuwa, dowodzi najlepiej pokarmowego pochodzenia zatrucia i pozwala wyłączyć bakterye jako jego przyczynę. Po raz pierwszy, według autora, dochodzimy do wniosku, że pokarmy mogą działać w pewnych warunkach, jak gwałtowne trucizny i wywoływać stany, podobne do cholery lub duru brzusznego, połączone z wysoką gorączką. Co do działających składników pożywienia, to chodziłoby głównie o dwa: cukier i tłuszcz; przeciwnie białko, a w szczególności sernik, jest zupełnie obojętny, to znaczy objawów zatrucia nie wywołuje. Sernik, bakterye, a może i sole mają jednak znaczenie w przygotowaniu tego stanu, na tle którego rozwija się dopiero zatrucie pokarmowe. Co do przyrody jadów dochodzi autor do wniosku, że chodzi o jady przemiany materyi, t. j. istoty, powstające skutkiem nieprawidłowych losów pożywienia w pośredniej przemianie materyi, na tle swoistej ogólnej niedomogi sprawy odżywiania. *Lewkowicz.*

Thiemich i Birk. **O rozwijaniu się w późniejszem dziecięctwie oseskόw, które przebywały drgawki.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, I). Przy próbach określenia związku między drgawkami dziecięcemi, a padaczką i innemi nerwicami lub psychozami, pojawiającemi się w wieku dojrzałym, stwierdzanie w wywiadach drgawek dziecięcych w mniejszym lub większym odsetku przypadków nie prowadzi do celu, bo w ten sposób drgawki różnorodnego pochodzenia lub nawet inne objawy, które laicy określają jako drgawki, miesza się między sobą. Pozostawałoby śledzenie dalszych losów dzieci, które przebywały drgawki i kurcze głośni. Tę drogę obrali autorowie i przeprowadzili spostrzeżenia na 64 dzieciach. Ponieważ jednak spostrzeżenia rozpoczęto w roku 1899, zatem najstarsze dzieci mają zaledwie 7—8 lat, stąd też materyał ten do rozstrzygnięcia pytania o związku z padaczką się nie nadaje. Wyniki mimoto pod niejednym względem są zajmujące. Okazało się, że w rozwoju umysłowym takich dzieci było niespodziewanie wiele nieprawidłowości, szczególniej w zakresie inteligencyi. Prawie połowa (45 prc.) przypadała na dzieci słabo uzdolnione, co u dzieci szkolnych uwydatniało się ogólnie powolnym postępem, a szczególniej słabym postępem w rachunkach. W związku z tem pozostaje późniejszy rozwój mowy, szczególniej u dzieci słabo uzdolnionych. U wielu dzieci zauważono nadto najrozmaitsze objawy nerwowości, a tylko u $^1/_3$ nie było zboczeń. Ale i co do tej części są pewne zastrzeżenia. Postępy dobre okazywali tu najczęściej jedynacy, jak można przypuszczać, jedynie skutkiem odpowiedniej pomocy w domu. W etyologii, ale także w rokowaniu największe znaczenie ma dziedziczność. Najczęściej u ro-

dziców lub rodzeństwa stwierdzano również drgawki, lub inne objawy spazmofilii, rzadziej chorobę nerwową; nigdy nie stwierdzono padaczki, co wobec wybitnej bezpośredniej dziedziczności padaczki przemawia przeciw związkowi między padaczką, a drgawkami dziecięcemi. Spazmofilię należy uważać za wynik uszkodzenia mózgu w zawiązku przez czynniki dziedziczne, co uwydatnia się później intelektualną, lub psychiczną niższą wartością; jest ona objawem wczesnym obu tych zboczeń. *Lewkowicz.*

Schmorl. **O patogenezie zmian kostnych, występujących przy chorobie Barlowa.** *(Jahrb. f. Kinnerh.* 1907, I). Autor na podstawie danych z piśmiennictwa i własnych badań występuje przeciw przypuszczeniu Lossera, który wszystkie zmiany, napotykane przy gnilcu niemowlęcym w kośćcu, odnosił do krwotoków i skazy krwotocznej. Zmiany te: krwotoki, przemiana szpiku kostnego w szpik zrębowy (Gerüstmark) i zanik istoty kostnej, są między sobą równorzędne i występują też niekiedy niezależnie jedne od drugich, lub nie odpowiadają sobie wiekiem i rozległością. *Lewkowicz.*

Flesch. **Przyczynek do patologii choroby Barlowa.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, I). W etyologii choroby Barlowa zasadniczą rolę gra długie i wyłączne żywienie mlekiem wyjałowionem. Czynnik ten nie wywołuje jednak choroby zawsze; trzeba przyjąć obok tego osobnicze usposobienie. Otóż w dwóch przypadkach autora dzieci pochodziły po stronie matki z rodzin, w których wielokrotnie stwierdzano cukrzycę, a same matki wydzielały podczas ciąży pokaźne ilości cukru w moczu. *L.*

Neumann. **Nieczyste tony serca u dzieci.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 8). Zdaniem autora należą nieczyste tony serca u dzieci do zjawisk bardzo częstych (między 6—10 r. ż. w 49·4 prc.). Objaw ten zjawia się według autora najczęściej po przebyciu spraw zapalnych górnego odcinka dróg oddechowych (n. p. po zapaleniu gardła) i trwa nieraz długo i uparcie. Szmer jest słabszy, niż przy wadach zastawkowych; brak powiększenia wymiarów serca i zaostrzenia drugiego tonu nad tętnicą płucną stanowi tutaj regułę. Częstą jest niemiarowość tętna, co przemawia za tem, że sprawa ma tło anatomiczne. Najprawdopodobniej przyczyna tkwi w samym mięśniu sercowym. Zdaniem autora mają objawy niedomogi sercowej nie występować w tych razach wcale. *Dr M. Godlewski.*

Mołczanow. **Spostrzeżenia nad leczeniem płonicy surowicą Mosera.** *(Russkij Wracz,* Nr 50 i 51, 1906). W klinice chorób dziecinnych w Moskwie wstrzykiwał M. pod skórę brzucha zapomocą przyrządu Bobrowa po 200 ctm. sz. surowicy Mosera w 33 przypadkach płonicy (10 średnich, 18 ciężkich i 5 bardzo ciężkich). W razie potrzeby wstrzykiwano surowicę powtórnie po przejściu 1—2 dób, zmniejszając dawkę o połowę. Odsetek śmiertelności jest tem znaczniejszy, im później robiono wstrzykiwania. Wstrzykiwanie ani razu ropnia nie wywołało. Zresztą co do leczenia przestrzegano przedewszystkiem, by chory przez 3—4 tygodni leżał w łóżku i stosowano dyetę mleczną. Jamę ustną i gardło oczyszczano zapomocą płukań wodą utlenioną i 5 prc. rozczynem ichtyolu. Ze swych spostrzeżeń wysnuwa M. następujące wnioski: Surowica Mosera w większości przypadków płonicy obniża ciepłotę i wywiera wpływ dodatni na ogólny stan chorego, na tętno, oddech i objawy nerwowe. Wogóle jednak na całą sprawę płoniczą widocznie surowica głębokiego wpływu nie wywiera, np. na zapalenie migdałków i gardła prawie zupełnie nie oddziaływa, powikłaniom nie zapobiega, okresu gorączkowego i przebiegu choroby nie skraca. Surowica ta oddziaływa przeważnie na jady, które zatruwają ustrój przy płonicy. M. radzi więc stosować surowicę w przypadkach, gdzie występują objawy zatrucia, wstrzykując ją możliwie wcześnie, w każdym razie nie później, niż czwartego dnia choroby. *Z. Jastrzebski* (Petersburg).

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Litten. **Zapalenie płuc urazowe.** *(Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 13). L. uznaje w zupełności możność wystąpienia zapalenia płuc po urazie, n. p. zgnieceniu klatki piersiowej. Zapalenie może wystąpić nietylko w miejscu zadziałania urazu, ale i dalej, przyczem na skórze klatki piersiowej niekoniecznie powstać muszą zmiany. Zapalenie płuc spostrzegał też L. po dźwiganiu ciężkich przedmiotów. Naturalnie często wydarzać się mogą w takich przypadkach krwawe nacieczenia płuc, dające kliniczny obraz sprawy zapalnej. Przy dźwiganiu ciężarów często wydarzają się też pęknięcia płuc. Ciężary dźwiga się zwykle wśród głębokiego wdechu przy zamkniętej głośni, co tłómaczy łatwo mechanizm takich pęknięć. Zapalenie płuc po urazie występuje najdalej 6. dnia, wydarza się głównie u mężczyzn i przebiega ciężko, nieraz śmiertelnie (do 68 prc. śmiertelności). *Klęsk.*

Levy. **Śmiertelność z chorób usznych i znaczenie jej przy ubezpieczaniu na życie.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 13). Wiele Towarzystw asekuracyjnych nie przyjmuje zupełnie chorych na ropotok uszny, inne każą płacić takim chorym o wiele drożej, a inne w końcu polecają doszczętną operacyę i dopiero po wyleczeniu przyjmują ubezpieczenie. L. zestawił statystykę śmiertelności chorób usznych celem wyświetlenia tej sprawy. W statystyce jednego z większych Towarzystw ubezpieczeń przypadło na 46,480 zgonów 58 zejść śmiertelnych z powodu ropienia ucha, co wynosi 0,12 prc. ogólnej śmiertelności. Obecnie śmiertelność jest większa w statystykach z powodu większego zwracania uwagi na te choroby i częstszą kontrolę lekarską w przypadkach śmierci. Groźne powikłania występują po przewlekłych ropieniach częściej, niż po ostrych. W sprawach ostrych złośliwość sprawy chorobowej rośnie z wiekiem chorych. — Wszystko to dowodzi, że niesłuszną jest rzeczą kategorycznie odmawiać chorym na uszy ubezpieczenia. W przypadkach niezbyt ciężkich powinni chorzy tacy mieć prawo do ubezpieczenia się; stopień ciężkości przypadku może jednak ocenić tylko lekarz specyalista. Wobec możliwości powikłań chorzy tacy płacić przytem powinni wyższą premię. *Klęsk.*

Tokarski. **Śmierć z wola bez objawów poprzedzających.** (*Wiener med. Wochs.* 1906, Nr 43). Żołnierz, cierpiący na napadowe bole głowy i bicie serca, zmarł nagle wśród gwałtownych drgawek. Sekcya stwierdziła powiększenie i zwyrodnienie włókniste gruczołu tarczowego, który, obejmując tchawicę, sprawił zanik pierścieni chrząstkowych i silne zwężenie; błona śluzowa tchawicy pulchna i przekrwiona; w sercu krew płynna. — Prawdopodobnie grudka śluzu wywołała napad silnego kaszlu, którego następstwem było przekrwienie błony śluzowej tchawicy i zastój krwi w gruczole, skutkiem tego zaś tchawica stała się nagle niedrożną. *Bujak.*

Levinson. **Odczyn Barberia na nasienie.** (*Berl. klin. Wochs.* 1906, Nr 41). Barberio podał w r. 1905 próbę, polegającą na tem, że do nasienia lub wyciągu wodnego z plam podejrzanych, zagęszczonego przez odparowanie kilku porcyi wyciągu na tem samem szkiełku podstawowem, dodaje się nasyconego wodnego lub wyskokowego rozczynu kw. pikrynowego: wypadają kryształki igiełkowate, żółto zabarwione. Odczyn ten ma być swoistym dla nasienia, nie dają go wyciągi z innych narządów człowieka, podobnie ujemnie wypada wobec nasienia zwierząt domowych i pracownianych. Autor otrzymał wynik dodatni nawet przy braku plemników w nasieniu, z wyjątkiem kilku przypadków. Na podstawie własnych badań przypuszcza, że odczyn ten wywołuje wydzielina gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych. *Bujak.*

A. Ascarelli. **Studya histologiczne i doświadczenia bakteryologiczne w sprawie tłuszczowosku.** *(Vierteljahrschr. f. ger. Med.* T. XXXII). Znamienną cechą przemiany tłuszczowoskowej jest tworzenie się substancyi, która daje chemiczne odczyny tłuszczu i wypełnia miejsca tkanki, zniszczonej przez gnicie. Dzięki oporności włókien klejodajnych i sprężystych budowa anatomiczna narządów nie ulega przytem zmianie, ginie jednak w znacznym stopniu zdolność przyjmowania barwików. Zmydlenie odbywa się w obecności drobnoustrojów, podobnych do tych, jakie napotyka się przy zwykłym rozkładzie gnilnym zwłok. Przemiana tłuszczowoskowa postępuje od powierzchni w głąb: najłatwiej ulega jej nabłonek, najtrudniej tk. łączna i chrząstka. Substancya zmydlona pochodzi najprawdopodobniej z tłuszczu, zawartego w zwłokach i z ciał białkowatych. *Bujak.*

Higiena.

Mayer. **Nowsze spostrzeżenia nad szerzeniem się i tłumieniem moru w Indyach.** (*Hyg. Runds.* 1906, Nr 24). Mimo środków, stosowanych przez rząd angielski, nie opada w Indyach śmiertelność moru, lecz raczej się wzmaga: w r. 1903 zmarło na nią 800.000, w latach 1904 i 5 po milionie ludności, w pierwszych 4 miesiącach 1906 170.000. M., zbadawszy rzecz na miejscu, widzi przyczynę szerzenia się choroby w ubóstwie szerokich mas ludności, przepełnieniu mieszkańcami budynków koszarowych, brudzie i nieustannych wędrówkach ludności tubylczej, oraz w nieprzepartem jej uprzedzeniu do lekarzy i szpitali, (ukrywanie się wielu chorych). Obok bezpośredniego przenoszenia się moru z człowieka na człowieka, w szerzeniu jej wybitną rolę odgrywają szczury z gatunku *mus rattus*, trzymającego się mieszkań ludzkich (strychów i piwnic). Obecności tego

gatunku przypisuje się w Indyach szerzenie się choroby, a budowa zdrowych i widnych mieszkań wypędza ten gatunek szczurów i tem samem i chorobę. Obok innych czynników pośredniczą w szerzeniu się dżumy pośród szczurów najprawdopodobniej najwięcej pchły, co potwierdzają i nowsze doświadczenia i spostrzeżenia. Wysmarowanie ścian i podłogi mieszkań zakażonych pozostałością otrzymaną przy rafineryi nafty lepiej chroni według lekarzy indyjskich od dżumy przez zabicie pcheł, aniżeli odkażenie sublimatem i kwasem karbolowym. Zdaniem tychże lekarzy mieszkania ciemne i brudne zakaźność swą czerpią z zamieszkującego je mnóstwa pcheł, pochodzących w znacznej mierze z chorych szczurów; szczury zaś tępić należy głównie ze względu na pchły. Tępienie szczurów przeprowadza się w Indyach znacznym kosztem drogą premiowania. Również i szczepienia ochronne (zapomocą zabitych hodowli) z premią pieniężną dla poddających się szczepieniu wprowadził rząd indyjski, jednak na małą stosunkowo skalę. Szczepienia te, dokonane na 200.000 osób, zmniejszyły chorobliwość oraz śmiertelność wśród szczepionych do połowy, nawet $^1/_3$ ogólnej śmiertelności. Szczepienia ochronne surowicą stosuje się jedynie na okrętach i w portach w razie poszczególnych przypadków choroby. Lecznicze stosowanie (paryskiej) surowicy przeciwdżumowej zachwala wbrew niekorzystnej opinii reszty lekarzy szpitalnych Chosky, wstrzykując w ciągu 2—3 pierwszych dni 270—370 ctm.^{3} z wynikiem dobrym w przypadkach świeżych. *L. Bier.*

Hilgermann. **O wartości filtrów piaskowych i nowszych sposobów szybszego filtrowania wody rzecznej dla celów zaopatrywania w wodę.** (*Viertelj. f. ger. Med. und öff. San.* 1906, Z. 4). Autor dochodzi do wniosku, że powolne filtrowanie przez piasek jest sposobem bez zarzutu i powinno być zastosowane wszędzie, gdzie chodzi o pewne i zupełne uwolnienie wody od bakteryi; gdzie zaś zależy na tem, aby wodę pozbawić domieszek barwnych lub gliniastych zmąceń, tam zasługuje na pierwszeństwo klarowanie sposobem chemicznym. Klarowanie chemiczne nie wymaga jednak wcale połączenia z amerykańskim sposobem szybkiego filtrowania; przeciwnie można go użyć także i przed filtrowaniem powolnem. Wybór systemu filtrów zależy zresztą od warunków miejscowych; gdzie jest dość miejsca na filtry piaskowe, działające powolnie, tam powinny one być zakładane, jako pracujące pewniej i dostarczające wody pod względem higienicznym nienagannej; gdzie jednak na nie niema miejsca, tam można założyć filtry pospieszne, pod tym jednakże warunkiem, aby nimi kierował zawodowo wykształcony higienista, umiejący przewidzieć wszelkie braki i odpowiednio im zaradzić. *R.*

Pfuhl i Wintgen. **Wydęcie puszek z konserwami mięsnemi, wywołane nie przez bakterye.** (*Zeitschrift f. Hygiene*, 52). Wydęcie puszek, zawierających konserwy mięsne, nie jest zawsze tak pewnym dowodem ich zepsucia, za jakie uchodzi. Wywołać je mogą nietylko bakterye, ale i procesy chemiczne, jak dowodzi spostrzeżenie autorów, odnoszące się do puszek z blachy żelaznej, pobielanej galwanicznie cienką warstwą cyny. Zawarty w puszkach gaz składał się z czystego wodoru z przymieszką powietrza, treść puszek jałowa o prawidłowych własnościach zewnętrznych miała jedynie metaliczny smak i zapach; ciemniejący na powietrzu nalot białawy, osiadły na bocznych ścianach puszek, zawierał obok śladów cyny tlenek żelazowy i kwas fosforowy. — Wydęcie puszek tłómaczą autorowie działaniem słabo kwaśnego (kwas mleczny) soku konserw mięsnych na blachę żelazną, niedostatecznie pokrytą cyną — stąd wodór — i oddziaływaniem soli kwasu fosforowego na żelazo — stąd nierozpuszczalny fosforan żelaza. *L. Bier.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 6. marca 1907.

Przewodniczący prezes prof. Rosner. Obecnych członków 52.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia przyjęto.

2) Kol. prezes poświęcił wspomnienie pośmiertne ś. p. drowi Krajewskiemu i zawiadomił, iż uprosił kol. Kadera, aby na pogrzebie reprezentował Towarzystwo. Obecni uczcili pamięć ś. p. Krajewskiego przez powstanie.

3) Prezes zawiadomił o uchwale komitetu, aby z lokalu Towarzystwa w każdy wtorek od godz. 9 wieczór mogły korzystać rodziny członków. — Przyjęto do wiadomości.

4) Przyjęto na członków kol. Murczyńskiego i Pawlicę.

5) Kol. prym. Borzęcki zabiera głos w sprawie protokółu z przedostatniego posiedzenia, dotyczącego dyskusyi nad jego odczytem.

6) Kol. prof. Kader przedstawił 7 przypadków z kliniki chirurgicznej:

a) A. F., l. 31. męż. **Staw wrzekomy** (*pseudoarthrosis*) **wskutek złamania szyjki uda** na 3 miesiące przed przybyciem do kliniki. Przy każdem stąpnięciu na kończynę chorą obsuwa się miednica wzdłuż trzonu uda, przyczem ból w okolicy stawu; utrzymanie równowagi możebne tylko przy bardzo silnem napięciu mięśni miednicowych i udowych. K. odsłonił cięciem Langenbecka, położonem bardziej ku tyłowi, krętarz wielki, szyjkę i górny brzeg panewki; w maksymalnym wyciągu ku dołowi wbił przez krętarz i szyjkę aż do odłamanej główki 2 grube gwoździe z kości słoniowej i utworzył tuż ponad krętarzem palisadę zwróconą ku dołowi z wbitych w górny brzeg panewki takich samych gwoździ. 6-tygodniowy wyciąg, potem na 3 miesiące gipsowy **opatrunek Dollingera** z modyfikacyą Kadera, polegającą na utworzeniu strzemienia z desek. Jest to próba leczenia (stawu rzekomego) po złamaniach szyjki uda. K. operował tym sposobem d. 22. VI. 1904. R. S., l. 46 kob., (Nr. dziennika 149), która wskutek wakacyjnego zamknięcia kliniki niestety nie mogła pozostać w dalszem leczeniu klinicznem, a po wakacyach wróciła na klinikę bez opatrunku gipsowego. Wynik o tyle pomyślny, że przesuwalność uda ku górze znacznie się zmniejszyła i bole w znacznej mierze ustąpiły.

b) Z. O. l. 18, męż., **Zapalenie gruźlicze stawu biodrowego** prawego, **wygojenie** w bardzo znacznem przywiedzeniu i zgięciu **ze zwichnięciem główki** ku górze i na zewnątrz i **zupełnem unieruchomieniem** stawu. Chory nie może wcale chodzić z powodu skrzyżowania nóg. Leczenie: **osteotomia** podkrętarzowa wysoka, **wyciąg** w odwiedzeniu (abdukcyi) przez 6 tygodni, potem **opatrunek Dollingera** na 4 do 5 miesięcy. Położenie kończyny obecnie dobre. Jest to może jedyny sposób leczenia wymienionych następstw gruźlicy stawu biodrowego. Jak w pierwszym, tak i w drugim przypadku o tyle znaczne podwyższenie podeszwy buta nogi zdrowej, ażeby kończyna chora w stałem zawieszeniu w strzemieniu była odwiedziona (w abdukcyi) przez opuszczenie miednicy ku stronie chorej. Po zdjęciu gipsu chory będzie musiał przez czas dłuższy chodzić w lekkim przyrządzie Hessingowskim.

c) K. O. l. 53, męż. **Złamanie obu kostek** goleni; zrośnięcie **z wytworzeniem stopy wybitnie koślawej. Osteotomia supramalleolaris** z wycięciem klina z piszczeli, liniowa kości strzałkowej. Ustalenie w gipsie w położeniu nadnormalnem (hypercorrectio). Wynik b. dobry.

d) R. Z. l. 31, męż. **Złamanie goleni z następowem zapaleniem szpiku** kostnego i kilkakrotnem wydalaniem martwaków. Zgłosił się do kliniki z golenią łukowato ku przodowi wygiętą i **stopą końską** znacznego stopnia. Leczenie: przedłużenie operacyjne ścięgna Achillesa i przecięcia kości piszczelowej i strzałkowej z wycięciem klina z piszczeli. Ustalenie. Wynik dobry.

e) Dziewczyna l. 16. **Kostny zrost stawu kolanowego** pod ostrym kątem wskutek przebytego w dzieciństwie zapalenia szpiku kostnego nasady uda. Dla wyprostowania kończyny wskazane jest wycięcie klina z kości kolanowych od przodu i wyprostowanie. Należy przy wyprostowaniu unikać rozerwania naczyń podkolanowych.

f) M. P., l. 12. męż.; przypadek, operowany w sposób powyższy przy wskazaniach podobnych przez będącego obecnie na urlopie dra Majewskiego. Wynik dobry: kończyna wyprostowana, spojenie kostne mocne w miejscu operacyi.

g) 4-miesięczne dziecko W. W., po operacyjnem usunięciu **przepukliny oponowej** (*meningocele occipitalis*). K. okazuje łóżeczko gipsowe, na którem dziecko leżało przez dwa tygodnie grzbietem do góry w stałem zawieszeniu, aż do zagojenia rany. Ułożenie to stosuje Kader dla uniknięcia zakażenia, które może powstać bardzo łatwo przy położeniu na plecach.

h) **przyrząd przenośny do podnoszenia ciężko chorych.** Przyrząd ten przesuwalny na kółkach i stojący mocno na podłodze, może być ustawiony nad każdem łóżkiem. Trzy obręcze, otwierające się i zamykające łatwo obejmują

chorego tuż poniżej pach, pod miednicą i pod goleniami; głowa spoczywa na poduszce powietrznej. Obręcze i poduszka są przyczepione zapomocą haków do pasów, przymocowanych do drąga. Drąg obraca się dokoła swej osi zapomocą korby krzyżowej, przyczem pasy, nawijając się na niego, unoszą obręcze wraz z chorym. Odległość poszczególnych obręczy i poduszki może być dowolnie zmieniana przez przesuwanie przyczepów pasów do drąga. Koło zębate i zatrzask przy korbie umożliwiają ustawienie automatyczne na dowolnej wysokości. Przyrząd działa zupełnie pewnie i jest ogromnem udogodnieniem, zwłaszcza przy zmianach opatrunków na ranach lędźwiowych i tylnej powierzchni ciała, przy przesłaniu i zmianie łóżka i t. d.

W dyskusyi zabierał głos kol. prym. Bogdanik.

7) Dr Bier wygłosił rzecz: **O zafałszowaniach kawy i herbaty, napotykanych w Galicyi** (z licznemi demonstracyami).

8) W dyskusyi nad wykładem prof. Ciechanowskiego **O szpitalnictwie galicyjskiem** przemawiali prym. Bogdanik, dr Karpiński, M. Godlewski, dyr. Ponikło, prof. Rosner i prelegent, poczem na wniosek prof. Łazarskiego dalszą dyskusyę odłożono. Sekretarz: *Owsiński.*

Posiedzenie w dniu 13. marca 1907.

Przewodniczy prezes kol. prof. Rosner. Obecnych członków 68.

Prezes wita prof. Bylickiego, przewodniczącego Komitetu gospodarczego X. Zjazdu lek. i przyr. polskich ze Lwowa, który następnie przemówił w sprawach Zjazdu.

1) Kol. Zaremba przedstawił preparat ciąży jajowodowej.

2) Kol. Friedman przedstawił uzyskany operacyjnie płód z przepukliną oponową i innemi zboczeniami rozwojowemi.

3) Prof. Bylicki wygłosił rzecz: **O bolach ciążowych** (ogłoszona w »Przegl. lek.«).

W dyskusyi przemawiali prof. Rosner, Jaworski, Wachholz, Wojciechowski i prelegent.

4) Kol. J. Landau przedstawił wnioski sekcyi higieny niemowląt, które następnie odesłano do Komitetu Towarzystwa.

Sekretarz: *Owsiński.*

Posiedzenie w d. 20. marca 1907.

Przewodniczy kol. prof. Rosner. Obecnych członków 32.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. prof. Kader przedstawia następujące przypadki z kliniki chirurgicznej:

a) W. M. l. 38, mężczyzna. Był leczony przez dłuższy czas za kilku nawrotami jako chory na zapalenie wyrostka robaczkowego. W klinice rozpoznano **nowotwór kątnicy.** Przy operacyi dnia 28. II. 1907 (w znieczuleniu lędźwiowem) **usunięto** kątnicę, część okrężnicy wstępującej, znaczną część jelita cienkiego, **ogółem 275 ctm. jelit.** W gruczołach chłonnych krezki liczne przerzuty, niektóre z nich wielkości jaja kurzego. Makroskopowo usunięto wszystko schorzałe (demonstracya preparatu). Jelito cienkie połączono bocznie z okrężnicą poprzeczną. Końce jelit przeciętych wgłobiono i zaszyto na ślepo. K. podnosi zalety znieczulenia lędźwiowego zapomocą tropakokainy, zwłaszcza w przypadkach, podobnych do przedstawionego. Przedewszystkiem nie wpływa ono ujemnie na serce i nerki, przebiega bez żadnych przerw i powikłań, jakie się zdarzają przy uśpieniu chloroformowem lub eterowem, jakoto: wymioty, niespokojne zachowanie się w okresie podniecenia, zachłyśnięcia się, zapady, przerwy w działaniu itd. Wadą metody jest ograniczony czas działania. K. w razie potrzeby powtarza w czasie operacyi wstrzyknięcie, używając za drugim razem $^1/_2$ do $^3/_4$ poprzedniej dawki. Ograniczony czas działania posiada jednak i dobre strony: zmusza operatora do postępowania szybszego i bardziej obmyślanego, niż przy uśpieniu ogólnem. Po resekcyach jelit stosuje K. zawsze boczną enteroanastomozę i zaszycie wgłobionych końców jelit na ślepo. Wyższość tego postępowania widzi K. w możności wytworzenia między jelitami połączonemi otworu dowolnie wielkiego, conajmniej większego, niż to jest możliwe w najlepszym razie przy którymkolwiek ze sposobów osiowych. Oprócz tego operuje się na jelicie zupełnie zdrowem, którego krezka żadnym zaburzeniom krążenia nie ulega, jak to zawsze dzieje się przy metodach osiowych. W piśmiennictwie znajdują się tylko nieliczne przypadki wycięcia z powodzeniem tak znacznej części jelita[1]). Największy kawał jelita wyciął, o ile K. z dostępnego mu piśmiennictwa mógł się przekonać, Obaliński, mianowicie 365 ctm.; chory zmarł w 22 godzin po operacyi[2]). Trzebicky na podstawie swoich doświadczeń uznaje za dopuszczalne u psa wycięcie bez bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia połowy długości jelita. Wycięcie $^2/_3$ kończy się zawsze śmiertelnie[3]). Długość jelita cienkiego wynosi u człowieka, jak to podają Staniszewski, Samson-Himmel-Stierna, Taraniecki i inni, od $5^1/_2$ do $9^1/_2$ metrów. Najdłuższe jelita posiadają rosyjscy robotnicy i włościanie. Wyniki pracy Trzebickiego nie są wprawdzie rozstrzygające dla ludzi — jak to sam autor zaznacza, — posiadamy jednak w piśmiennictwie wzmianki o wycięciu równie długich odcinków jelita z wynikiem pomyślnym. K. wyciął w jednym przypadku przepukliny uwięźniętej 215 ctm. jelita cienkiego; operowany wyzdrowiał. Obydwaj chorzy odznaczają się silnie wzmożonym apetytem, jedzą bardzo dużo i często. Chorego ostatniego przyjmuje klinika chorób wewnętrznych dla badań nad przemianą materyi. O ile się zdaje, jest w takich przypadkach znamienną występująca wkrótce po operacyi biegunka, która jednak na chorych wyniszczającego wpływu nie wywiera.

b) **Kątnica i wyrostek robaczkowy, wycięte** wraz z małymi odcinkami jelita cienkiego i okrężnicy wstępującej. Wyrostek robaczkowy, zamieniony w torbiel wielkości dużej śliwki, zawiera treść ropną; znaczne zgrubienie ścian jelita ślepego. Chory M. S., lat 36, zmarł w dobę po zabiegu operacyjnym, polegającym na usunięciu wyżej wymienionych części jelita i złączeniu jelit pozostałych w sposób, opisany w pierwszym przypadku. Przypadek klinicznie przedstawiał się jako gruźlica jelita i dlatego obrano ten sposób postępowania. Śmierć nastąpiła wskutek krwawienia, o ile się zdaje, miąższowego, z obnażonych mięśni miednicy. Podwiązki, okłucie i tamponada zarówno w czasie operacyi, jak i przy ponownem otwarciu jamy brzusznej wobec krwawienia, miały tylko chwilowy skutek. Wszystkie po utracie krwi stosowane sposoby: wstrzykiwanie rozczynu soli kuchennej, autotransfuzya, środki podniecające, nie zdołały chorego uratować (krwawiączka?).

c) **4 pęcherzyki żółciowe, wycięte z powodu kamicy** w ciągu ostatniego miesiąca. W jednym przypadku (chora E. R. l. 26) było jednocześnie znaczne zapalne zgrubienie ścian pęcherzyka z licznymi małymi ropniami w ścianie i zrosty z siecią i jelitami (w ropie wykryto paciorkowce); w pęcherzyku obok kamieni znaczna ilość zupełnie przeźroczystego bezbarwnego płynu (*hydrops*). Chora zmarła w 5 dni po operacyi z wyniszczenia wskutek ciągłych wymiotów, przy zupełnie zresztą aseptycznym przebiegu. W drugim przypadku (R. G., l. 36, kobieta) stwierdzono przy operacyi raka pęcherzyka żółciowego i przerzuty w wątrobie i trzustce. Woreczek, wypełniony znaczną ilością kamieni i bardzo napięty, usunięto wraz z przylegającą warstwą miąższu wątroby. Przypadek trzeci, M. H., l. 52, kob., powikłany przewlekłem zapaleniem wyrostka robaczkowego, który wycięto, i zrostami pomiędzy jelitem esowatem i macicą, usuniętą przy operacyi; czwarty, M. G., lat 36, kob., podniesioną ciepłotą. Trzej ostatni chorzy dobrze znieśli zabieg operacyjny. W żadnym z tych przypadków nie było żółtaczki; tylko w przypadku powikłanym rakiem była już rok temu rozpoznana kamica żółciowa. K. zwraca uwagę na stosunkowo częste powstawanie raków pęcherzyka przy kamicy żółciowej i na inne powikłania, przedewszystkiem zapalenie przewodów żółciowych i zapalenie około-pęcherzykowe, zapalenie ropne otrzewnej, wychodzące z woreczka żółciowego. Większa część chorych takich jest stracona. Ilość ich wynosi około 20% ogólnej ilości chorych na kamicę żółciową. Wzgląd ten przemawia za operowaniem chorych na kamicę żółciową wcześniej i częściej, niż to zwykle się dzieje. (*Streszczenie własne*).

W dyskusyi zabierał głos prym. Bogdanik i prelegent.

3) Kol. M. Godlewski odczytuje pracę p. t.: **Zjawisko fizycznego zmęczenia w świetle współczesnych teoretycznych pojęć oraz klinicznych spostrzeżeń.** Treść jej jest następująca: Dzisiejszy pogląd na sprawę zmęczenia stoi w ścisłym związku z nowszymi poglądami biologów na zjawisko oddychania. Według tych poglądów zadanie tlenu nie kończy się jedynie na roli jego, jako źródła energii. Dzisiaj, idąc za poglądami Drischa, przypisujemy pierwiastkowi temu wybitną rolę w sprawie ochrony ustroju przed samozatruciem. Ze zjawiskiem życia nierozłączne jest powstawanie trucizn, które przez utlenienie niszczone bywają. Gdy tlenu braknie lub gdy ilość jego nie odpowiada ilości wytwarzanych w nadmiernej ilości (np. przy nadmiernej fizycznej pracy) trucizn, następuje samozatrucie ustroju.

[1]) Payr: Langenbecks Archiv. T. 67, p. 181 (rok 1902) podaje tylko 12 przypadków.

[2]) Langenb. Arch. T. 48, str. 16, przyp. 32.

[3]) Langenb. Arch. T. 48, str. 54.

Na tem, a nie, jak dawniej sądzono, na zatruciu bezwodnikiem kwasu węglowego, polega uduszenie (Winterstein). Zmęczenie jest tylko łagodniejszą postacią uduszenia, zjawiska te różnią się tedy między sobą ilościowo, nie jakościowo (Winterstein). Co się tyczy natury owych trucizn, to doświadczenia, wykonane przez Weichardta, każą je zaliczać do rzędu toksyn. Autorowi temu powiodło się wyosobnić owe toksyny i wytworzyć przez wstrzykiwanie ich zwierzętom w surowicy tych zwierząt antytoksyny zmęczenia.

Kliniczną stroną zmęczenia zajmowano się najwięcej we Francyi. Prócz ostrej, — równie rzadkiej, jak niewątpliwej — postaci odróżniają francuscy autorowie t. zw. durowatą i rzekomogośćcową postać zmęczenia. Na obie te postacie należy się zapatrywać bardzo krytycznie. Chodzi tu najprawdopodobniej o pewne postacie duru brzusznego i gośćca stawowego. Istnieje natomiast niewątpliwie wśród klas, ciężko fizycznie pracujących, postać więcej przewlekła zmęczenia. Przebiega ona z reguły bezgorączkowo, cechują ją bole w mięśniach sforsowanych, ogólne osłabienie i często niedokrwistość. Postacie te ze względu na nieokreślone objawy często przyjmowane bywają za nerwice czynnościowe i nieraz błędnie leczone. (*Streszczenie własne*).

W dyskusyi, po przemówieniu kol. Rydla, zabrał głos kol. Poźniak: W praktyce kolejowej często można napotkać objawy zmęczenia. Chorzy zgłaszając się, skarżą się na objawy gośćcowe, czasem mówią wprost o zmęczeniu, które bez żadnego leczenia po kilku dniach wypoczynku ustępuje. W tym roku w czasie silnie wzmożonego ruchu kolejowego podczas mrozów, zgłosił się n. p. funkcyonaryusz kolejowy, zupełnie zresztą zdrów, podając, że po kilkunastogodzinnej pracy obecnie nie może utrzymać moczu; po kilkudniowym odpoczynku objaw ten ustąpił bez żadnego leczenia.

Kol. Flis: Równocześnie ze zmęczeniem fizycznem trzeba uwzględnić zmęczenie psychiczne, przy którem prócz objawów zmęczenia, jak wyczerpania się pamięci, senności, występują bole mięśni, zwłaszcza barkowych, klatki piersiowej, dolnej części mostka. Chorzy, których kol. Flis wielu spotykał w sferach młodzieży akademickiej zwłaszcza w czasie egzaminów, po kilkudniowym wypoczynku wracali do sił. Przyjęcie pojęcia zmęczenia fizycznego, jako osobnej postaci klinicznej, jest nieco obosieczne, może bowiem maskować pewne przewlekłe o powolnym początku choroby, jak n. p. gruźlicę. Dlatego z tej kategoryi wyłączyłby kol. Flis wszystkie te przypadki, w których ciepłota jest podniesiona.

Kol. prof. Ciechanowski prosi prelegenta, by ogłaszając swój wykład drukiem, rozebrał w nim szczegółowiej sprawę t. zw. eparsalgii.

4) Przystąpiono do dyskusyi nad odczytem kol. Ciechanowskiego: **„O szpitalnictwie"**. Na wniosek kol. Rosnera i Ciechanowskiego uchwalono wybrać komisyę, która ma jeszcze raz sprawę rozpatrzyć i następnie sformułowane wnioski przedstawić Towarzystwu lekarskiemu do zatwierdzenia. W skład komisyi weszli koledzy: 1) Ciechanowski, 2) Godlewski, 3) Łazarski, 4) Murczyński, 5) Piotrowski. 6) Ponikło, 7) Wachtel.

Sekretarz: *Dr Owsiński.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe w d. 12. kwietnia 1907.

1) Dr Bocheński przedstawił dwie chore z kliniki ginekologicznej. U jednej z nich przed 3 laty wykonano **wyłuszczenie macicy** wraz z przydatkami **sposobem Wertheima, z powodu raka** szyi macicznej. U drugiej wycięto przed rokiem **srom i łechtaczkę z powodu raka** łechtaczki. U obu pojawiają się wprawdzie obecnie objawy nawrotów złośliwej sprawy w zakresie gruczołów chłonnych, jak jednak podnosi w dyskusyi prof. Mars, nie jest rzeczą obojętną osobę, znajdującą się, jak te chore w swoim czasie, w stanie wprost opłakanym, uwolnić od ciężkich dolegliwości na tak długi okres czasu.

2) R. dw. prof. Rydygier przedstawił ze swej kliniki 3 przypadki: a) chorą ze **zwężeniem przełyku** (wskutek wypicia ługu żrącego), u której ani od góry ani od strony żołądka nie udaje się przełyku rozszerzyć tak, że chorą na razie karmi się przez sztuczną przetokę żołądkową, a w przyszłości ma prelegent zamiar sporządzić jej sztuczny przełyk z kawałka jelita (*jejunum*), jak to w ostatnich czasach podaje Roux; b) chorego, który wskutek wypadku doznał **oderwania mięśnia naramiennego;** c) chorego, który doznał **oderwania obu mm. czworogłowych.** Mięśnie te, w obu przypadkach przyszyte w odpowiedni sposób, działają obecnie zadowalniająco.

3) Prof. Ziembicki okazuje **nerkę z guzem nowotworowym**, z przypadku, gdzie rozpoznanie trafiało na trudności, a zdjęcie zapomocą promieni Roentgena zdawało się przemawiać za kamicą.

4) Dr. A. Rydygier zdał sprawę z obrad zjazdu chirurgów w Berlinie. *W. Ziembicki.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 15. stycznia 1907 r.

Sławiński wypowiedział rzecz p. t. **„W sprawie leczenia przepuklin"**. We wskazaniach co do leczenia przepuklin pachwinowych wolnych panuje u nas dotychczas pewna szablonowość, wynikająca po części z nieznajomości wyników, przez chirurgię osiągniętych, po części zaś z przekonania ogółu o nieszkodliwości przepuklin. Większość uważa noszenie paska za zupełnie wystarczający i nawet jedyny środek leczniczy. Robotnicy nieraz umyślnie ukrywają swe kalectwo, aby w razie pogorszenia się cierpienia przy pracy zawodowej, żądać odszkodowania. Statystyki Tow. ubezpieczeń w różnych krajach wykazują z roku na rok znakomity przyrost podobnych spraw, a różne prawodawstwa różnie się na stopień odszkodowania przez pracodawcę zapatrują.

Przepukliny zdarzają się u nas nie mniej często, niż na zachodzie, lecz rzadziej są leczone operacyjnie, nadto zaś chorzy przeważnie nie noszą paska przepuklinowego dla niedokładności oraz kłopotu, jaki sprawia. Nowsze spostrzeżenia dowodzą, że na wyleczenie przez pasek liczyć można jedynie u dzieci i to wtedy, jeżeli przepuklina ginie w przeciągu kilku miesięcy. U dorosłych pasek przepuklinowy ani nie leczy, ani nie chroni od uwięźnienia. Leczenie doszczętne operacyjne daje ostatnimi czasy wyniki zdumiewające; odsetka śmiertelności nie dosięga 1 (co do przepuklin wolnych i uwięzłych razem).

Od rozciągnięcia operacyi doszczętnej na wszystkie przepukliny, jako ogólnego postępowania, powstrzymuje dotychczas, szczególniej u osób starszych, niebezpieczeństwo, związane z usypianiem ogólnem. Z tego właśnie względu opisuje prelegent szczegółowo sposób Cushinga, pozwalający ominąć to niebezpieczeństwo, a polegający na znieczulaniu miejscowem (0,5—1% roztworem kokainy) nerwów czuciowych okolicy pachwinowej. Sposób Cushinga przewyższa metodę Schleicha, zapewnia bowiem łatwe oryentowanie się w tkankach nie obrzękłych, oraz pozwala wyzyskać czynną pomoc chorego. Prelegent sądzi, że wobec tego sposobu mamy obowiązek wszystkim chorym na przepuklinę pachwinową doradzać doszczętną operacyę.

W dyskusyi zabiera głos L. Zembrzuski w sprawie t. zw. przepuklin urazowych oraz w związanej z nią sprawie utraty zdolności do pracy i odszkodowań. Z. dzieli przepukliny urazowe na powstałe wskutek bezpośredniego urazu brzucha i na tworzące się nagle wskutek nadmiernego wysiłku. Na te ostatnie zapatrywać się należy jedynie jako na jedną z faz rozwoju już istniejącej przepukliny, albo wrodzonego usposobienia (Bruchanlage). A zatem sam wypadek (wysiłek fizyczny) nie wyrokuje o utracie zdolności do pracy, istniała ona bowiem już przed wypadkiem. Wobec prawa, że pracodawca ma obowiązek odszkodować robotnika jedynie w razie nieszczęśliwego wypadku, dotknięty t. zw. przepukliną urazową nie powinienby rościć sobie pretensyi do odszkodowania. Wobec tego jednak, że robotnik, dotknięty przepukliną urazową bądź co bądź traci pewną wartość na rynku pracy, powinni znawcy w przypadkach takich uznawać prawo do odszkodowania. Operacye przepuklin u dzieci uważa Z. za zabieg wogóle trudny. W znacznym stopniu ułatwia pod tym względem zadanie operującemu sposób Anschütza, który stanowi połączenie sposobu Winkelmanna operowania wodniaka jądra z operacyą Bassiniego. — Stankiewicz W. zwraca uwagę, że leczenie przepuklin u dzieci zapomocą paska przedstawia liczne niedogodności i często zawodzi. Dziś większość chirurgów wykonywa operacyę doszczętną u dzieci z najlepszym wynikiem, a nawet u niemowląt w pierwszym roku życia. Mowca w ostatnim roku kilkakrotnie wykonał operacyę u dzieci w 2. roku życia z dobrym wynikiem. — Kryński sądzi, że oprócz przepuklin u dzieci od 3—5 roku życia wszystkie przypadki przepuklin nadają się do operacyi. Metoda Cushinga nie stanowi wybitnego postępu, jest ona bowiem jedynie odmianą metody Schleicha. — Krause operuje dzieci wcześnie, bo już w 2. roku życia; operacya jest wogóle łatwa. Co się tyczy osób starszych, to mowca operuje nawet w bardzo podeszłym wieku, jeżeli tylko niema przeciwwskazań ze strony serca lub płuc. Znieczulenie Schleicha nie jest, zdaniem K., wcale gorsze od metody Cushinga. —

Gabszewicz sądzi, że dzieci małych do lat 3—4 nie należy operować ze względu na trudność zachowania czystości. Wiek podeszły sam przez się przeciwwskazania nigdy nie stanowi, jeżeli tylko stan narządów wewnętrznych pozwala na uśpienie. — Borzymowski zwraca uwagę, że zalecana przez prelegenta metoda nie może zapewnić zupełnego znieczulenia, albowiem otrzewna nie może być w ten sposób znieczulona, jako nie unerwiona przez n. biodrowopachwinowy. — Kosobudzki oświadcza się za jaknajwcześniejszem operowaniem. Co się tyczy osób starszych, to K. sądzi, że znieczulenie miejscowe wcale nie zabezpiecza od powikłań płucnych, gdyż te powikłania często zależą od zatorów, a nie od usypiania. — Karczewski jest zwolennikiem operowania przepuklin, sądzi jednak, że przepukliny pępkowe u dzieci leczą się bardzo dobrze metodą plastrową. Oprócz nawrotów cierpienia trzeba mieć na względzie i niepomyślne następstwa pooperacyjne. K. przytacza przypadek, w którym przy operacyi przepukliny wszyto wyrostek robaczkowy w wewnętrzny kanał pachwinowy.

Posiedzenie kliniczne dnia 29. stycznia 1907.

1) Karwacki pokazał dwa preparaty drobnowidowe z osadu gruźliczego wysięku opłucnego. Oprócz limfocytów i krwinek zawierał osad liczne laseczniki gruźlicze. Wykrycie w znaczniejszej ilości **laseczników gruźliczych** w przypadkach **zapalenia opłucnej** należy do zdarzeń dość rzadkich. W danym przypadku oprócz laseczników gruźliczych kwasoodpornych znaleziono i laseczniki, nie posiadające tej własności. Zdaniem prelegenta odporność na kwasy powstaje u laseczników gruźliczych wskutek przystosowania się do warunków ustrojowych. Saprofityczne szczepy gruźlicze Karwackiego straciły zupełnie odporność na kwasy. Młode laseczniki gruźlicze bardzo często własność tę posiadają w słabym stopniu.

2) Kopczyński Stanisław przedstawił mózg chorej, która zmarła w szpitalu św. Ducha wśród objawów **padaczki Jacksona.** Chora ta była w Tow. przedstawiana przed kilku miesiącami po ostatniej trepanacyi (którą robiono kilka razy), a przypadek ten wywołał obszerną dyskusyę o pochodzeniu padaczki Jacksonowskiej wobec ujemnego wyniku badań kory mózgowej przy operacyi i długotrwałej poprawy stanu po operacyi. Sekcya stwierdziła obecnie, że pod korą mózgową na terytoryum zakrętu środkowego *(gyrus centralis Rolandi)* rósł glejak, wielkości jaja kurzego.

3) Zieliński Edward przedstawił wszystkie narządy wewnętrzne z przypadku **zupełnego odwrotnego ułożenia trzew;** stanowiły one jakby lustrzane odbicie narządów prawidłowych.

4) Kozerski przedstawił: *a)* **wyleczony zapomocą radu** przypadek **tocznia rumieniowego** *(lupus erythematosus)* nosa i twarzy; *b)* przypadek **tocznia** (*lupus vulgaris*) nosa, **wyleczony zapomocą promieni Röntgena;** *c)* przypadek mnogiego **pierwotnego barwikowego mięsaka** na rękach, stopach i goleni **wyleczony zapomocą promieni Röntgena.**

5) Karwacki wypowiedział rzecz p. t.: **„Teorye odporności w oświetleniu badań klinicznych".** K. dochodzi do następujących wniosków: 1) Wyzdrowienie w znaczeniu klinicznem z cierpienia zakaźnego nie wymaga niezbędnie wygaśnięcia zarazków w chorym ustroju. 2) Bakteryologiczne własności humoralne stanowią etap, który poprzedza tylko okres mniej lub więcej długotrwałego współżycia (symbiozy) zarazka z ustrojem. 3) Unieszkodliwienie zarazka w okresie współżycia może zależeć albo od własności antyendotoksycznych cieczy, albo też od przyzwyczajenia się do jadów komórek ustrojowych.

W dyskusyi Rzętkowski zaznacza, że dotychczasowe badania odporności ustrojów wykonywano z surowicą tychże ustrojów. Tymczasem, ściśle biorąc, surowica jako taka w ustroju nie istnieje. Jest ona sztucznym wytworem, uzyskanym poza ustrojem. Badanie więc i oznaczanie siły bakteryobójczej czy antytoksycznej surowicy nie jest zgoła jednoznaczne z badaniem napięcia odporności ustroju. Może ona wykazywać wybitną siłę bakteryobójczą, chociaż ustrój, z którego ją otrzymano, wcale odpornym na dane zarazki nie będzie.

Posiedzenie kliniczne dnia 5. lutego 1907 r.

Leśniowski wygłosił rzecz p. t. **„O nowoczesnem operacyjnem leczeniu porażeń dziecięcych rdzeniowych".** We wstępie prelegent dał krótki zarys obrazu klinicznego, oraz zmian anatomiczno-patologicznych w rdzeniu w przebiegu i w następstwie ostrego zapalenia przednich rogów substancyi szarej. Jeżeli porażenie danego stawu jest częściowe, a więc jeżeli są porażone tylko pojedyncze jednostki mięśniowe, lub pojedyncze grupy mięśni, wówczas uciekamy się do następujących zabiegów. Popierwsze do przeszczepiania ścięgien. Sposób dawniejszy polega na przywróceniu ruchomości częściowo porażonemu stawowi zapomocą przywrócenia czynności porażonym mięśniom. W tym celu jużto przecinamy całkowicie ścięgno mięśnia o drobnej czynności i zespalamy ze ścięgnem mięśnia o czynności o wiele ważniejszej — jest to całkowite przenoszenie czynności; jużto ocalałe mięśnie zużytkowywamy częściowo: środkowy koniec rozszczepionego ścięgna mięśnia ocalałego zszywamy ze ścięgnem mięśnia porażonego, jużto obwodowy koniec odszczepionego ścięgna mięśnia porażonego zszywamy ze ścięgnem mięśnia czynnego; jużto wreszcie środkowy koniec ścięgna mięśnia czynnego łączymy z obwodowym końcem ścięgna mięśnia porażonego. — Drugi sposób polega na przeszczepianiu brzuśca mięśnia ocalałego jużto w postaci bezpośredniego zespalania brzuśca mięśnia czynnego z sąsiadującym brzuścem mięśnia porażonego, jużto w postaci całkowitego przesiedlenia brzuśca mięśnia czynnego w celu nadania nowego kierunku ruchowi, przezeń wykonywanemu. — Trzecia metoda posługuje się zespalaniem nerwu mięśnia porażonego z nerwem czynnym. Jest to sposób, dotychczas wykonany zaledwie parę razy.

W dyskusyi zaznacza Borzymowski, że oprócz wymienionych przez prelegenta 3 sposobów przeszczepiania ścięgien można łączyć ze sobą ścięgna przez bezpośrednie zszywanie bocznych powierzchni bez ich nacinania. Krause opisuje spostrzegany przez siebie przypadek porażenia dziecięcego, gdzie zabiegi operacyjne w postaci przeszczepienia ścięgien pozostały zupełnie bez skutku. Skowroński podnosi, że w drugim okresie choroby nie stosuje się już elektryzacyi porażonych mięśni, lecz miesienie i ruchy bierne i czynne, co podnosi krążenie w porażonych mięśniach. Co się zaś tyczy stosowania przyrządów wahadłowych w okresie trzecim, t. j. przy zupełnym zaniku porażonych mięśni i skurczu ich antagonistów, to postępowanie to nie może zapewnić powodzenia, gdyż skurczonego mięśnia przyrządy te nie rozciągną. Zembrzuski Ludwik, przytaczając niepomyślny wynik operacyi arthrodesis u swej 7-letniej chorej, podaje zdanie Kirmissona, który przestrzega przed wykonywaniem tego zabiegu u osobników młodszych, niż 10—11 lat, gdyż tutaj tkanka chrząstkowa łatwo się odradza i wywołuje częste nawroty.

Posiedzenie kliniczne dnia 19. lutego r. b.

1) Karwacki Leon wygłosił rzecz **„O wartości laktobacylliny".** Obecny ruch w sprawie mleka wywołany został przez odkrycie przez Miecznikowa prątka bułgarskiego, który przewyższa nadzwyczajnie własnością kwasotwórczą wszelkie inne znane gatunki bakteryi mlecznych. Wszystkie prace naukowe dotyczą wyłącznie mleka bułgarskiego. W praktyce jednak sam Miecznikow wspomina, że dobrze jest kojarzyć prątki bułgarskie z pewną ilością innych bakteryi mlecznych, gdyż to poprawia smak mleka. Tym wymaganiom odpowiadają zaczyny Karwackiego, które obok prątków bułgarskich zawierają prątki kwasu mlecznego zwykłe i ziarenkowce kwasotwórcze.

2) Kozerski przedstawił chorą, **wyleczoną zapomocą radu z wilka rumieniowego** (*lupus erythematodes*).

3) Starkiewicz przedstawił chorego z **wrodzoną żółtaczką.**

4) Kopczyński Stanisław przedstawił przebieg kliniczny i szereg preparatów mikroskopowych mózgu i rdzenia z przypadku **porażenia typu Brown-Séquarda** pochodzenia urazowego. Następnie omówił prelegent szczegółowo przebieg pęczka Gowersa na podstawie własnych doświadczeń na małpach, rozpatrzył na schematach przebieg przypuszczalnych dróg bolowych i termicznych, które, zdaniem większości autorów, przebiegają w pęczkach Gowersa, wspomniał o pracach klinicznych Piltza w tym kierunku i zaznaczył, że przedstawione preparaty zdają się niewątpliwie przemawiać za odrębnością dróg bolowych i termicznych, a dotykowych. *Ign. L.*

Towarzystwo lekarskie Wileńskie.

Posiedzenie w dniu 25. marca 1907.

1) Prezes zawiadomił o śmierci dra Tobiasza Samsonowa, którego pamięć obecni uczcili przez powstanie.

2) Dr Czarkowski pokazał fotografię 78-letniego mężczyzny z **wrodzonym brakiem mostka,** na miejscu którego znajduje się podłużne zagłębienie, szerokie 6—7 ctm. pokryte tylko zaróżowioną skórą. Pod nią dobrze widać kurczenie się

serca. Zajmując się krawiectwem, dożył człowiek ten tak późnego wieku bez żadnych dolegliwości, ma dzieci i wnuki. Braku mostka nigdy nie zakrywał. Podobne zboczenia spostrzegali i opisali prof. Kosiński i dr Święcicki. W Wilnie dr J. Jundziłł widział z podobnym brakiem mężczyznę, który się pokazywał za opłatą, ale ten przykrywał brak deseczką.

3) Dr Dembowski przedstawił chorego z **rakowcem skóry twarzy** (*ulcus rodens*), **wyleczonym zapomocą promieni Röntgena**, oraz model gipsowy, zrobiony na początku choroby. U chorego były dwa rakowce, z których jeden znajdował się bliżej ucha na wyrostku jarzmowym, a drugi w zewnętrznym kącie prawego oka. Ten ostatni zniszczył część powiek. Leczenie trwało od grudnia z miesięczną przerwą z powodu wywołanego przez stosowanie promieni Röntgena znacznego podrażnienia skóry. Przy zwykłym sposobie leczenia wymagałaby choroba znacznej plastyki, czego prawie uniknięto obecnie, ponieważ na miejscu rakowca około ucha pozostała zdrowa, gładka blizna, zaś w zewnętrznym kącie oka niezbyt wielkie owrzodzenie, pokryte zdrową ziarniną. Owrzodzenie to będzie wymagało niewielkiej operacyi plastycznej, którą dr D. ma zamiar wykonać dopiero po upływie pół roku, gdy obawa nawrotu będzie wyłączona.

4) Dr Dembowski pokazał fotografię młodej panienki, u której oba policzki były pokryte **wypryskiem**, bezskutecznie leczonym w kraju i zagranicą w ciągu dwóch lat, a który zupełnie **wyleczono zapomocą promieni Röntgena.** (Muszę dodać od siebie, iż z fotografii, do tego starannie retuszowanej, trudno wnosić o rzeczywistym stanie skóry na twarzy chorej).

Dr Gerszun zaznacza, że w ostatnich czasach fizyczne sposoby leczenia różnego rodzaju wysypek, a zwłaszcza wyprysku, zyskują coraz bardziej prawo obywatelstwa i opowiada o kilku pomyślnych wynikach takiego leczenia z własnej praktyki. I tak, otrzymał znakomity wynik, lecząc świąd (*pruritus*) z wypryskiem zapomocą promieni błękitnych. Po kilku posiedzeniach świąd i wyprysk zupełnie zginęły na miejscach, gdzie promienie padały, a pozostały bez zmiany tam, gdzie promienie nie dochodziły.

5) Dr Dembowski zaleca **stosowanie prądów d'Arsonvala przy krwawnicach**, znajdujących się w stanie zapalnym. Już w czasie stosowania ból szybko znika i widać jak szyszka się kurczy. Na szyszki krwawnicze niezapalone prądy d'Arsonvala wcale nie działają, ponieważ nie są to, jak niektórzy mniemają, proste żylaki (*varices*), ale naczyniaki (*angiomata*).

Dr Świderski stosował prądy d'Arsonvala w 259 przypadkach krwawnic i również otrzymywał świetne wyniki. Znakomicie działa też, zdaniem mowcy, takie leczenie w niedowładzie jelit i przy szczelinach odbytu, czego jednak dr Dembowski nie potwierdza.

6) Dr Wirszubski pokazał chłopca z chorobą, którą określił jako **Spondylosis typhosa.** Chłopak zawsze był zdrów, kiły nie miał. W sierpniu zachorował na dur brzuszny, który trwał 4 tygodnie. W parę tygodni potem zaczął się uskarżać na bole w pasie, w prawym boku i w prawej stronie brzucha. Obecnie kręgosłup chorego jest wykrzywiony ku przodowi (*lordosis*) z nieznacznem skrzywieniem bocznem (*scoliosis*) w części lędźwiowej. Chory trzyma się sztywno, chodzi powoli, starając się nie poruszać kręgosłupa, z łatwością pochyla się w tył, przy nachylaniu się na przód i na bok nie zgina kręgosłupa. Gdy się chce podnieść z krzesła, lub położyć, czyni to również, oszczędzając kręgosłup i wykonując różne inne ruchy. W prawej nodze widoczne są pewien zanik i niedowład. W narządach wewnętrznych zmian niema. Prelegent utrzymuje, że rokowanie jakoby jest dobre i że choroba ustępuje przy stosowaniu okładów ogrzewających.

Dr Dembowski nie zgadza się z rozpoznaniem prelegenta, oświadczając, że u chorego po durze wytworzyło się w jednym z kręgów ognisko gruźlicze. Wyżej położone kręgi wskutek ciężaru i ucisku na chore miejsce sprawiają ból i zniewalają chorego do unieruchomienia kręgosłupa. Mowca popiera swoje zdanie doświadczeniem, mianowicie położywszy chorego na swoje kolana twarzą w dół tak, że ręce i nogi chorego się zwieszają, przez rozsunięcie swych kolan rozciąga kręgosłup chorego. Dość znaczny ból w tej chwili przy tym zabiegu ustał. Mowca radzi, nie tracąc czasu na okłady, niezwłocznie zastosować gorset gipsowy.

7) Odczyt dra Kowarskiego: **O krzywicy w Wilnie**, z powodu spóźnionej pory odłożono. *Dr Wlad. Zahorski.*

Koło lekarskie polskie w Petersburgu.

Protokół posiedzenia rocznego dnia 23. I. (5. II.) 1907 r.

Obecnych członków 20, gości 2.

I. Posiedzenie zagaił prezes dr Strawiński powitaniem gościa, doc. Władysława Janowskiego i wspomnieniem pośmiertnem członków Koła ś. p. drów Kolesińskiego i Piekarskiego, których pamięć uczczono przez powstanie.

II. Protokół z posiedzenia listopadowego po odczytaniu przyjęto.

III. Docent Z. Orłowski wygłasza rzecz pod tytułem: **„W sprawie doświadczalnej miażdżycy tętnicy głównej u królików“.**

W dyskusyi stwierdza dr Sowiński tożsamość zmian, stwierdzonych przez prelegenta w tętnicy głównej królików, ze zmianami, spostrzeganemi przy zacieśniającem zapaleniu błony wewnętrznej naczyń u chorych na kiłę; okoliczność ta przemawia na korzyść poglądu prelegenta o toksycznem ich pochodzeniu. — Prof. W. Orłowski również upatruje toksyczne działanie stosowanych przez prelegenta środków; wzmożeniu parcia krwi, zgodnie z prelegentem, przypisuje tylko podrzędne znaczenie, ponieważ w doświadczeniach prelegenta, zwłaszcza z chlorkiem barowym, o długotrwałem podniesieniu się ciśnienia krwi, jak dowiódł mówca, nie może być mowy; w powstaniu miażdżycy tętnic u ludzi parcie krwi może przeciwnie odgrywać poważną rolę, zwłaszcza u osób z dziedzicznie upośledzonym układem naczyniowym; dla wyświetlenia patogenetycznego znaczenia wzmożonego parcia krwi u ludzi bardzo pożądane są badania na t. zw. rykszy, t. j. ludziach, używanych we wschodniej Azyi do dorożek zamiast koni, u których podobno po kilku latach powstaje zwykle przerost serca, a następnie jego osłabienie. — W odpowiedzi drowi Strawińskiemu zaznacza prelegent, że do doświadczeń używał królików młodych i że w piśmiennictwie spotkać można wzmiankę tylko o 2 doświadczeniach, dokonanych na psach, z wynikiem niepomyślnym; do tych doświadczeń, jako nielicznych, nie można przywiązywać znaczenia. W klinice prof. Fawickiego, w której nad sprawą miażdżycową pracują w dalszym ciągu, powiodło się drowi Weselkowowi wywołać u królika po dłuższem wstrzykiwaniu adonidyny wytworzenie się w tętnicy głównej kości o zwykłej budowie kości gąbczastych; u innych królików wyniki były ujemne, jakkolwiek Weselkow wykonał bardzo wiele doświadczeń. — Prof. W. Orłowski podkreśla również niestałość wyników doświadczeń; w swej nieukończonej jeszcze pracy z wstrzykiwaniem królikom adonidyny badał równocześnie stan tętnicy głównej; żadnych zmian, widzialnych gołem okiem, dotąd zauważyć nie mógł, jakkolwiek większa część doświadczeń trwała czas dłuższy, mianowicie około 2 miesięcy. — Dr Wierciński przypuszcza w przypadku dra Weselkowa możliwość nowotworu w tętnicy głównej. — W dyskusyi zabierali wreszcie głos prof. St. Zaleski i dr Uliński.

IV. Dr Sowiński odczytuje przysłaną przez dra Ebersa rzecz p. t. **„Kilka słów o polskim zakładzie hydropatycznym dra Ebersa na Lido pod Wenecyą“.** W dyskusyi prof. St. Zaleski podnosi sprawę polecania uzdrowisk ojczystych i obcokrajowych. Dr Wierciński, dr Wolański, prof. W. Orłowski i dr Strawiński wygłaszają zgodnie zdanie, że lekarz, polecając choremu wyjazd do tych lub innych wód, powinien przedewszystkiem mieć na względzie dobro chorego, a tylko wśród uzdrowisk jednakowej wartości dawać pierwszeństwo swojskim.

V. Na posiedzeniu administracyjnem przyjęto sprawozdanie roczne sekretarza Koła prof. W. Orłowskiego, które w streszczeniu brzmi, jak następuje:

»Ubiegły rok był pierwszym rokiem istnienia Koła, jako filii« Tow. Dobrocz. przy kośc. św. Katarzyny« (»Opieki lekarskiej«). W tym roku Koło liczyło na początku 133 członków, w ciągu roku umarło 3 (Kraszewski, Kamiński i Piekarski), nowych przystąpiło 9, obecnie więc liczy Koło 139 członków. Posiedzeń w r. z. było 8, z tych 1 roczne, 7 naukowo-administracyjnych, w tej liczbie jedno na cześć sekretarza Koła W. Orłowskiego wskutek powołania go na katedrę do Kazania. Średnio bywało na posiedzeniach członków 24, (w roku poprzednim 16). W obradach nad odczytami brało udział 19 członków, (w roku poprzednim 12). Odczytów wygłoszono 15, nie wygłoszono z zapowiedzianych odczytów wskutek różnych przyczyn 2 odczytów; (w roku 1905 było odczytów 11). Wszystkie odczyty mieli członkowie Koła, większość odczytów była objaśnioną demonstracyami preparatów i chorych. Ulegalizowanie »Związku

polskiego lek. i przyrodników w Petersb.« według ustawy, wypracowanej w 1905 i ostatecznie przyjętej na posiedzeniu 5. 16 stycznia 1906 r., nie powiodło się; w d. 19. XII (1. 1. 1907) osobna komisya rządowa odrzuciła ustawę, motywując odmowę nieuwzględnieniem w ustawie niektórych formalności. W rozpoczynającym się więc siódmym roku działalności Koło może istnieć li tylko jako filia Tow. Dobrocz. Miejmy jednak nadzieję, iż dziś, gdy naród polski wytężył siły twórcze na wszelkich polach pracy społecznej i naukowej, to niepowodzenie nie obniży naszych dążeń do stworzenia poważnego ogniska naukowego, które skupi wszystkich lekarzy Polaków, zamieszkałych w Petersburgu. Napotykane przeszkody niech wzniecą w nas nową energię i przyczynią się do tego, żeby dzisiejsza skromna »Opieka lekarska« przekazała z czasem świetniejsze imię pożądanej przez nas instytucyi »Związkowi polsk. lek. i przyr. w Petersburgu«.

Dziś kończy się szósty rok istnienia naszego Koła, a zarazem piąty i ostatni rok mojej w niem pracy, jako sekretarza posiedzeń naukowych. Z przyjemnością stwierdzam, że zostawiam mojemu następcy dobrą spuściznę: przez 6 lat istnienia bowiem ruch w naszem Kole wciąż wzmagał się, potężniał, wdrażał do pracy coraz liczniejsze grono, tak, że już dzisiaj zapowiedziane są odczyty na wszystkie posiedzenia aż do lata. Ten nasz dorobek nie powinien ginąć bez śladu. Temu musimy zapobiedz przez ogłaszanie naszych protokołów, jak to czyniłem przez 5 lat mej pracy jako sekretarz. Ustępując wkrótce z Koła, uważam za niezbędne, żeby Koło regulaminem zobowiązało moich następców do drukowania protokołów. Sprawa ta zresztą tak leży mi na sercu, że mam zamiar wnieść to osobno do Zarządu, który ma być dziś obrany«.

VI. Dr Wierciński odczytuje sprawozdanie ze stanu kasy, z którego wynika, że 1. stycznia 1907 stan jej wynosi 1022 rb. 22 kop. Komisya rewizyjna stwierdza prawidłowość rachunków.

VII. Dr Ostrowski przedstawia sprawozdanie ze stanu biblioteki; oprócz polskich czasopism lekarskich, które otrzymywano, nabyto w ubiegłym roku do biblioteki 9 dzieł w 13 tomach.

VIII. Prof. St. Zaleski zdaje sprawę z rokowań, które prowadził po odmowie legalizacyi »Związku polskiego lek. i przyrodników w Petersb.«; na ich podstawie jest pewny, że uzupełniona ustawa »Związku« wkrótce zostanie zatwierdzoną.

IX. Wobec danych, przytoczonych przez prof. St. Zaleskiego, zebranie zatwierdza dodane i zmienione paragrafy ustawy i uchwala jednomyślnie odłożyć wybory zarządu Koła aż do zalegalizowania »Związku«. Przy jawnem głosowaniu prof. W. Orłowski wstrzymuje się od głosu; na życzenie zebrania zgadza się zatrzymać urząd sekretarza aż do swego wyjazdu.

X. Dr Strawiński odczytuje odezwę sekcyi higienicznej X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Na wniosek prof. W. Orłowskiego zaproszono prof. St. Zaleskiego na koreferenta tematu »Zaopatrywanie osad ludzkich we wodę (ze szczególnem uwzględnieniem miasteczek i wsi)«.

XI. W poczet członków Koła przyjęto dra Edwarda Jabłońskiego i Maryana Gimżewskiego. *Witold Orłowski.*

Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1903, oraz 1901/2.

Streścił **prof. dr Stanisław Ciechanowski.**

Sprawozdanie Rady Zdrowia za rok 1903 ukazało się pod koniec roku zeszłego. Wcześniej wydanego sprawozdania za oba lata poprzednie (1901 i 1902) razem, nie zdążył już omówić stały przedmiotu tego nasz sprawozdawca, nieodżałowanej pamięci Dr Gwiazdomorski, bo postępująca ciężka choroba wytrąciła Mu pióro z ręki. Podejmując je po Nim, pragnę zachować ciągłość wiadomości, podawanych w »Przeglądzie« według Sprawozdań Rady Zdrowia już od dłuższego lat szeregu i dlatego zestawię tutaj oba ostatnie, trzech lat dotyczące sprawozdania.

Nieobszerne ramy »Przeglądu« nie pozwalają, rzecz prosta, na to, aby dokładniej przedstawić ogromny materyał, zgromadzony przez Radę Zdrowia. Z konieczności trzeba się ograniczyć do najważniejszych tylko liczb i najogólniejszych danych, pomijając mnóstwo ciekawych szczegółów i dając rzecz, zaledwo zasługującą na nazwę »streszczenia«. Jeżeli jednak i taki sumaryczny tylko wyciąg, rzucając światło na braki sanitarne w Galicyi, na uczynione postępy i stosowane w tym celu środki, zdoła zachęcić tego lub owego czytelnika do uważnego przestudyowania Sprawozdania Rady Zdrowia w oryginale, to cel będzie osiągnięty.

Na uwagę każdego lekarza, którego choć cokolwiek obchodzi zdrowie ludności naszej, zasługują w równej mierze zawarte w Sprawozdaniach liczby statystyczne i ważne spostrzeżenia ze wszystkich dziedzin sanitarnych, jak i wysnute z nich cenne objaśnienia i wnioski co do postępowania w przyszłości. Odkładając na koniec, do omówienia wniosków Rady Zdrowia, ogólne merytoryczne uwagi o działalności czynników, powołanych do poprawy stosunków zdrowotnych i o osiąganych przez tę działalność skutkach, należy tu podkreślić ciągły postęp, zaznaczający się w Sprawozdaniach Rady Zdrowia pod względem, że tak powiem, formalnym. W każdym nowym roczniku nie trudno dostrzedz pieczę o coraz obfitszy, szczegółowszy i pewniejszy materyał sprawozdawczy. W miarę potrzeby dla wyłaniających się nowych spraw wstawiane bywają nowe ustępy w ramy przyjętego od pewnego czasu przejrzystego podziału treści. Podział ten bardzo znacznie ułatwia oryentacyę w Sprawozdaniach; a jeżeli w pewnych szczegółach trudność, jaką stanowi obmyślenie najpraktyczniejszego układu, nie ze wszystkiem jeszcze została przełamana, to jednak, sądząc z dotychczasowych ulepszeń, nie wątpię, że powiedzie się to w latach następnych. Mam tu na myśli np. z działu 7. B, ustępy lit. d — e (kolonie i korpusy wakacyjne dla uczniów), które łączą się ściśle z ustępem c) działu 6. (rozwój fizyczny młodzieży szkolnej), a jednak i w dziale 7. B pominięte być nie mogą; całą część II (szczepienie), któreby może dobrze było włączyć jako jeden z ustępów działu 9. (zwalczanie chorób zakaźnych) i t. p. Jednakże takie przekształcanie układu wymaga wielkiej ostrożności z tego już względu, aby nie narazić przez nie na szwank rzeczy daleko jeszcze ważniejszej, t. j. pewnej jednolitości w opracowaniu poszczególnych Sprawozdań, koniecznej dla wszelkich porównań różnych lat między sobą. Niechby już podział w tym lub innym szczególe nie był idealny, byleby takie porównania łatwo przeprowadzić można na zasadzie jednakowego w każdym roku ugrupowania i opracowania materyału. A pod tym względem zapisać trzeba w ostatnich rocznikach Sprawozdań znaczny znów postęp. Taksamo musi sobie zjednać uznanie coraz większa dbałość o to, aby czytelnik w samem Sprawozdaniu miał pod ręką dane porównawcze z lat poprzednich i nie potrzebował ich gdzieindziej szukać. Ciągłe doskonalenie się Sprawozdań pozwala ufać, że dalsze ich roczniki coraz więcej uwzględniać będą lata poprzednie pod jednym i drugim względem.

Natomiast za stratę uważać można usunięcie ze Sprawozdań dawniej uwzględnianego działu p. t. »Naturalny przyrost ludności«. W związku z tem, jak to już podniesiono w »Przeglądzie« w r. 1905, pożądane zdawałoby się wprowadzenie głównych danych statystycznych o ruchu emigracyjnym, których wagę oświetliły tak doskonale badania doc. Droby i Kucery, dotyczące epidemiologii nagminnego zapalenia opon. Wielką też wygodą byłoby, gdyby w Sprawozdaniach jako dodatek podano np. na początku lub na końcu zaludnienie poszczególnych powiatów i większych miast według obliczenia, przyjętego w danym roku za podstawę do przytaczanych w Sprawozdaniach liczb odsetkowych; taka statystyka zaludnienia nie zajęłaby zbyt wiele miejsca, a oszczędziłaby nieraz szukania jej w innych, zazwyczaj dość trudno dostępnych źródłach, lub żmudnego obliczania, zanim odpowiednie dane urzędowe ukażą się wogóle drukiem [1]). Z żalem też nie znajdujemy już w Sprawozdaniu Rady Zdrowia za r. 1903 dołączonych tablic statystycznych, które zawiera jeszcze Sprawozdanie za lata 1901/2. Niewiem, czy brak tablic jest w r. 1903 przypadkowy, czy też oznacza, że nadal dołączane nie będą. Szkodaby była wielka, gdyby cenny, w nich zawarty materyał, miał w przyszłości stać się niedostępnym.

Rychlejsze pojawianie się Sprawozdań należałoby oczywiście z radością powitać; niestety wobec olbrzymiego i coraz rosnącego materyału będzie to chyba najtrudniejsze z pożądanych jeszcze ulepszeń.

Przechodząc do poszczególnych rozdziałów Sprawozdania, omawiać będę każdy naraz za 3 lata.

[1]) Odnosi się to np. do publikacyi c. k. centralnej Komisyi statystycznej, w których można znaleźć zaludnienie, obliczone na dany rok sprawozdawczy, ale które ukazują się później, niż Sprawozdania Rady Zdrowia; tak np. statystykę sanitarną Austryi, z odpowiednią statystyką ludności, ogłoszono dotychczas dopiero za r. 1902.

I. Ruch ludności.

A. Małżeństwa.

W r. 1903 zawarto małżeństw 63.167, t. j. 8,6 ‰ ludności (według spisu z r. 1900). W dwóch poprzednich latach liczba małżeństw wynosiła 8,08 i 8,51 na tysiąc ludności, jak wogóle liczba ta w ostatniem piętnastoleciu trzyma się na jednym prawie poziomie. Równie stale liczba małżeństw przeważa we wschodniej części kraju, w powiatach ruskich, gdzie dochodzi nawet do 12,8 ‰, nad liczbą małżeństw wśród ludności polskiej w powiatach zachodnich, gdzie spada nawet do 6,3 (w pow. mieleckim) i 5,9 (w pow. gorlickim).

B. Urodzenia.

Ilość urodzonych w r. 1903 była niższa, niż w trzech ostatnich latach, wynosiła mianowicie 321,972, o 12,440 mniej niż w r. 1902, o 7,333 mniej niż w r. 1901, a 8,815 mniej niż w r. 1900. Na tysiąc ludności przypadało w r. 1903 urodzeń 43,8, w r. 1902 — 45,59, w r. 1901 — 44,8, a w r. 1900 — 45.2.

Liczba urodzeń była również wśród ludności ruskiej wyższa, niż wśród polskiej. Sprawozdanie za r. 1903 podaje szczegółową tablicę urodzeń we wszystkich powiatach Galicyi w ostatnich czterech latach i liczby średnie z czterolecia w stosunku do ludności każdego powiatu. W czteroleciu tem najwyższe średnie liczby: 53,9—51 ‰ znajdujemy w powiatach: rudeckim, gródeckim, mościckim, jaworowskim, cieszanowskim, drohobyckim; najniższe średnie liczby były w tem czteroleciu w mieście Krakowie 36,75, w powiecie nowotarskim 38,05, w mieście Lwowie 38,47 i w powiecie tarnowskim 39,80.

Nieślubnych dzieci było w r. 1903 — 4.26 ‰ ludności, a 9,7 % urodzonych. W r. 1902 przypadało dzieci nieślubnych 10,5 na sto urodzeń, a w r. 1901 — 11,0. Liczba ta wogóle w ostatniem pietnastoleciu stopniowo się zmniejsza; sprawozdanie przypisuje to stopniowemu zmniejszaniu się liczby małżeństw izraelickich rytualnych, których potomstwo zapisuje statystyka w liczbie dzieci nieślubnych. Najmniej dzieci nieślubnych rodzi się w podgórskich powiatach zachodniej Galicyi, najwięcej w miastach Krakowie i Lwowie, oraz w 4 sąsiadujących ze sobą powiatach północno-wschodnich (okolice Rawy i Sokala), oraz w 4 innych powiatach wschodnich, mających znaczny odsetek ludności izraelickiej.

Liczba nieżywo urodzonych ciągle się zmniejsza. W r. 1901 urodziło się nieżywo 2,2 %, w r. 1903 — 2,1 %, gdy w r. 1891 jeszcze 2,73 % dzieci. Co w tym względzie zdziałać może organizacya służby położniczej i łatwość pomocy umiejętnej przy porodzie, poucza zestawienie Dr Wursta z powiatu kałuskiego. W 10 gminach tego powiatu, położonych blizko siedziby akuszerki okręgowej, urodziło się w r. 1902 nieżywo średnio 0,9 % wszystkich noworodków, w 8 zaś gminach, oddalonych od pomocy położniczej — średnio 4,9 (od 3 — 10%). Niestety korzystanie z umiejętnej pomocy położniczej zależy nietylko od tego, czy ta pomoc jest łatwo dostępna, ale także od tego, czy ludność ma do niej zaufanie; pod tym względem nie wszędzie jest dobrze. Pomimo znacznego wzrostu liczby położnych, praktykujących w kraju, liczba porodów, odbytych przy ich pomocy w r. 1903 nietylko się w porównaniu z r. 1902 nie zwiększyła, ale nawet bezwzględnie spadła o 3076. W obu tych latach korzystała ludność z pomocy zawodowych położnych zaledwo przy 25,9 % wszystkich porodów. Sprawozdanie za r. 1903 podaje nader ciekawą tablicę z lat trzech, z której wynika, że tylko w 30 powiatach wzmaga się z roku na rok zaufanie do pomocy położniczej, natomiast w 10 powiatach zaufanie to zamiast wzrastać, stopniowo słabnie, a zresztą, wśród przeważnej części ludności, bo w czterdziestu kilku powiatach, choć nie słabnie, ale i nie wzrasta. Tem tłómaczyć sobie chyba należy, że i co do liczby nieżywo urodzonych polepszenie, aczkolwiek niewątpliwe, jest jednak niesłychanie powolne, skoro przez lat 12 wyniosło tylko 0,6 %.

C. Śmiertelność.

W stosunku do ludności, obliczonej na odpowiednie lata według średniego przyrostu w ostatniem dziesięcioleciu, zmarło w Galicyi w r. 1903 — 26,22 ‰, w r. 1902 — 28,14 ‰, w r. 1901 — 25,5 ‰. Rok 1901 był wyjątkowo korzystny; zaraz w roku następnym wzrosła śmiertelność z powodu znaczniejszego rozszerzenia się chorób zakaźnych, mącąc stopniowe zmniejszanie się śmiertelności, jakie można było spostrzegać od czasu wprowadzenia statystyki sanitarnej w całym kraju. Już jednak rok 1903 zaznaczył się powrotem do prawidłowego w tym względzie postępu, gdyż w tym roku była śmiertelność — pominąwszy wyjątkowy rok 1901 — najniższa od czasu wprowadzenia statystyki sanitarnej. Porównując średnią śmiertelności pięciolecia 1872 — 1876 z pięcioleciem 1896 — 1901, stwierdza się spadek śmiertelności z 41,02 na 37,2, czyli o 13,82 ‰. Fakt to bardzo pocieszający i dowód najlepszy, że praca około uzdrowotnienia kraju, prowadzona wytrwale i systematycznie, nie była bezowocna, pomimo trudnych warunków, w jakich się odbywała i odbywa.

1. Śmiertelność według wieku.

Najciekawsze z tego działu są oczywiście dane statystyczne, dotyczące wieku dziecięcego. Śmiertelność dzieci jest wśród ludności naszej przerażająco wysoka; dzieci, zmierające przed szóstym rokiem życia, stanowią przeszło połowę wszystkich zmarłych. Tylko rok 1901 i pod tym względem był wyjątkowo pomyślniejszy; między 1. a 5. rokiem życia było bowiem w tym roku 52,49 wszystkich zmarłych, gdy w r. 1902 — 54,9, a w r. 1903—53,1. Największą śmiertelność niemowląt, zarówno w pierwszym miesiącu, jak i w pierwszym roku życia, ma od szeregu lat kilkanaście powiatów, odznaczających się większą płodnością, a zamieszkałych przez ludność ruską; najmniejszą — powiaty zachodnie, polskie. Zjawisko to, wyraźniejsze w latach poprzednich, w r. 1903 nieco się zaciera, szczególnie co do dzieci, zmierających w pierwszym miesiącu; co do dzieci wszakże, zmierających w pierwszym roku życia, to i zestawienie z ostatnich lat siedmiu 1897 — 1903 poucza, że najwyższa średnia śmiertelność takich dzieci utrzymuje się w 12 powiatach ruskich, a z polskich w jednym podgórskim; w szeregu średnich najniższych stoją jednak obok siebie powiaty tak pod względem etnograficznym, geograficznym i t. d od siebie się różniące, że — jak słusznie zauważa Sprawozdanie — trudno dopatrzeć się jednakowej przyczyny śmierci niemowląt, widząc np. powiaty brodzki, czortkowski i husiatyński ze śmiertelnością 16—17 (na sto w tym czasie urodzonych) obok powiatów: tarnobrzeskiego, mieleckiego, nowotarskiego, wadowickiego, ze śmiertelnością 14,4 — 18%. Natomiast najniższą śmiertelność dzieci do lat pięciu mają miasta Lwów i Kraków oraz 13 powiatów, zamieszkałych niemal wyłącznie przez ludność polską, z wyjątkiem jednego, niemal czysto ruskiego powiatu borszczowskiego.

2. Śmiertelność według przyczyn śmierci.

Brak sił żywotnych ma być według przepisów urzędowych podawany jako przyczyna śmierci tylko co do niemowląt, zmarłych wskutek przedwczesnego przyjścia na świat, oraz potworów. Niestety jednak zaledwo czwarta część skonów bywa sprawdzona przez lekarzy, reszta przez bardzo nieraz mało wykształconych oglądaczy zwłok, a i z lekarzy wielu prawdopodobnie o przepisach tych nie zawsze pamięta; stąd też liczby, podawane w tej rubryce, są bardzo niejednostajne i dlatego żadnej nie mają wartości. Z roku na rok np. nie podają niektóre powiaty, jak gorlicki i gródecki, ani jednego przypadku śmierci z braku sił żywotnych, gdy znów w innych liczba ta bywa bardzo wysoka.

Gruźlica i zapalenie płuc omawiane są w Sprawozdaniach zawsze razem; w ten tylko bowiem sposób można dojść do niejakich wniosków wobec tego, że, jak podnosi Sprawozdanie za r. 1901/2, wielu lekarzy umyślnie zamiast gruźlicy rozpoznaje przewlekłe zapalenie płuc, a jeszcze więcej wobec tego, że tylko przez połączenie obu tych rubryk można nadać niejaką wartość danym, których trzy czwarte pochodzi od oglądaczy zwłok, laików.

Otóż z gruźlicy i zapalenia płuc razem zmarło w r.

1901 — 6·44‰	ludności, a	25%	zmarłych
1902 — 6·73‰	»	» 23·9%	»
1903 — 6·39‰	»	» 24·36%	»

a ponieważ w latach poprzednich zmierało średnio 6·7‰ ludności, przeto ostatnie trzechlecie ze średnią 6·52‰ byłoby nieco korzystniejsze. Niemniej pod względem śmiertelności z chorób płuc zajmuje Galicya ciągle jeszcze najniepomyślniejsze miejsce wśród krajów austryackich. W r. 1903 np. zmarło z tych chorób ‰ ludności: na Morawach 6·0, w Czechach 5·07, na Bukowinie 4·37. Z roku na rok mniejwięcej tesame powiaty galicyjskie mają śmiertelność najwyższą. Miasto Kraków ma niestety smutny przywilej, że od szeregu lat zajmuje jedno z pierwszych tutaj miejsc, o ile wlicza się zmarłych w Krakowie »obcych«; wobec tego jednak, że z tych »obcych« wielu, mieszkając i przynależąc do gmin podmiejskich, pracuje w Krakowie i tu choroby nabywa, nie można ich w porównaniach pominąć. Otóż

Kraków w latach 1900 — 1902 wykazywał powyżej 11‰ śmiertelności z chorób płuc, a nawet w stosunkowo pomyślniejszym r. 1903 — 10·9‰. Miasto Lwów, mając jeszcze w r. 1900 10·9‰ śmiertelności, w następnem trzechleciu nie przekroczyło 9·7‰. Za główną przyczynę znacznego rozszerzenia się chorób płuc, a przedewszystkiem gruźlicy w Galicyi uważa Rada Zdrowia na podstawie danych, zebranych przez szereg lat, przeludnienie mieszkań obok nędzy, pijaństwa i niechlujstwa. Niestety trudno spodziewać się poprawy, skoro — jak podaje Sprawozdanie za r. 1903 — z powodu drożyzny budulcu włościanie budują coraz mniejsze i coraz gorzej przez to w zimie i jesieni przepełnione mieszkańcami chaty.

Błonicę podano jako przyczynę śmierci w r. 1901 u 0·9‰, w r. 1902 u 0·82‰, w r. 1903 u 0·87‰ ludności. Rok 1903 był w porównaniu z poprzednim nieco mniej pomyślny, jednakże wogóle w ostatniem ośmioleciu zmniejszyła się stopniowo, a bardzo znacznie śmiertelność z błonicy. Jeszcze bowiem w r. 1895 zmarło z niej 2‰ ludności; od tego czasu spadła śmiertelność przeszło o połowę. W latach 1901—1903 panowała błonica najsilniej w dwóch grupach powiatów: jednej, sąsiadującej ze Starym-Samborem, drugiej — w okolicy Brzeżan. Niektóre powiaty, jak Kamionka, Przemyślany, Bochnia, Mielec, Stary-Sambor i Turka, oraz miasta Lwów i Kraków, rozwinęły bardzo energiczną działalność w leczeniu błonicy, co ułatwia zresztą bardzo możność używania surowicy na koszt rządu. Natomiast niewytłómaczoną jest obojętność niektórych starostw, jak w Gródku, Rohatynie, Nisku, Jarosławiu, Samborze, które z roku na rok zgoła nie delegują lekarzy do sprawdzania i leczenia błonicy, chociaż z niej znaczna w tych powiatach jest śmiertelność. Tę niezwykłą niedbałość wytykają Sprawozdania od kilku lat zawsze co do tych samych starostw. Zapytać się godzi, czy Namiestnictwo galicyjskie niema w ręku środków, którcby to niedbalstwo usunęły, czy też może zupełnie nie zwraca uwagi na usterki, wytykane corocznie przez Radę Zdrowia?

W jakiej dokładnie mierze rozpowszechniło się leczenie surowicą i z jakim wynikiem bezpośrednim, o tem nie można z danych, jakiemi rozporządza Rada Zdrowia, całkiem ściśle wyrokować, albowiem lekarze nie zawsze donoszą o zastosowaniu tego środka. I z tych jednak liczb, jakie Rada Zdrowia zebrać zdołała, wnosić można ogólnie, że leczenie surowicą szybko się rozpowszechnia. Gdzie to dotąd nie nastąpiło, przyczyną jest — zdaniem Rady Zdrowia — nietyle opór ludności, ile obojętność lub może nawet niechęć lekarzy (!), delegowanych do zwalczania epidemii.

Krztusiec zabrał w r. 1903 1·14‰ ludności, w 2 latach poprzednich 1·69 i 1·24; panował we wszystkich niemal powiatach.

Na ospę chorowało według wykazów lekarzy urzędowych w r. 1901 w całej Galicyi 238 osób, a zmarło 19, w roku 1902 chorowało 43, zmarło 10, w r. 1903 chorowało tylko 29, umarło tylko 4. Pod tym względem tak pomyślnego roku, jak 1903, nie było »od niepamiętnych czasów«. We wszystkich przypadkach r. 1902 i 1903 ospa została do Galicyi zawleczoną z Królestwa Polskiego, z Rosyi, poczęści z Węgier, kilkakrotnie za pośrednictwem kupionej zagranicą starej odzieży. W r. 1901 w kilku przypadkach źródła zarazy wyśledzić nie zdołano.

Płonica była przyczyną śmierci 1·5‰ ludności w r. 1903, a 1·48 i 1·11‰ w dwóch latach poprzednich; śmiertelność z płonicy przeto w tem trzechleciu nieco wzrastała. Wzrastało też i nagminne jej szerzenie się: w r. 1901 były dwa powiaty (kosowski i mościski) od niej wolne, w obu następnych latach stwierdzili lekarze urzędowi jej epidemie już we wszystkich bez wyjątku powiatach; w ciągu roku 1902 w większej części kraju płonica nie wygasła, lecz epidemicznie przeszła na rok 1903. Leczono w r. 1901 osób 21,511 († 23·27%), w r. 1902 — 26,700 († 25·5%), w r. 1903 — 30,105 († 23·79%).

Z odry zmarło w r. 1901 — 0·28, a w r. 1903 — 0·39‰ ludności; natomiast w r. 1902 zabrała odra 1·46‰ ludności, a tak wysokiej cyfry nie było od r. 1886. Sprawozdania lekarzy, delegowanych do zwalczania odry, podają w r. 1901 chorych 22.046, w r. 1902 — 82.390, w r. 1903 — 25.356.

(C. d. n.).

W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego.

III.

Braki i potrzeby.

Zestawił **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

Dalszy przykład systemu oszczędności: rekonstrukcya szpitala w Stryju. Pomimo wielu zalet planów stopniowo (z musu) uzupełnianych coraz większemi zmianami, »cała robota nosi cechy dorywczości, nie ujętej w plan szczegółowy«, a choć to podobno »inaczej być nie mogło«, to jednak »nie może się obejść bez znacznych kosztów, bez burzenia starych i stawiania nowych okien, ścian, drzwi i t. p. Wszystko to było zbyt nizko preliminowane lub zrazu nie zamierzone...« Pomimo budzących niezadowolenie kilkakrotnych przekroczeń pierwotnego kredytu na budowę (byle jak najoszczędniej !) »z góry można przewidzieć, że nie wystarczy to do postawienia tego szpitala na wymaganą stopę« [1]).

W nowiutkim i ślicznym szpitalu Tarnobrzeskim na 30 łóżkach zastała inspekcya 59 chorych (!); »jest w nim za ciasno, a przepełnienie« na pewno »zamieni się w stan trwały, chroniczny« [2]).

W Tarnopolu, w szpitalu postawionym dopiero przed 8 laty, »sala operacyjna urządzeniem swojem stoi daleko poza wzorami małych nawet szpitali naszych krajowych« [3]). A przecież »niewielkim kosztem możnaby te rażące błędy usunąć«; — jeszcze mniejszym, dodamy, można było do nich nie dopuścić przez mniejszą z początku »oszczędność«.

W Tarnowie »należy szpital do tych starych budynków, które stawiane były bez zachowania tych zasad higienicznych, jakie obecnie są warunkiem każdego porządnego zakładu leczniczego. Tylko część, dobudowana przed dwudziestu laty, jest więcej odpowiednią, ale i tu jest jeszcze wiele braków. Łazienki są bardzo szczupłe, a miejsca ustępowe cuchną i zatruwają powietrze w zakładzie... Piece są zrujnowane.. Spiżarnia jest wilgotna... i t. d.« [4]).

Szpital ten »pozyskał już sobie smutną sławę budynku starego, ciasnego, pełnego wad i braków, domagających się gruntownej sanacyi« [5]).

Dla szpitala tarnowskiego zbliża się jednak, podobnie jak dla Białej, Brzeżan, Lwowa, Sanoka, — czas lepszy. Sejm tegoroczny uchwalił już bowiem przedłożony przez Wydział krajowy wniosek gruntownego przerobienia szpitala w Tarnowie i dobudowania w nim pawilonu chirurgicznego na 60 łóżek. Koszt tej inwestycyi wyniesie 235,729 K.

W Wadowicach budynek, wystawiony »nie tak dawno, bo przed 10 laty, jest tak wadliwy pod względem układu i pomysłu, że nietylko nie odpowiada zupełnie tym wymaganiom, jakie zaspokoić powinien, ale nawet utrudnia zamiary jakiegoś ulepszenia. Niewygodny i niejasny podział, trupiarnia tak umieszczona, że z każdego kąta widać trumny ze zwłokami... okna okratowane, jakiejś nieznanej w świecie konstrukcyi, wystawa sal chorych od wschodu lub północy, niedołężne urządzenie wodociągowe, zawilgocenie zakamarków w tylnej części gmachu i dużo innych błędów zasadniczych [7])«. Szpital ten jest, jak tyle innych, stale przepełniony (65 chorych na 41 łóżkach), choć, jak w tylu innych, leczenia nie przedłuża się nad zwykłą miarę [8]).

W szpitalu żółkiewskim budynek, mieszczący oddział kobiecy »jakkolwiek zbudowany przed 30 laty, lecz bez piwnic i nadzwyczaj oszczędnie« »z biegiem czasu zniszczył się mocno: pokazał się grzyb, posadzka ceglana w korytarzu zupełnie zniszczona i rozbita, ustępowe miejsca bardzo cuchnące, drzwi i okna zmurszałe, a piece przepalone« [8]). »Kanał szpitalny w czasie suchych miesięcy zatyka się i podwaja nieznośny smród na oddziale kobiet« [9]).

»Cały ten szpital staroświecką swą fizyonomią odbiega daleko od powszedniego dziś typu; obraz szpitala z przeszłości pod względem budowy i urządzenia« »Budynek drewniany dla

[1]) Insp. w r. 1906, str. 70.
[2]) Tamże, str. 73.
[3]) Tamże, str. 75.
[4]) Dep. V. za r. 1904/5, str. 71.
[5]) Insp. w r. 1906, str. 76.
[6]) Spraw. Wydziału kraj. LW. 113624 1906 z 10. XI. 1906.
[7]) Insp. w r. 1906, str. 80.
[8]) Tamże, str. 80.
[9]) Dep. V, za 1904/5, str. 73. 74.

kobiet przedstawia się o wiele gorzej jeszcze, bo jako prawdziwa rudera, gdzie zniszczona ceglana posadzka, wstrętne wychodki i ziejąca złą wonią łazienka z jakimś odkrytym rowem kanałowym pośrodku urągają wszelkiemu postępowi. Pawilon zakaźny wygląda jak lepianka... bez łazienki, bez wychodków, bez kuchenki, a przerobiony został z dawnej trupiarni. Nie lepiej wygląda budynek gospodarczy, mieszczący kuchnię, pralnię i dwie izdebki dla kobiet z chorobami zakaźnemi(!)« »Gruntowne zmodernizowanie tego szpitala należy do najpilniejszych zadań prowincyonalnego szpitalnictwa[1])«.

Krajowa Rada Zdrowia wymienia już w r. 1903 jako »niezbędnie potrzebujące innego pomieszczenia« szpitale w Bochni, Białej, Jaśle i Podhajcach[2]).

Jeżeli tyle aż nadto wymownych spostrzeżeń o budynkach szpitalnych można przytoczyć ze sprawozdania za dwa tylko lata, to jakaż dopiero suma braków wypadłaby z zestawienia sprawozdań za lat kilka. Bez przesady można powiedzieć, że zawsze jeszcze tylko część[3]) szpitali prowincyonalnych ma budynki odpowiednie, daty najświeższej, a tylko kilka dobre urządzenia i to nie ze wszystkiem.

Nie potrzeba wiele domyślności, aby wyobrazić sobie, ile światła dziennego dochodzi do starych budynków; nawet w szpitalu krakowskiem w poklasztornych jego częściach ma się pod tym względem niejednokrotnie wrażenie cel więziennych i to z »dobrych starych czasów«. Jaka zaś może być w tych warunkach wentylacya, tego budującym zaiste przykładem jest krakowski oddział położniczy, a wymowną ilustracyą te liczne szpitale, gdzie wychodki »zatruwają powietrze w całym zakładzie«. Oświetlenie sztuczne w większości bodaj szpitali konkuruje godnie z oświetleniem w dzień; dość wspomnieć, że w wieku elektryczności, którą ma już nawet kilka szpitali prowincyonalnych, szpital krakowski posiada zaledwo gdzieniegdzie światło gazowe, a zresztą muszą się chorzy w długie wieczory jesienne i zimowe zadowalniać wątłem światłem lampki naftowej, nieraz samotnie kopcącej w sali, mieszczącej łóżek kilkadziesiąt[4])... Cóż dziwnego, że, jak się okazało w jednej ze spraw sądowych, muszą lekarze chorym groźnie krwawiącym przed przeniesieniem na stół operacyjny spieszyć z pierwszą pomocą przy... stoczku, a nie tak to jeszcze dawno, jak musiano tu i owdzie operować przy świecach, w pęk związanych.

W takichto, do niemożliwości przytem przepełnionych »salach«, jeżeli niemi można nazwać duszne i ciemne w wielu jeszcze szpitalach używane dla chorych nory, muszą przebywać, spać, jeść i pić ludzie, niczem przecież nie różniący się od czasowych mieszkańców szpitali ludowych zagranicznych, którzy w szpitalu dziś znajdują nietylko naprawdę higieniczne warunki, ale nawet pewien komfort i wygodę, oraz otoczenie, choć poczęści zastępujące im dom rodzinny. Za wzorem Anglii, w której w szpitalu znajdzie się i wygodny fotel dla ozdrowieńca i estetyczne, choć skromne, ozdobienie sypialni i trochę zieloności w jadalni, stwarza się dziś wszędzie na zachodzie, a w Niemczech nawet z pedanteryą, tworzącą odrazu z tego osobne działy nauki o pielęgnowaniu chorych[5]), w najbliższem otoczeniu chorych szpitalnych warunki, działające dodatnio na psychiczny nastrój chorego i łagodzące ile możności przygniatającą atmosferę szpitalną. Tylko u nas przechowuje się troskliwie, może jako pożądane tło dla obrazków »z życia«, które malować będą dalsze pokolenia naszych beznadziejnie pesymistycznych powieściopisarzy,—tę straszną wspólną salę szpitalną o szarych ścianach, z ustawionymi pod rząd surowemi łożami, często z drzewa, o poduszkach wysłanych sieczką[6]), bez wszelkich nieraz najprostszych sprzętów, stołów, stołków, nie mówiąc już o obrazach, kwiatach, zegarach itd., bez porządnych spluwaczek[6]), umywalni, z cuchnącymi sedesami do oddawania stolca[6]), ze wspólnym brudnym ręcznikiem, jedynym na kilkunastu lub kilkudziesięciu chorych[6]), w sali, gdzie chorzy muszą spędzać dzień i noc[1]), a gdzie za całą rozrywkę ma chory własne swe myśli, o ile ich nie urozmaici kaszel suchotnika sąsiada lub widok konania tego nędzarza z przeciwka, i gdzie apetytu do jadła, przyniesionego na brudnej desce w powyginanej blaszance, dodaje mu zaduch odleżyny lub rozpadłego raka.

A jakie jest niekiedy to jadło szpitalne, o tem,—tego, kto go sam nie próbował, dla kogo nie jest wymowna liczba *61* halerzy dziennie kosztów leczenia na chorego[2])w r. 1897 w Galicyi, (gdy w Czechach już wtedy wydawano 92, a w Austryi dolnej 1·18) — zaś *1·25* kor. w r. 1901 w Galicyi (Czechy 2·06, Austrya dolna 2·63)[3]), kogo nie zdziwi, że mimo osławionej drożyzny umiemy wogóle żywić chorych taniej, niż Gorycya, niż nawet Bukowina (1·76) i Dalmacya (1·57)[4]),— pouczy niewielki trud przejrzenia uwag i spostrzeżeń byłego Inspektora szpitali krajowych.

W szpitalu krajowym lwowskim wymienia to sprawozdanie skargi na wikt w oddziale wenerycznym męskim, odnoszące się »właściwie do wymiaru, a zwłaszcza do ilości chleba« — i uznaje, że »rzeczywiście 250 grm. chleba na śniadanie, obiad, podwieczorek i wieczerzę jest zamało dla mężczyzn pełnych sił i przywykłych do jedzenia wielkiej ilości chleba«. Zresztą nie byłoby żywności w szpitalu lwowskim nic do zarzucenia[6]), chociaż urządzenie kuchenne jest za małe, tak, że »w jednym i tym samym kotle często gotuje się i barszcz i mleko«[7]).—W zakładzie kulparkowskim »żywienie chorych pozostawia bardzo wiele do życzenia i nie dorównuje żywieniu chorych w lwowskim i krakowskim szpitalu..., w przygotowaniu potraw niema różnorodności...; wskutek tego chorzy opychają się chlebem, wtedy, gdy całe sagany wypełnione kaszą, kluskami i makaronem są wynoszone z zakładu na karm dla nierogacizny«[8]). »Dla oszczędności (!) wprowadzono dwurazowy post w tygodniu i wtedy chorzy mięsa nie dostają«. W rok później »skargi chorych na złe pożywienie są nieustanne«, »znaczne ilości barszczu, ryżu, klusek ze serem wrzucano do kadzi dla nierogacizny, bo chorzy, nawet pracą ręczną zatrudnieni, z niechęcią odsuwali od siebie ten obiad«. Chociaż więc »w źle urządzonej i ciasnej kuchni« (dotychczasowej, obecnie jest nowa) »trudno myśleć o urozmaiceniu dań w tak dużych ilościach«, niemniej i na przyszłość konieczny się okazuje »dobór z pomiędzy Sióstr osób, znających się na kuchni, dla prowadzenia tego ważnego działu«[9]). W Białej żywienie jest dobre, »ale koszt żywienia jest bardzo wysoki, bo dochodzi do 48, a nawet (!) 50 hal. na dzień i chorego«[10]). W Brzeżanach »wiktuały średniej dobroci«[11]); i znowu w Jarosławiu, gdzie pożywienie jest »dobre i dostateczne«, »kosztuje jednak dość drogo, bo 43 hal. na dzień i chorego«[12]). W Lubaczowie »wiktuały średniej dobroci«[13]); toż samo w Podhajcach[14]) gdzie przytem chorzy nie gorączkujący uskarżają się na mały wymiar porcyi; podobna jakość wiktuałów w Przemyślu[15]). W Tarnopolu »pieczywo niesmaczne, krupy miernego gatunku, zwłaszcza ryż«[16]). W Wadowicach wiktuały w »średnim« gatunku, a gdy wyżywienie chorego za 42—43 gr. dziennie jest niepodobieństwem, zarządzające kuchnią SS. Miłosierdzia, by uczynić zadość »wezwaniom do oszczędności« zaprowadziły własne gospodarstwo: kury, kaczki, świnie i t. d.[17]). Słusznie tu chyba zauważa sprawozdanie, że takie gospodarstwo nie jest zadaniem Sióstr zakonnych[18]) i że przy niem cierpieć musi dozór i opieka nad chorymi.

Nawet ostatnia inspekcya, chociaż czy to zastała już zmianę ku lepszemu, czy była może pod tym względem wyrozumialsza, stwierdziła w kilku szpitalach nieszczególną jakość surowych wiktuałów, zwłaszcza chleba i mięsa[19]) (dodajmy zaraz, że z winy miejscowych stosunków lub dostawców, a nie zarządu), a w dwóch czy trzech (prócz Kulparkowa)[20]) wytyka wy-

[1]) Insp. w r. 1906, str. 83, 84.

[2]) Sprawozd. za r. 1903, str. 109. Co do szpitala w Białej sprawę załatwił już Sejm tegoroczny.

[3]) Komisya sanitarna tegorocznego Sejmu uważa za odpowiednie pomieszczenie 13 szpitali (na ogólną liczbę 33).

[4]) Już po wydrukowaniu w osobnej broszurce niniejszego artykułu i rozesłaniu jej posłom sejmowym przedłożył Wydział krajowy Sejmowi wniosek o zaopatrzenie szpitala krakowskiego w światło elektryczne, co też Sejm uchwalił.

[5]) Por. dziełko prof. Mendelsohna.

[6]) Por. Insp. w 1906. str. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 15, 16, 17, 18, 22, 26, 27, jednem słowem prawie na każdej stronie. Tak jak silne zwrócenie uwagi na to zupełne niedbanie o elementarne zasady wygody chorych, o »ludzkie« ich otoczenie, tak i przeprowadzenie gruntownej tu reformy będzie jedną z najpiękniejszych kart działalności obecnego Inspektora szpitali.

[1]) Zdaje się, że tylko szpital (nowy) w Przemyślu ma korytarze tak zbudowane, by mogły służyć na sale pobytu w dzień, wszelako w nich i tutaj »urządzenia prawie zupełnie niema, a sale te stoją bezużytecznie« (Insp. w r. 1906, str. 53).

[2]) W szpitalach powszechnych prócz położnic i obłąkanych.

[3]) Sprawozdanie z czynności Dep. V. Wydz, kraj. za czas od 1-go stycznia 1904 do 30. czerwca 1905. str. 5 i za 1905/6. str. 6.

[4]) Spr. Dep. V. za 1904/5. str. 6.

[6]) str. 24. [7]) str. 29. [8]) str. 37.

[9]) Insp. w r. 1906. str. 21.

[10]) Dep. V. 1904/5. str. 39.

[11]) str. 44. [12]) str. 50. [13]) str. 50. [14]) str. 55.

[15]) str. 58. [16]) str. 70. [17]) str. 73.

[18]) Tosamo i z tąsamą słuszną uwagą znajdujemy o kilku szpitalach prowincyonalnych w Spr. Insp. w r. 1906.

[19]) Insp. w r. 1906. str. 30, 37, 44, 53, 64.

[20]) Tamże str. 43, 54, 68.

raźnie nieumiejętność przyrządzania pożywienia; natomiast w dwóch tylko [1]) podkreśla gorliwość i umiejętność w urozmaiceniu wiktu szpitalnego, dającą się widocznie zastosować nawet w skrajnie ciasnych ramach przeznaczonej na żywienie kwoty [2]).

Wogóle żywienie chorych, jakie sobie, kto go naocznie nie poznał, według tych uwag wyobrazić może, zachęcić potrafi do szukania nieprawnego pomieszczenia w niektórych naszych szpitalach chyba tych bezdomnych, co szukają na zimę schroniska choćby i w więzieniu.

Dodajmy, że w szpitalach naszych przeważnie niema nietylko dobrej żywności, ale nawet... wody. Za wiele miejsca zajęłoby przytaczanie wszystkich usterek, wymienionych w tym względzie w sprawozdaniach Dep. V. Wydziału krajowego; dość wymowne jest samo wyliczenie szpitali, wogóle nie mających dobrej lub dostatecznej ilości wody: w r. 1904/5 Bochnia, Lubaczów, Podhajce, Rzeszów (wodę wozi się beczkami z miasta), Wadowice (woda dobra, ale studnia wadliwa), Żółkiew [3]). Pomijam tu przytoczone w sprawozdaniach, o wiele liczniejsze szpitale, posiadające wprawdzie wodę, ale nie mające dobrze urządzonych łazienek; są między nimi takie, gdzie z tego powodu kąpie się chorych tylko w ostateczności, a kąpieli czystości wcale się nie wydaje.

W Krakowie [4]) i we Lwowie [5]) robi się oszczędności na wodzie z wodociągu miejskiego.

Przyznać należy, że wspomniane powyżej usterki i braki budynków w istniejących szpitalach Wydział krajowy częściowo już usunął, częścią zaś w najbliższej przyszłości usunąć pragnie zapomocą znacznych inwestycyi, proponowanych tegorocznemu Sejmowi (i już przez Sejm uchwalonych. *Przyp. w korekcie*). Niewątpliwie przygotowaniem i przekonywającem uzasadnieniem odpowiednich wniosków rozpoczął obecny Inspektor szpitali krajowych swą działalność w pierwszym roku urzędowania w sposób, budzący najlepsze na przyszłość nadzieje, a przedstawienie wniosków tych Sejmowi i zjednanie im przychylnych uchwał będzie jedną z wielkich zasług obecnego Szefa Departamentu V. i całego Wydziału krajowego.

Zamiar zerwania z dotychczasowym systemem łataniny w sprawach szpitalnictwa zaznacza się bowiem niewątpliwie najwyraźniej w tym właśnie dziale; istotnie w żadnej jeszcze chyba sesyi nie przedłożono Sejmowi tylu i tak poważnych projektów inwestycyi w istniejących szpitalach. O ile w zakresie budowy nowych zakładów wniesiono jedną tylko sprawę zakładu dla obłąkanych w zachodniej części kraju, prawda, że kosztem przeszło 3 milionów koron, o tyle w zakresie rekonstrukcyi i dobudowy podjętym ma być wydatek stosunkowo znaczny, a mianowicie przypadająca na kraj [6]) połowa kosztów:

Tarnów	100,729
Brzeżany	47,000
Biała	180,000
Lwów szpital	520,000
Lwów grunt pod kliniki . .	189,600 [7])
Kraków klinika psych. . . .	50,000
	1,087,329

nie licząc przyczynienia się kraju do kosztów budowy klinik we Lwowie i paru drobniejszych pozycyi.

Wydatek ten mają pokryć pożyczki amortyzacyjne.

Jeżeli jednakże usterki i braki pomieszczenia i zasadniczych urządzeń reszty, w tym roku nieuwzględnionych szpitali, mają być naprawdę skutecznie i na czas dłuższy usunięte, tak, aby kraj nie był w dalszych latach obarczony ponownymi, dodatkowymi ciężarami, to wydaje się rzeczą konieczną nakreślenie i w tym dziale całkowitego systematycznego planu, podobnie jak co do zakładania szpitali nowych. Wprawdzie plan najkonieczniejszych inwestycyi istotnie ułożony został jeszcze w r. 1902 [8]), a co ważniejsza, w znacznej części został istotnie wykonany, lub do wykonania przygotowany; jednakże nie należy zapominać, że plan ten obejmował jedynie istotnie n a j k o n i e c z n i e j s z e przebudowy i dobudowy, a nie obejmował wielu takich, które przy ówczesnym systemie oszczędności wydawać się mogły zbyteczne. Żeby dla przykładu przytoczyć tylko szpital krakowski: ani wybudowanie nowego domu porodowego, ani budowa nowego zakładu dla obłąkanych w zachodniej Galicyi i kliniki psychiatrycznej w Krakowie nie wyczerpie szeregu większych, w szpitalu św. Łazarza potrzebnych inwestycyi: stary gmach poklasztorny (któryby właściwie nadawał się do zburzenia) i jego przybudówki, czyli dzisiejsze pomieszczenie oddziałów położniczych i kiłowo-skórnych, nie da się bez gruntownej rekonstrukcyi użyć nawet na mieszkanie dla służby i (dziś zbyt ciasne) lokale administracyjne, a dzisiejszy oddział obłąkanych, który, jako stacya obserwacyjna, utrzymać się musi, bez zniesienia obecnych celek dla szałowych będzie nadal urągać pojęciom o kulturze; oddział zaś chirurgiczny, który z natury rzeczy nie może być wobec dzisiejszych wymagań nauki pomieszczony w żadnej starej, przerobionej ruderze, dla usunięcia dzisiejszego przepełnienia wymagać będzie uzupełnienia nowym pawilonem.

Na tem kończymy uwagi, które nasuwają się co do podjętych już i koniecznych w przyszłości wydatków inwestycyjnych.

Sądząc po tegorocznych wnioskach Wydziału krajowego i uchwałach Sejmu, ufamy, że kraj się przed energiczniejszą akcyą inwestycyjną nie cofnie.

N a u t r z y m a n i e s z p i t a l i (koszta leczenia) w y d a j e k r a j z a m a ł o, przynajmniej w stosunku do tego, coby wydawać powinien, jeżeli funkcyonowanie szpitali ma odpowiadać współczesnym wymogom nauki lekarskiej, potrzeb ludności i dobra kraju.

Jest zupełnie zrozumiałe i wszelkiego uznania godne, że pierwszą troską naczelnych władz autonomicznych jest utrzymanie równowagi w budżecie krajowym, zachowanie stosunku w wydatkach na różne potrzeby, a, co za tem idzie, chęć zaoszczędzenia w zakresie szpitalnictwa wydatków, naprawdę niepotrzebnych, jak np. wydatki na zbyt długo w szpitalach pozostających ozdrowieńców i nieuleczalnych, wydatki, które kraj musi zwracać za chorych, leczących się w szpitalach pozakrajowych, straty przy ściąganiu kosztów leczenia i t. p. Zrozumiałe jest także, że w tym względzie wyjaśnień i wskazówek szukał Wydział krajowy przedewszystkiem także u lekarzy [1]), jako najlepiej ze szpitalnictwem obeznanych i wskutek bezpośredniego obarczenia znaczną częścią administracyi szpitalnej i w tym także dziale doświadczonych. Mniej natomiast zrozumieć można, że żądano przy tej sposobności wskazania środków dla uzyskania oszczędności w samem gospodarstwie szpitalnem. A już wtedy z najmniej podejrzanej strony [2]), przejętej, jak wspominaliśmy, szczerze potrzebą jak największego oszczędzania [3]), stwierdzono, że koszt leczenia chorych jest w Galicyi ze wszystkich krajów koronnych austryackich najniższy i padły znamienne słowa, że »oszczędność posuniętą jest możliwie jak najdalej« a »żądanie coraz to większych oszczędności mogłoby doprowadzić« szpitale wprost »do upadku« [4]).

Stosunki te, pomimo szalenie rosnącej drożyzny, nic się nie zmieniły, skoro koszt jednego dnia leczenia w r. 1904 wynosił średnio we wszystkich szpitalach tylko 150·9 h., w samych prowincyonalnych nawet tylko 116·3, a żywienie na dzień leczenia w szpitalach prowincyonalnych kosztowało zaledwo 41·5 h., t. j. w r. 1904 tyleż, ile przed r. 1902 [5]). A wtedy koszt jego był w Galicyi mniejszy, niż nawet w Dalmacyi! [6]).

Nic dziw też, że na żądanie wskazania środków jeszcze dalszej oszczędności w gospodarstwie szpitalnem wypadła odpowiedź szczególna. Wskazano zaledwo kilka sposobów, na które naczelny zarząd szpitalny, czy też jego organa administracyjne same wpaść były powinny (sposób dostawy potrzebnych artykułów i t. p.), a na które przeważnie dopiero odpowiedź lekarzy oczy im zdawała się otwierać [7]); natomiast nawet nie lekarze stwierdzali [8]), iż »sądzić, że ankieta oszczędności przyniesie, byłoby złudzeniem«. Wśród uczestniczących w ówczesnych naradach nie odezwał się ani jeden głos, któryby nie był dosadnem potępieniem tego, co się wskutek nadmiernej oszczędno-

[1]) Tamże str. 66, 81.

[2]) 41 hal. dziennie.

[3]) Rada zdrowia kraj. wymienia jeszcze Husiatyn i Sanok. Spraw. za r. 1903. str. 109. W Spraw. Insp. w r. 1906. jest takich szpitali jeszcze więcej, częściowo wskutek złych urządzeń studziennych.

[4]) Wodę z wodociągu miejskiego ma tylko oddział chirurg. po 90 l. na dzień i głowę [5]) Spr. Insp. w r. 1906. str. 4. [6]) Fundusze szpitalne.

[7]) Na razie jednak pokrywa kraj gotówką całą cenę kupna 233,040 K. póki Rząd przypadającej nań połowy nie zwróci. Spr. W. kr. l. 59.445/06 z 1. II. 1907.

[8]) Spraw. ank. z r. 1902. str. 46—7.

[1]) Spr. ank. z r. 1902, punkta 1—6 kwestyonaryusza.

[2]) Spraw. ank. z r. 1902 str. 42.

[3]) Spraw. Dep. V. za 1904/5 str. 33, 39, 45, 71 i t. d.

[4]) Spraw. ank. z r. 1902 str. 42.

[5]) Spr. Dep. V. za 1905/6. Aleg. II.

[6]) Spr. ank. z r. 1902. str. 42.

[7]) Spr. ank. z r. 1902 str. 43—46.

[8]) Tamże str. 70, przemówienie posła Kozłowskiego.

ści w administracyi szpitali działo i dzieje. Na pytanie, jak zapobiedz, by chorzy z kraju nie wyjeżdżali za granicę, odpowiedź brzmiała, że »trzeba starać się o to, aby wszystkie braki, jakie nasze szpitale wykazują, były usunięte i to jak najrychlej«, gdyż »publiczność ogromnie zmądrzała pod względem zdrowotnym, żąda dziś więcej od szpitali i z większą nieufnością patrzy na szpitale marnie i licho urządzone« i to nawet ta publiczność niezamożna, za którą kraj płacić potem musi zagranicą [1]).

Wówczas też już wyliczono najważniejsze niedostatki, udowodniono je dosadnie i podano szczegółowo środki zaradcze. Z tych wszystkich rad i wskazówek przedostała się przed forum Sejmu wówczas jedna jedyna: wznowienie sprawozdań naukowych z czynności lekarskich wszystkich szpitali, a i ta, choć uchwalona przez Sejm w formie rezolucyi [2]) zgoła nie została wysłuchaną. Cały wynik obrad w tym względzie, któryby należało jako »memento« wyryć na jakiejś tablicy w gmachu sejmowym, poszedł, rzec można śmiało, w zapomnienie, a jeżeli pod niektórymi względami nastała nieznaczna poprawa, to tylko pod ostatecznym naciskiem, jak np. pod groźbą strejku do rozpaczy doprowadzonych pomocniczych lekarzy szpitalnych.

Niepodobna przy najlepszej nawet woli oszczędzić tu naszym naczelnym władzom autonomicznym zarzutu, że dla tej sprawy okazywały dotąd za mało zrozumienia, ani usprawiedliwić ich nieświadomością przedmiotów fachowych, boć wyjaśnienia pytanych o zdanie najświatlejszych w kraju lekarzy były niezwykle dobitne i zarówno na wyczerpujących wywodach, jak i na aż nadto wymownych przykładach oparte.

Właściwie należałoby powtórzyć tu dosłownie przemówienia wszystkich lekarzy, biorących udział w ankiecie w sprawach szpitalnictwa w r. 1902, której zainicyowanie można zapisać do rzędu wielkich zasług posła prof. Marsa. Widać w tych przemówieniach, że skoro wtedy otworzyła się nakoniec oddawna upragniona sposobność, skoro zaświtała nadzieja, że bezpośrednie wyłuszczenie tych spraw wywrze przecież pożądany skutek, mówiono bezwzględnie otwarcie i tak przekonywająco, że lepiej i wymowniej już chyba rzeczy przedstawić nie można. A z przemówień tych okazało się, że obciążenie finansowe, jakieby z koniecznych ulepszeń w prowadzeniu szpitali dla kraju wynikło, nie byłoby wcale tak wielkie, że raczej szłoby o jednorazowe, niż o stałe wydatki. Zaspokojenie takich potrzeb, jak potworzenie pracowni naukowych, zaopatrzenie szpitali w niektóre mniejsze urządzenia, w nowsze i obfitsze narzędzia, potworzenie po szpitalach mieszkań dla małej części lekarzy, dla dozorczyń i służby, to kwestya stosunkowo skromnych, jednorazowych wkładów; taka rzecz, jak utworzenie takich pomieszczeń dla chorych inteligentniejszych (II i I klasa), któreby nie urągały wszelkim pojęciom o jakiej takiej wygodzie (nie mówiąc już o wykwincie), toć to poprostu przedsiębiorstwo, któreby się znakomicie opłacało, jak gdzieindziej w Austryi i zagranicą się opłaca. Wszystko to [3]) na ankiecie podnoszono. A nawet utworzenie funduszu stypendyjnego dla lekarzy szpitalnych na wycieczki naukowe zagranicę, proponowane także na ankiecie [4]), do czego dodałbym zasiłki na kursa lekarskie w kraju [5]), nie stanowiłyby trudności, gdyby znaleźli się w Sejmie obrońcy zasady, że przecież taki zagraniczny wyjazd lekarza lub studya dopełniające w kraju są dla kraju jednak pożyteczniejsze, niż »kształcenie się w śpiewie« przyszłych gwiazd operetkowych i większych, niż tamto, zapomóg nie wymagają. A z jakąż lichwą takie popieranie studyów lekarskich krajowiby się zwracało! [6])

Stałe obciążenie budżetu krajowego nietylko daleko mniej wchodziłoby w rachubę od takich jednorazowych, i to skromnych wkładów, ale nawet rzecz ująć trzeba raczej jeszcze inaczej:

To, co kraj dziś już faktycznie wydaje na prowadzenie szpitali (koszta leczenia), pod niektórymi względami nie jest należycie wyzyskane, to znaczy, że płacąc to samo, co dziś, za każdy dzień leczenia, mógłby kraj przy odpowiedniej zmianie niektórych szczegółów prowadzenia szpitali uzyskać daleko lepszy efekt ich działalności.

Jest to coś zupełnie innego, niż dalsza oszczędność, która byłaby zupełnie niemożliwa. Doświadczony chirurg, wybierając najstosowniejsze metody operacyjne, wykona więcej zabiegów i wykona je lepiej, niż ten, kto tych metod dobrać nie umie, choć obaj poświęcą równą ilość czasu i równy wysiłek. Posługując się nieodpowiedniem lub złem narzędziem, marnuję niepotrzebnie dużo czasu i trudu na to samo, cobym dobrem znacznie rychlej i łatwiej wykonał; a jednak pierwsze może być nawet droższe od drugiego. Kupiec, którego pomocnicy umieją towar dobrze sprzedać, pobije współzawodnika, choć obaj towar równie tanio kupili, i prowadzi interes rentowniejszy. Są to rzeczy do śmieszności proste, na ankiecie szpitalnej w r. 1902 wskazywano na nie, a jednak... prawie wszystko pozostało do dziś dnia po dawnemu.

Może to stąd poszło, że uczestnicy ankiety nie dość wyraźnie oddzielali w swoich projektach reform to, co wymaga rzeczywiście zwiększenia wydatków, od tego, co wymaga tylko staranniejszego obmyślenia i przekształcenia, a ani grosza więcej kosztować nie może. Może nie przypuszczali, że do niejednej ważnej w skutkach propozycyi trzeba jeszcze osobną dodać uwagę, »ad usum Delphini«, iż nie kryje się w niej żaden zamach na przyjęty system oszczędnościowy, a może też poruszyli pewne bolączki, których tykać nie miano potem poprostu odwagi i ośmielili się głośno powiedzieć to, o czem nawet szeptać uważano za »niepolityczne«?

Zobaczmy.

Ogólne kierownictwo szpitalami należy do Departamentu V. Wydziału krajowego. Na jego czele przed laty stał lekarz, członek Wydziału, przez Sejm wybrany. Jeżeli nie można wymagać, ażeby w każdym Sejmie znalazł się dostatecznie na to stanowisko uzdolniony zawodowiec, jeżeli uznać trzeba w obecnym Szefie Departamentu niemały zasób nabytego już doświadczenia i niezaprzeczoną dobrą wolę, to jednak nie może się ten departament, rzecz prosta, obejść bez ściśle fachowego biura.

Biuro to w lekarskim zakresie tworzy dotąd... jeden człowiek.

Już w r. 1902 położono z najkompetentniejszej strony bardzo silny nacisk na potrzebę zmiany tych stosunków. Już wtenczas żądano [1]), by inspektorowi szpitali odjęto część pracy z zakresu ściśle administracyjnego; ale niezależnie od tego żądano, by inspektorowi szpitali dodano do pomocy przynajmniej jeszcze jednego lekarza. Nie ulega wątpliwości, że uznanym wówczas za niezbędne półrocznym lustracyom lekarskim wszystkich ówczesnych 32 szpitali nie mógłby już wtedy w żaden sposób podołać jeden człowiek, obarczony do tego olbrzymią pracą biurową. Cóż dopiero dziś, po latach pięciu, w których agendy sanitarne kraju tak gwałtownie rosły i rozszerzały się (wydatki krajowe w tym dziale dają tego miarę), w których poza szpitalnictwem otwierają się coraz nowe obszerne pola działania (sprawy balneologii krajowej, sprawy okręgowej służby zdrowia [2]), asanizacyi miast i t. p.). A przecież agend tych nie ubywać, lecz przybywać będzie. Na wypadek nieobecności lub choroby jedynej siły lekarskiej niema nikogo fachowego, ktoby ją mógł zastąpić, znając jakotako zakres czynności. Dziś nie jednego, ale kilku lekarzy powinienby mieć Departament V. w swem biurze, a obecne stanowisko inspektora szpitali powinnoby zamienić się w stanowisko szefa osobnego biura sanitarnego, podobnego do biura sanitarnego Namiestnictwa. Ta reorganizacya nie obeszłaby się oczywiście bez pewnego obciążenia budżetu krajowego; wszelako nie byłoby ono wiele większe przy każdej nowej posadzie lekarskiej dla tego biura, niż np. systemizowanie nowego sekundaryatu, boć pomocnikami autonomicznego referenta sanitarnego byłyby siły młodsze, mniej kosztowne, a wreszcie przez wprowadzenie lekarzy zmniejszyćby się może dał administracyjny personal biura, dziś zapewne nieraz załatwiający sprawy sanitarne mimo swej niekompetencyi. Pomocnicze siły lekarskie w Departamencie V. dobieraćby przytem należało w ten sposób, aby uczynić zadość temu, iż »w medycynie i szpitalnictwie wytworzyły się pewne specyalności, które mają pewne odrębne potrzeby, wymagają pewnej odrębnej kontroli i właściwego nadzoru« [3]), albo, gdyby koszt pozyskania sił lekarskich, specyalistycznie wykształconych, miał być za wielki, kontrolę spraw specyalnych (chirurgia, syfilidologia i t. p.) wykonywać przez prymaryuszy szpitali wielkomiejskich od przypadku do przypadku. Taki nadzór, (który jednak zgoła nie zmniejsza potrzeby ustanowienia stałych pomocniczych sił lekarskich w Departamencie V),

---

[1]) Tamże str. 20, głos prof. Jordana.
[2]) Na pos. w d. 24. X. 1903—, Prot. sten. st. 2329.
[3]) Por. Spr. ank. z r. 1902, str. 20, 32 i i.
[4]) Tamże str. 21, głos prof. Jordana.
[5]) Jak to podnosi teraz także Izba lek. wsch.-gal.
[6]) Już po wydrukowaniu słów tych w broszurze, rozesłanej członkom Sejmu, uchwalił Sejm na wniosek prof. Marsa wyznaczyć 6,000 K na takie stypendya dla lekarzy.

---

[1]) Spr. ank. z r. 1902, str. 53, 55, 59.
[2]) Tegoroczny Sejm uchwalił, by zaprowadzono nadzór lekarski nad czynnościami lekarzy okręgowych. (*Przyp. w korekcie*).
[3]) Spr. ank. z r. 1902, str. 55, głos prof. Gluzińskiego.

bardzo mało kosztujący, wpływałby niezmiernie dodatnio na podniesienie lekarskiego poziomu szpitali [1]).

Opracowane przez takie biuro sanitarne Wydziału krajowego doroczne sprawozdania o stanie i potrzebach szpitali, które powinnyby być drukowane według pewnego stałego schematu dla lepszego przeglądu [2]), i które powinnyby być dostępniejsze, niż dziś, ogółowi, a zwłaszcza kołom lekarskim, mogłyby znacznie zyskać na wartości, nietylko jako materyał dla Sejmu, ale jako wydawnictwo o trwalszem naukowem znaczeniu. Przez odpowiedni układ — koszt tych sprawozdań nie byłby wcale większy, a uzyskalibyśmy publikacyę, jaką mają wszędzie na zachodzie, a na jakiej tylko u nas zbywa.

Pomysł utworzenia przy Departamencie V. przybocznej Rady sanitarnej [3]) na wzór Rady przemysłowej, lub też na wzór c. k. krajowej Rady Zdrowia, wydaje mi się mniej dobry, niż zasięganie w pewnych szczególnych sprawach opinii umyślnie zwoływanych osobnych ankiet [4]). Widocznie takie jest też przekonanie Wydziału krajowego i ten sposób postępowania okazał się praktyczny, skoro, jak to z uznaniem podnieść należy, ankiety takie odbywają się coraz częściej [5]). Wszelako ankiety takie, dostarczając cennego materyału w sprawach zasadniczych i stanowiąc podstawę do rozstrzygnięcia zagadnień bardzo ważnych, niewątpliwie nie mogą zastąpić organu doradczego w zwyczajnym, ciągłym toku spraw szpitalnictwa. Nie widzę jednak powodu, dlaczegoby w tym względzie nie miano, zamiast tworzyć odrębny organ, więcej, niż dotąd, korzystać z usług c. k. Krajowej Rady zdrowia. Według rozporządzenia min. spraw wewn. z 20 października 1887 L. 16.948 Radzie tej oddane być powinny do zaopiniowania także wszystkie takie sprawy sanitarne, w których nadzór zwierzchniczy należy według § 2 b. ustawy z 30. IV. 1870 d. p. p. l. 68 do naczelnego rządu krajowego, a więc i sprawy szpitalnictwa. Otóż dotychczas, a przynajmniej do r. 1902, przedkładano z tego zakresu, jak się zdaje, tylko takie sprawy c. k. Radzie zdrowia, gdzie ona, czy też Namiestnictwo miało wydać jakieś pozwolenie. A i to przedstawiano te sprawy nieraz »niedostatecznie, jakby za napaść opracowane«, jakby szło »poprostu o uczynienie zadość tylko formalności«, a nieprzychylną opinię Rady zdrowia »przedstawiano Sejmowi jako utrudnienie, jako rzucanie kamieni pod nogi«, »jakieś zawistne postępowanie« [6]). A przecież nie ma powodu wątpić w to, że Radą zdrowia »nie powodowały nigdy inne względy, jak czysto rzeczowe i względy czysto dla dobra kraju« [7]). Nie wiem, czy się te stosunki zmieniły teraz na lepsze, ale zdaje mi się, że możnaby śmiało odnieść się po radę do tego grona, obok wielkiej »znajomości rzeczy powodowanego tylko obywatelskiem poczuciem obowiązku«, także i w tych sprawach, które wprawdzie ustawowo nie »powinny«, ale które »mogą« być Radzie zdrowia przedstawiane. Nie »urzędowe«, ale obywatelskie i koleżeńskie stosunki z tem gronem doradczem mogłyby przynieść tem większy pożytek, gdyby w tej Radzie zasiadali nietylko członkowie, powoływani z jednego jedynego Lwowa, ale gdyby w niej byli i przedstawiciele innych części kraju, z natury rzeczy bliżej i dokładniej znający z codziennego zetknięcia się miejscowe potrzeby i stosunki.

Kierownictwo poszczególnych szpitali, a w większych szpitalach poszczególnych oddziałów, powinno dostawać się nietylko dobrym, ale wśród dobrych jak najlepszym siłom. Jest to postulat tak oczywisty, że z początku zrozumieć trudno, dlaczego go jeszcze przed 5 laty z takim naciskiem podnoszono [8]). Niestety było ku temu aż nadto poważnych powodów, bo przed r. 1902 faktycznie zdarzało się obsadzanie ważnych tych stanowisk zgoła bez konkursu [9]), a choć to na szczęście ustało, to jednak jeszcze pozostaje rzecz inna. »Był szpital w zachodniej Galicyi, który do niedawna ściągał taką ilość chorych, że lekarze od 9 zrana do 2 lub 3 pracowali, po największej części operując. W tym samym szpitalu wizyta obecnie nie trwa dłużej, jak jedną lub dwie godziny, a chorzy z okolicy majętnej, którzy tam się garnęli, teraz udają się o pomoc gdzieindziej« [1]). A taki fakt, choć może wyjątkowy, niestety nie jest jedynym; i dziś jeszcze, jak przed 5 laty, możnaby to samo o innym znowu szpitalu słowo w słowo powtórzyć. Widocznie pomimo konkursów dobór sił w niektórych przypadkach czasem nie był tak staranny, jakby leżało w interesie kraju, nie kierowały nim może ściśle rozważone względy rzeczowe. Słyszeliśmy o jednym przypadku, w którym ważne stanowisko oddano nie temu, kto miał największe fachowe kwalifikacye, ale temu, kto miał najwięcej lat służby. Nie przeczymy, że kraj ma nietylko prawo, ale i obowiązek nagradzać zasłużonych w krajowej służbie weteranów pewnego rodzaju awansami; ale awanse te powinny polegać na przeniesieniu do wyższej rangi płacy, nie koniecznie zaś i nie zawsze na oddawaniu odpowiedzialniejszego i trudniejszego stanowiska dlatego, że ono lepiej jest płatne. Znakomity ginekolog, czy okulista stołeczny będzie fatalnie kierował szpitalikiem prowincyonalnym, przyjmującym wszelakie choroby, dlatego właśnie, że, by owładnąć doskonale swą specyalność, w innych działach medycyny postępowi kroku dotrzymać nie mógł; i naodwrót, świetny dyrektor szpitala na 100 łóżek, nie da sobie rady i z 30 łóżkami, gdy mu po 20 latach ogólnej praktyki każą być np. psychiatrą. Jeżeli jeszcze zwrócić uwagę na niezmiernie rozległe i ważne zadania, ciążące na kierownikach, o których pokrótce już dawniej w »Przeglądzie« była mowa [2]), na dydaktyczne, etyczne i naukowe obowiązki, które szpitale nasze wypełniać dla dobra kraju wszędzie [3]) powinny, to usprawiedliwionem jest żądanie nietylko, by stanowiska naczelne oddawano w ręce jak najodpowiedniejsze, ale by troskliwie czuwano nad całą działalnością lekarską [4]), by dbano o ciągły postęp i umożliwiono lekarzom »rozwinięcie w całej pełni ich pracy dla nauki i dobra ludzkości« [5]). Gdy tylko ktoś nie umie, czy nie chce dotrzymać kroku postępowi, nie powinien pozostawać na ważnem i odpowiedzialnem stanowisku kierowniczem. Wszak zdarzyło się raz kiedyś, że w pewnym szpitalu była »sala operacyjna nader skromnie urządzona, bo dyrektor jest bardzo oszczędny i nie hołduje przesadnym poglądom na dezynfekcyę(!), gdyż wyniki leczenia ma dobre(!); stół operacyjny jest drewniany, starej konstrukcyi i potrzebujący naprawy; niema sterylizatora na opatrunki, niema przyrządu do gotowania wody(!), niema umywalni na płyny dezynfekcyjne, ani miednic« [6]). Jest rzeczywiście ciekawe, że wśród tylu szpitali prowincyonalnych zaledwo kilka pochlubić się może tem, że prócz lekarzy, obowiązkowo zajętych i stale przez kraj płatnych, przyciągają dobrowolnych, bezpłatnych pracowników, szukających w szpitalu materyału naukowego i uzupełnienia swej wiedzy, i widocznie je tam znajdujących. Jesteśmy pewni, że nie dlatego tak się dzieje, by tylko w tych kilku szpitalach stały na czele dzielne i z postępem kroczące jednostki, ale niewątpliwie dla jakiejś części naszych szpitali jednostek równie dzielnych pozyskać nie umiano, a w wielu innych o zadokumentowanie swej żywotności naukowej dbać przestano [7]), widząc, że się o to nikt zgoła nie troszczy, przedewszystkiem »u góry«, i że nie tęgość na polu lekarskiem, ale lata służby i umiejętność »oszczędzania w gospodarstwie szpitalnem« są jedynie cenione...

Lekarze prowincyonalni jednego tylko kąta Królestwa polsk. zdobyli się nietylko na stworzenie własnego czasopisma [8]) i nadanie mu odrębnego piętna przez poruszanie w niem spraw, w innych pismach zwykle pomijanych (higiena społeczna, szpitalnictwo, pomoc dla ludności fabrycznej i t. d.), ale wypełniają je wyłącznie sami takiem mnóstwem cennych przyczynków naukowych i pouczających spostrzeżeń z praktyki lekarskiej, że ramy pisma często nie wystarczają. A proszę porównać, jak często na łamach naszych pism naukowo-lekarskich pojawiają się nazwiska galicyjskich lekarzy prowincyonalnych i jaka jest działalność naukowa i piśmiennicza naszych czterdziestu bez mała szpitali?

Jedyną radą na to, by te stosunki się poprawiły, jest większe zajęcie się naczelnych władz autonomicznych stroną ściśle lekarską szpitalnictwa w imię tak oczywistej zasady: »im lepszy,

[1]) Spr. ank. z r. 1902, str. 61, głos prof. Marsa.
[2]) Tamże, str. 57, głos R. dw. Merunowicza; tegoroczne sprawozdanie Insp. posiada znaczne ulepszenia w tym względzie.
[3]) Prot. ank. z r. 1902, str. 68 i nast.
[4]) Tamże.
[5]) Np. w ostatnich latach w sprawie budowy zakładu obłąkanych w zachodniej Galicyi, w sprawach balneologicznych i t. d.
[6]) Ank. 1902, str. 71, głos p. Merunowicza.
[7]) Tamże.
[8]) Tamże str. 20 i nast.
[9]) Tamże str. 23, głos p. Onyszkiewicza.

[1]) Tamże str. 21, głos prof. Jordana.
[2]) Ob. R. 1906, str. 524, Nr. 28.
[3]) Z uczuciem szczerej ulgi stwierdzamy, że tegoroczne Spraw. Insp. uchyla ciężkie zarzuty dla lekarzy, zbyt uogólnione w znanym okólniku Wydziału kraj. z r. z.
[4]) Prot. ank. r. 1902, str. 61, głos prof. Marsa.
[5]) Tamże str. 21, głos prof. Jordana.
[6]) Spr. Dep. V. za 1904/5.
[7]) Por. częste uwagi Insp. szp. w r. 1906: »Prac naukowych szpital nie ogłasza«.
[8]) Łódzkie »Czasopismo lekarskie«.

postępowszy i samodzielniejszy lekarz, tem lepsze wyniki leczenia, a więc większa korzyść dla ludności i lepsze wyzyskanie wydatków kraju na szpitale«, oraz kontrola publiczna przez wznowienie sprawozdań naukowo-lekarskich ze szpitali, drukowanych, jak dawniej bywało. Pierwsze — nicby kraj nie kosztowało; drugie — drukowanie sprawozdań — kosztowałoby bardzo skromnie, boć nie trzebaby w sprawozdaniach szpitalnych ogłaszać »in extenso« prac naukowych nad pewnemi zagadnieniami — na to są pisma lekarskie — lecz wystarczyłoby wyliczyć tytuły prac takich, z danego szpitala ogłoszonych, a natomiast postarać się o naukowe przedstawienie całorocznej lekarskiej działalności szpitala. Bez takich sprawozdań ginie nietylko ogromny materyał, który w interesie nauki i kraju wszędzie na świecie wyzyskują, ale także możność wszelkiej oceny, jakie dany szpital osiąga istotne wyniki lecznicze. Po zniesieniu sprawozdań z poszczególnych szpitali dowiedzieć się bowiem można tylko, że w tym lub owym szpitalu »wyniki leczenia były dobre, bo śmiertelność wynosiła tylko 3·3%« [1]) lub inne x%, ale przy jakim materyale była ta śmiertelność, co i jak i z jakim wynikiem leczono i wyleczono lub nie wyleczono, nikt nie docieknie.

Wprawdzie Sejm uchwalił jeszcze w r. 1903 rezolucyę [2]) o wznowieniu owych sprawozdań, ale rezolucya ta, nie będąc wyraźnem poleceniem, by rzecz była wykonana... pozostała na papierze.

O wysyłaniu lekarzy szpitalnych na studya za granicę kosztem kraju była już mowa wyżej. Ważniejszym dziś może jeszcze postulatem jest udział lekarzy w t. zw. »feryalnych« kursach lekarskich, z pośpiechem, jako rzecz pierwszorzędnej wagi, tworzonych wszędzie zagranicą, a zasługujących na pomoc kraju zarówno co do ich urządzenia, jak i ułatwienia w korzystaniu z nich lekarzom [3]). (C. d. n.)

[1]) Spr. Dep. V. z r. 1904/5 passim.
[2]) Sten. prot. z posiedz. 24. X. 1903, str. 2339.
[3]) Por. dopisek na str. 224 o uchwalonych przez Sejm stypendyach.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska zachodnio - galicyjska *ogłasza co następuje:*

Odezwa.

Wobec gwałtownego przewrotu ekonomicznego, jaki od kilku lat zaznacza się ogromnem podrożeniem tak wartości pracy, jak i artykułów życia codziennego, mieszkań itp. pełna Izba lekarska zachodnio-galicyjska na posiedzeniu w dniu 13 kwietnia b. r. uchwala, podobnie jak to już uczyniły inne Izby lekarskie austryackie:

1) Podwyższenie w okręgu swym honoraryów lekarskich o 50% dotychczasowej wysokości. Podwyższenie to dotyczy także umów lekarzy, będących prywatnymi lekarzami domowymi.

2) Izba lekarska wzywa wszystkich lekarzy, mających posady o ryczałtowem wynagrodzeniu w kasach chorych i tym podobnych instytucyach, by poczynili starania o odpowiednie podniesienie płac. W tych wypadkach Wydział Izby podejmuje się pośrednictwa.

3) Izba lekarska oczekuje, że lekarze, stosując się do tej uchwały, nie zaniechają nadal w poszczególnych usprawiedliwionych wypadkach kierować się jak dotąd względami humanitarnymi, których jednak bezwarunkowo uogólniać nie można.

4) Powyższe uchwały opublikuje Wydział Izby jak najrychlej nietylko we wszystkich czasopismach lekarskich, lecz także o ile możności we wszystkich pismach politycznych, a to dla wiadomości ogółu publiczności.

W wykonaniu polecenia pełnej Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej z dnia 13 kwietnia 1907 r.

Dr Langie, sekretarz Izby. *Dr Schoengut*, wiceprezydent Izby.

Wydział Izby lek. zachodnio-galicyjskiej rozesłał do wszystkich Towarzystw ubezpieczeń, czynnych w kraju, następujący okólnik: L. dz. 96/7. Do Szanownego Towarzystwa ubezpieczeń itd. Podpisane prezydyum ma zaszczyt donieść uprzejmie, że XI Wiec Izb lekarskich austryackich, odbyty w październiku 1906 r. w Krakowie, postanowił utrzymać w mocy uchwały VII i X Wiecu Izb lek., dotyczące wynagrodzeń za badania i świadectwa lekarskie przy ubezpieczeniach na życie. Uchwały te, przyjęte i uzupełnione przez Izbę lek. zach.-gal., mieszczą się w następujących postanowieniach: 1) Badania lekarskie osób, mających być ubezpieczonemi na życie, odbywać się powinny w domu lekarza, a honoraryum za orzeczenie (parere) wynosić ma najmniej 10 koron, bez względu na wysokość kwoty asekuracyjnej. 2) Gdyby celem wydania orzeczenia wymagano od lekarza odwiedzin w domu ubezpieczyć się mającego, w takim razie Towarzystwo wizyty lekarskie w stosunku do odległości i czasu osobno wynagrodzić powinno, prócz ewentualnych kosztów podróży, do których w razie większego oddalenia w miejscu powóz zaliczyć należy. 3) Jeżeli przy takiej wizycie lekarskiej, odbytej w godzinie umówionej między lekarzem i zastępcą Towarzystwa, badanie lekarskie z jakichkolwiek powodów nie bywa dokonane, Towarzystwo winno lekarzowi zapłacić honoraryum za wizytę lekarską, ewentualnie zwrócić także wydatki za pojazd. 4) Za orzeczeniem przy t. zw. ubezpieczeniach ludowych (*Volksversicherung*) ustanawia się jako najniższe wynagrodzenie 5 koron. Wszystkie powyższe postanowienia mają moc obowiązującą dla lekarzy, do okręgu Izby zach.-gal. przynależnych. Przeciw niestosującym się, lub obchodzącym te postanowienia lekarzom, musiałaby Rada honorowa Izby lekarskiej wystąpić. Za Izbę lekarską zachodnio-galicyjską: Wiceprezydent: *Dr Schoengut* m. p. Sekretarz: *Dr Langie* m. p.

Wydział Izby lek. zachodnio-galicyjskiej, zgodnie z życzeniem Izby zarządzającej, a na wniosek Izby styryjskiej, poleca wszystkim lekarzom swego okręgu, aby brali jak najliczniej udział w zgromadzeniach przedwyborczych do parlamentu i domagali się od kandydatów na posłów energicznego poparcia interesów stanu lekarskiego. Przedewszystkiem należy żądać: 1) aby załatwionem zostało uregulowanie interesów zawodowych lekarzy w formie przedłożonej już dawniej c. k. rządowi nowej ordynacyi stanowej (*Aerzte-Ordnung*); 2) aby naczelne stanowisko szefa sekcyi i referenta sanitarnego w ministerstwie spraw wewnętrznych powierzonem zostało obeznanemu ze sprawami sanitarnemi lekarzowi (jak to było dawniej), a nie, jak obecnie, prawnikowi(!). Z polecenia i w myśl uchwały Wydziału Izby lek. zach.-gal. w Krakowie z dnia 10 kwietnia b. r. Sekretarz Izby: *Dr Langie*.

W wyborach do parlamentu austryackiego powinniby lekarze uczestniczyć, zdaniem »Wr. med. Presse« (15), nietylko przez udział w zgromadzeniach przedwyborczych i żądanie od kandydatów poparcia spraw lekarskich, ale i sami jaknajliczniej kandydując. Kandydat każdy gotów jest do wszelakich obietnic dla każdego zawodu; wybór jednak jego zależy nie od dania takich obietnic, lecz od jego barwy politycznej. Natomiast lekarze, bez względu na to, z jakiegoby obozu wyszli, będą umieli w parlamencie zjednoczyć się w sprawach zawodowych i sanitarnych. Niestety dotąd kandyduje do parlamentu bardzo mało lekarzy. Uwagom tym trudno odmówić słuszności. *R.*

Z państwowego Związku organizacyi lekarzy austr. Na koszta administracyi związku ma każdy do organizacyi należący lekarz opłacać po 1 Kor. rocznie. Związek ostrzega przed przyjmowaniem miejsca lekarza gminnego w Nieder-Kreuzstetten i w Annabergu (D. A.). Lekarze dolno-austryaccy poczynają uzyskiwać od Wydziału krajowego pewne ustępstwa, i tak np. w jednym okręgu przyznano już lekarzom ubogich rocznie po 4—5 Kor. od każdego ubogiego i po 2 Kor. za leki. *Z.*

Pomoc dla rodzin lekarzy, wysłanych na wojnę rosyjsko-japońską z Zagłębia Dąbrowskiego, zorganizowana przez Towarzystwo lek. w Częstochowie, przyniosła ze składek przeszło 400 rbs., z których wydano tylko raz 50 rbs., bo więcej zapotrzebowania nie było. Zebrana kwota stanowić przeto będzie zawiązek kasy wsparcia dla podupadłych lekarzy, wdów i sierót po lekarzach w Zagłębiu Dąbrowskiem. *R.*

Partactwu lekarskiemu w Niemczech, dotąd bezkarnemu i panoszącemu się, położoną ma być wreszcie tama. Przygotowuje się tam ustawa państwowa, wprawdzie nie zakazująca zajmować się leczeniem osobom nieuprawnionym, ale poddająca przynajmniej partaczy pod ścisły nadzór lekarzy urzędowych i ograniczająca znacznie szkodliwą ich działalność. Również środki tajne zwalczane będą przez nową ustawę państwową, wzorowaną na przepisach austryackich (zakaz ogłaszania, ograniczenie sprzedaży, zakaz wprowadzania w granice państwa). *R.*

Warunki osiedlenia się lekarzy w Brazylii objaśnia ze względu na kolonie polskie w Paranie, konsul austr. z Curityby, p. Miłkowski, w liście do prof. Jordana (Głos lek. 8). Prawo

praktyki można zdobyć na podstawie ponownych egzaminów, kosztujących około 4000 Kor., przyczem pożądane są jeszcze rekomendacye do profesorów; życie w wielkich miastach kosztuje do 600 Kor. miesięcznie. Znajomość języka portugalskiego jest konieczna, a francuskiego nader pożyteczna. W głębi kraju, gdzie brak lekarzy, pozwala jednak rząd praktykować lekarzom obcym »per nefas« bez nostryfikacyi dyplomu (jak np. i obecnie w stanie Parana jednemu lekarzowi z Galicyi), tam jednak można liczyć na utrzymanie, ale nie na gotówkę. *R.*

Urzędy badań lekarskich mają być utworzone ze środków państwowych w Prusach w miejsce dotychczasowych stacyi dla badań bakteryologicznych. W aptekach będą znajdować się stosowne naczynia na przedmioty, do badania przeznaczone (plwociny, krew, kał itd.); apteki przedmioty takie na żądanie lekarzy przesyłać też będą do wspomnianych urzędów.

Zapobieganie nagminnemu zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych polegać ma w Austryi dolnej, według obrad świeżo tam zwołanej ankiety, na badaniu wydzielin nosa osób zdrowych z otoczenia chorego, a w razie znalezienia zarazka na odkażaniu nosa, co można podobno skutecznie a bez szkody osiągnąć przez rozkraplanie pyocyanazy. Uznano za wystarczające odkażanie bielizny i pościeli (prześcieradeł, poszewek) przez wygotowanie w rozczynie sody; mieszkania trzeba tylko wtedy odkażać formaliną, gdy są szczególnie niehigieniczne, ciemne i wilgotne. Odosobnienie uznano za konieczne tylko co do osób (przenosicieli), dotkniętych wybitnym nieżytem nosa; dzieci nie mogą uczęszczać do szkoły, dopóki w wydzielinie ich nosa stwierdzić można zarazki. Zaleca się asanacya niezdrowych mieszkań uboższej ludności. Główny nacisk położono na wczesne oddawanie chorych do szpitala. Zalecono wreszcie wydanie popularnego pouczenia dla ludności o sposobie szerzenia się i środkach zapobiegania chorobie. (W m. Pr. 15). *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 7. do 13. kwietnia 1907 doniesiono o 3 nowych przypadkach ospy w 2 gminach, a mianowicie miasto Kraków (1, chora przewieziona z Toń, gdzie zakażenie nastąpiło przez pątników z Królestwa, udających się do Kalwaryi zebrzyd.), Kamionka (Radziechów 1, Krzywe 1); 49 przypadkach duru plamistego w 20 gminach, a mianowicie: w pow. Bohorodczany (Markowa 5), Horodenka (Dąbki 4), Jaworów (Zawadów 2, Jazów stary 1, Bruchnal 8, Podłuby 1, Przyłbice 1, Czołhynie 1), Kosów (Szeszory 3), Lisko (Manasterzec 3, Baligród 2, Wolkowyja 1), Mościska (Małnów 1), Nadwórna (Dobrotów 2, Pasieczna 4, Zielona 5), Stryj (Tarnawka 1, Pławie 2), Wadowice (Spytkowice 1), Żywiec (Jeleśnia 1); 5 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 4 gminach, a mianowicie m. Kraków 1, Dobromil (Jamna dolna 1), Przeworsk (Nowosielce 2, Hucisko jaw. 2). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 7. do 13. IV. 1907 przypadków: błonicy 4 (w tem obcych 1), krztuśca † 1, ospy — († 1), płonicy 4 (1), duru brzusznego 3 (1 † 1), innych chorób zakaźnych 3 (3). *S.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 7. do 13. IV. 1907 urodziło się dzieci żywo 52, nieżywo 4; zmarło osób 51 (w tem obcych 28), z tych z gruźlicy 24 (15), zapalenia płuc 4 (2). *S.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 7. do 13. IV. 1907 przypadków: błonicy 1 (w tem obcych —), krztuśca 2 (—), płonicy 7 † 2, odry 6 (2), duru brzusznego 1, nagminnego zapalenia opon 2 † 1. *L.*

Dur powrotny szerzy się dalej w Warszawie, (gdzie oprócz tego grasować poczęła grypa), oraz pojawił się w Mińsku litewskim, gdzie stwierdzono w szpitalu około 30 przypadków, a źródłem epidemii był dom noclegowy.

Jaglica pojawiła się podobno w szerszych rozmiarach w szkołach w Stanisławowie. Celem zbadania sprawy i zarządzenia środków zaradczych delegowało Namiestnictwo doc. okulistyki dr. Szulisławskiego. *R.*

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Komitet wystawy zjazdowej zawiadamia, że austr. Ministerstwo handlu przyznało prawo ochrony patentowej na czas trwania wystawy i na przeciąg dalszych trzech miesięcy, licząc od dnia jej zamknięcia, dla tych wynalazków, które zostaną pomieszczone na wystawie przed uzyskaniem patentu. Ministerstwo to obiecało także przyznać pewną ilość nagród rządowych dla wyrobów przemysłu krajowego, które jury wystawy uzna za godne odznaczenia. Komitet uzyskał również zniżkę dla przewozu okazów wystawowych w obrębie austr. kolei państw., jakoteż kolei prywatnych, pozostających pod zarządem państwa i to w tym stopniu, że za przewóz tych okazów do Lwowa będą wystawcy opłacali całą należytość, z powrotem zaś będą one przewiezione już bezpłatnie. Okazy wystawowe zagraniczne zaś uwolniło Ministerstwo skarbu od opłaty cła pod warunkiem, że w całości zostaną po wystawie z kraju wywiezione.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej zach.-galicyjskiej w d. 21. III. 1907 prócz załatwienia spraw drobniejszych przyznano zapomogi po 100 K. 2 wdowom po lekarzach i 1 magistrowi chirurgii, uchwalono przypomnieć lekarzom uchwały wieców Izb w sprawie honoraryów od Towarzystw ubezpieczeń, przyjęto proponowane przez Izbę wschod.-gal. warunki umów z Towarzystwami ubezpieczeń od wypadków, postanowiono przedstawić pełnej Izbie wniosek o podwyższenie honoraryów lekarskich o 50% w praktyce prywatnej i o wezwanie lekarzy, by wnosili podania o podwyższenie płac stałych. Rada honorowa rozpatrywała 6 spraw. — Na posiedzeniu zaś w d. 10. IV. 1907 przyjął Wydział zamknięcie rachunków za rok 1906, rozpatrzył materyał na posiedzenie pełnej Izby i uchwalił ogłosić odezwę do lekarzy w sprawie udziału w ruchu wyborczym do parlamentu. *L.*

— Na posiedzeniu pełnej Izby zach.-gal. w d. 13. IV. 1907 przyjęto sprawozdanie z czynności Wydziału i Rady honorowej oraz sprawozdania rachunkowe za rok 1906, przedyskutowano obszernie sprawozdanie delegata do krajowej Rady zdrowia, przyjęto preliminarz budżetu na rok 1907, ratyfikowano uchwały XI. Wiecu Izb prócz jednego punktu, wybrano delegatem na XII Wiec Izb prezydenta prof. Wicherkiewicza, przyjęto sprawozdanie komisyi weryfikacyjnej, w końcu uchwalono jednomyślnie wniosek Wydziału, by polecić lekarzom podniesienie honoraryów o 50% i wniosek dra Łodzińskiego w sprawie donoszenia o chorobach zakaźnych. *L.*

— Z nadesłanego nam sprawozdania Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie za rok 1906 dowiadujemy się, że Towarzystwo zawarło nową umowę z Wydziałem krajowym co do utrzymywania i leczenia w szpitalu św. Ludwika chorych dzieci i osesków wraz z mamkami na warunkach, dla Towarzystwa dogodniejszych. Za leczenie 100 (wyjątkowo do 110) dzieci dziennie płaci kraj Towarzystwu ryczałtowo 36,000 K rocznie, na utrzymanie oseska z mamką po 2,10 K dziennie. W r. 1906 leczono w ambulatoryum 6,380 dzieci, stale w szpitalu 1,329 (liczby najwyższe od założenia szpitala). Śmiertelność chorych dzieci od 1—12 lat 16%, osesków 26%. Lekarze szpitala ogłosili drukiem 4 rozprawy i wygłosili 3 wykłady w Tow. lek. krak. Dochody i wydatki szpitala wynosiły po 55,767 K. W kolonii leczniczej w Rabce utrzymywało Towarzystwo w r. 1906 — 166 dzieci przez 7,474 dni, dochody i wydatki kolonii wynosiły po 14,305 K. Liczbę miejsc w kolonii postanowiono podnieść w przyszłości z 80 na 90. Towarzystwo liczyło z końcem roku 95 członków.

— Ostatnie tygodniowe wykazy chorób zakaźnych w Krakowie podawały liczniejsze, niż zwykle, przypadki duru brzusznego u osób »obcych«, do miasta przybyłych. Według zasięgniętych przez nas informacyi prawie wszyscy ci chorzy dostali się do miasta z pewnej gminy powiatu krakowskiego, której mieszkańcy używają wody z miejscowej rzeczki na wszelkie potrzeby, a pozostają z Krakowem w częstych stosunkach, dostarczając mleka targowego. W ubiegłym tygodniu także w Krakowie zachorowała na dur brzuszny jedna osoba, która, jak dochodzenia stwierdziły, miała zwyczaj pić mleko surowe, pochodzące niewątpliwie ze wspomnianej gminy. O ile wiemy, wydały miejskie władze sanitarne surowe zarządzenia, by powstrzymać dowóz nabiału z tej gminy do Krakowa. Należałoby jednak także zapobiedz wywożeniu z tej gminy dalszych chorych do Krakowa. Dotąd zmarły w Krakowie już 3 osoby, stamtąd przywiezione. Wobec tego zastosowane być powinny z całą ścisłością przepisy, wydane przez Ministerstwo spraw wewn. (7. III. 1887, l. 3098, al. 2) i Namiestnictwo (9. VIII. 1891, l. 52.923),

a zakazujące przewożenia chorych zakaźnych z jednej gminy do drugiej bez zezwolenia władzy politycznej.

— Sekcya wadowicka Towarzystwa lekarzy galic. wybrała na posiedzeniu w d. 6. IV. b. r. delegatami na Walne Zgromadzenie Towarzystwa dra Zawadzińskiego z Wadowic i Bednarskiego z Alwerni, a zastępcą delegata dra Bukowskiego z Wadowic. Uchwalono członkom sekcyi rozesłać projekt taryfy za czynności lekarskie z żądaniem nadesłania uwag, by można taryfę ostatecznie uchwalić na posiedzeniu z końcem maja. Na pokrycie kosztów kancelaryjnych uchwalono zebrać jedynie od członków sekcyi po 2 K.

— *Otrzymujemy następujące pismo:*

Kolega dr J. Susswein z Przemyśla przesłał na moje ręce 53 koron 80 hal., pochodzące ze składki lekarzy przemyskich na fundusz wdów i sierót po lekarzach z okazyi śmierci ś. p. kol. Lityńskiego. Kwotę tę przesłałem skarbnikowi Towarzystwa Samopomocy lekarzy do funduszu zapomogowego przekazem pocztowej kasy oszczędności Nr 853,810. *Dr Adam Langie.*

Lwów. O miejsce dla parku Jordana wszczęła się dyskusya publiczna; opinia ogółu domaga się zgodnie z propozycjami dra E. Piaseckiego, by boiska do zabaw ruchowych pomieszczono w parku miejskim t. zw. stryjskim, magistrat zaś wolałby obrać inne miejsce.

— Zakładowi medycyny sądowej oddało ministerstwo badanie śladów krwi (zapomocą surowic) w sprawach, toczących się przed sądami wschodnio-galicyjskimi; dotąd badania te musiały sądy z nakazu swych władz odsyłać aż do Wiednia.

Poznań. Sprawozdanie Wydziału lekarskiego Towarzystwa przyjaciół nauk za r. 1906 świadczy o znacznem ożywieniu się ruchu naukowego. Odbyły się 3 walne zebrania i 12 posiedzeń, 14 odczytów i 30 demonstracyi. Nowych członków przyjęto 13. (»Now. lek.« 4).

Warszawa. Na dorocznem zebraniu ogólnem warszawskiego Towarzystwa higienicznego wybrani zostali do Rady głównej: Wł. Marconi, Ed. Schönfeld, T. Strzembosz i dr J. Szwajcer; do komitetu ogrodów Raua: M. Białowiejski, J. Muklanowicz, W. Ślaski i dr W. Zawadzki; do komitetu instytutu Lenvala: dr M. Roszkowski i d-wa Sokołowska. Zebranie postanowiło m. i., by Towarzystwo objęło pracownię dra Serkowskiego w Łodzi.

— Na naradzie delegatów oddziałów prowincyonalnych warszawskiego Towarzystwa higienicznego, która odbyła się w Warszawie w d. 6. IV. b. r. omawiano sprawę zakładania oddziałów w miastach gubernialnych, powiatowych i w zdrojowiskach, oraz potrzebę zwołania zjazdu higienicznego do Warszawy.

— »Wydział przeciwalkoholiczny warsz. Towarzystwa higienicznego« wydał odezwę do lekarzy, wzywającą ich do walki z alkoholizmem i podnoszącą, że obowiązkiem lekarza jest potępić przy każdej sposobności stałe używanie wyskoku, a przepisując wyskok, w każdym poszczególnym przypadku wskazania jak najskrupulatniej rozważyć i możliwie ograniczyć.

— W Kaliszu ukonstytuowała się sekcya biologiczna Towarzystwa higienicznego, wybierając prezesem p. Prusinowskiego, wiceprezesem wet. Fereckiego, sekretarzem wet. Nosarzewskiego, członkami Wydziału drów Krzymuskiego i Sikorskiego.

— W sądach okręgowych mają się badania lekarskie uszkodzonych odbywać wskutek zarządzenia ministerstwa sprawiedliwości na przyszłość w osobnych lokalach.

Z różnych stron. Ku pamięci prof. Möbiusa tworzy się w Niemczech fundacya jego imienia na nagradzanie prac z zakresu psychiatryi.

— Wielkiego rozgłosu nabrało samobójstwo dra Hutzlera w Monachium. Jako asystent w szpitalu dziecięcym im. Gizeli, kierowanym przez docentów Heckera i Trumppa, położył on przez 5 lat wielkie zasługi, przy końcu jednak objawiał chorobliwe rozdrażnienie, uniemożliwiające wszelkie z nim stosunki. Mimoto mianował go zarząd Towarzystwa, utrzymującego szpital, trzecim kierownikiem. Ciągłe zatargi chorego dra Hutzlera z dwoma innymi kierownikami wywołały cały szereg sądów honorowych, nieporozumień z zarządem Towarzystwa szpitalnego i t. d.; skończyły się one dymisyą, daną doc. Heckerowi i Trumppowi przez Towarzystwo, za którymi ujęła się znów monachijska Sekcya Związku lipskiego. Wszystko to widocznie podziałało tak na chorobliwie rozstrojony umysł dra Hutzlera, że targnął się na swe życie.

— W Berlinie powstaje pod egidą prof. Leydena, Hildebrandta i Bechterewa »Rosyjsko-niemieckie Towarzystwo lekarskie«, mające między innymi założyć szpital rosyjski w stolicy Niemiec; »Deutsche med. Woch.« (15) przyjmuje rzecz tę mocno ironicznie.

— W Jenie dopuszczono kobiety do imatrykulacyi na wszystkich wydziałach.

— Wszyscy członkowie królewskiego Urzędu zdrowia w Kopenhadze, najwyższej władzy sanitarnej w Danii, złożyli swój urząd (jest to urząd honorowy). Powodem było to, że ministeryum sprawiedliwości nie zasiągnęło opinii Urzędu zdrowia przy układaniu ustawy przeciwgruźliczej i ustawy, regulującej prostytucyę, a gdy o to wniesiono skargę do króla, minister w parlamencie odpowiedział lekceważąco.

— Liczbę adeptów medycyny »z amatorstwa« zwiększył b. prezydent austryackiej Rady państwa, hr. Vetter, który, — jak donoszą dzienniki —, składa właśnie drugi egzamin ścisły — z wyszczególnieniem.

— W najpoważniejszem Towarzystwie humanitarno-lekarskiem austryackiem »Wiener medizinisches Doktorenkollegium« (ob. »Przegl. lek.« Nr 13, str. 174) stoczyła się przy niedawnych wyborach do zarządu zacięta walka. Przyczyną jej był antagonizm obu głównych partyi politycznych wiedeńskich: liberałów i antysemitów. Wprowadzenie polityki do instytucyi lekarskiej, i to humanitarnej, jest zjawiskiem niebywałem i niewesołem.

Mianowani: prof. Tamburini z Modeny prof. psychiatryi w Rzymie; dr Williger nadzw. profesorem dentystyki w Berlinie;

st. lekarz powiatowy dr K. Wągrowski w Czortkowie przy sposobności przeniesienia w stan spoczynku, odznaczony został tytułem inspektora sanitarnego; st. lekarz sztabowy II kl. dr Bronisław Majewski mianowany komendantem szpitala garnizonowego w Przemyślu.

Zmarli: dr Franciszek Kosterkiewicz w Nowym Sączu; dr Robert Poncét de Sandon w Cegłowie w Król. Polskiem w 73 r. ż., dr Dawid Peretz w Ileku (obw. Uralskim), dr Łucyan Sikorski, fizyk powiatowy i radca medycynalny w Ostrzeszowie; dr Jan Eustachy Targowski w Warszawie w 58 r. ż.; dr Józef Drzewiecki wskutek ran, odniesionych od kul wynajętych morderców, w Warszawie, w 47 r. ż.;

znany bakteryolog dr Jerzy Gabryczewski w 47 r. ż. w Moskwie; b. prof. fizyologii w Jenie Domrich w Meiningen.

Redakcya otrzymała: XXXIV. Sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie za r. 1906.

Odpowiedzi od Redakcyi. Nie-lekarzowi z Wiednia. Zasada przyrządu zdaje się dobra, wszelako o jego praktyczności mogłyby rozstrzygnąć tylko doświadczenia zapomocą gotowego już modelu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 24. kwietnia o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Wachholz: Przedstawienie narzędzi sekcyjnych nowego typu. 2) Dr Rapoport: Enuresis.

Rok XLVI. Kraków, dnia 27. kwietnia 1907. Nr 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

O leczeniu wiewióra ostrego u mężczyzn.

Podał

Dr Eugeniusz Borzęcki

prymaryusz oddziału.

(Ciąg dalszy.)

Idąc kolejno dalej, stwierdzić nam wypada, że liczba chorych, którzy w okresie śluzowej wydzieliny wiewiórowej zasięgają porady lekarskiej, jest znikająco mała w porównaniu z tymi, u których znajdziemy wydzielinę ropną, a ze strony błony śluzowej cewki przedmiotowe i podmiotowe objawy silnego zapalenia; dodajmy, że sprawa zajmuje tylko odcinek przedni cewki. Jaką drogę obrać w leczeniu? Jeżeli co do przypadków, o jakich wyżej była wzmianka, nie trudno o zgodność w zapatrywaniach, to w tej grupie zdania są dosyć podzielone.

Nim damy odpowiedź, postaramy się wprzód rozwiązać pytania:

1) Czy wiewiór błony śluzowej cewki jest we wszystkich okresach cierpieniem tylko powierzchownem, zajmującem warstwy nabłonka?

2) Czy środki lecznicze, jakich używamy do wstrzykiwań, posiadają zdolność wnikania dosyć głęboko w utkanie błony śluzowej?

Jakkolwiek w zasadzie uważać należy wiewióra za sprawę, ograniczającą się tylko do błony śluzowej, to nie do wyjątków zaliczymy przypadki, w których przekracza tę granicę i wiedzie, jak zgodnie wynika z badań Bumma, Wertheima, Fingera, Jadassohna, Crippy (26) i t. d. do zajęcia narządu gruczołowego i tkanki łącznej podśluzowej. Wyraz tego głębokiego wniknięcia dwoinek w tkankę podśluzową odnajdujemy w przebiegu wiewióra ostrego pod postacią obrzęku błony śluzowej przy ujściu cewki, w naciekach okołocewkowych, domieszce krwi do wydzieliny z cewki i t. d. Pojawienie się wydzieliny ropnej z cewki dowodzi, że dwoinki przedostały się między komórkami nabłonka w głąb tkanki łącznej podnabłonkowej; rozwijając tu na naczynia włosowate swoje działanie serowi leukotaktyczne. Finger przypisuje temu działaniu korzystny wpływ, poniekąd samoleczniczy, na sprawę wiewióra.

»Jeżeli na przebieg wiewióra przez szkodliwe czynniki nie wywrzemy ujemnego wpływu, to działanie sero- i leukotaktyczne dwoinek wiewiórowych wystarcza do wyleczenia sprawy chorobowej; jeśli jednak ten prawidłowy przebieg zostaje przerwany, pozostają dwoinki zbyt długo w błonie śluzowej, wtedy tracą one przez przystosowanie i przyzwyczajenie swoją jadowitość, t. j. swoją zdolność działania leuko- i serotaktycznego, eliminacya ich staje się utrudnioną, powstają warunki do przejścia sprawy w stan przewlekły«.

Nasuwa się pytanie, czy używane do leczenia miejscowego środki, przedewszystkiem z grupy połączeń azotanu srebra, nie są w myśl wywodów Fingera właśnie tym ujemnie działającym i wyżej wymienione działanie dwoinek porażającym czynnikiem, czyli stawiając to pytanie w odmiennej formie, czy są one zdolne wniknąć między warstwami nabłonka dosyć głęboko w błonę śluzową, jej narząd gruczołowy, aby w zetknięciu się bezpośredniem z bakteryami zniszczyć je? Azotan srebra, wprowadzony do leczenia wiewióra przez Neissera, nie posiada tej własności, gdyż tworząc w zetknięciu się z wydzieliną błon śluzowych białkany srebra, przez to samo zamyka sobie drogę do głębszego wnikania. Aby temu zaradzić, starano się stworzyć takie połączenia azotanu srebra, któreby ani w zetknięciu z białkiem, ani z solą, nie tworzyły strątów, uniemożliwiających głębsze działanie. Tym warunkom czynią zadość połączenia azotanu srebra z zasadami organicznemi i tak powstały: argonina, argentamina, protargol, largina, albargina i t. d. O działaniu i wartości leczniczej tych środków ogłoszono prac dosyć i tak: Jadassohn (27) o argoninie, Neisser (28) i Finger (29) o protargolu, Pezzoli (30) o larginie, Plato (31) o protargolu, dalej Schäffler (32), Toth (33), Blaschko (34), Meyer (35), Pick (39) i wielu innych.

Jako zalety tych środków podnoszą ci autorowie zgodnie:

1) silne działanie przeciwgnilne,

2) zdolność wnikania w głąb tkanki,

3) nieznaczny stopień zadrażnienia błony śluzowej.

O prawdziwości własności, wymienionych pod 1) i 3), poucza i przekonywa nas dostatecznie codzienne spostrzeżenie kliniczne. Czy jednak środki te naprawdę posiadają zdolność przechodzenia w głąb tkanki? Zdolność tę wnikania starali się doświadczalnie udowodnić i wypróbować Schäffer (37) co do argoniny na kawałkach wątroby, Meyer (38) na żywej spojówce i również wątrobie, Pezzoli (39) co do larginy i porównawczo co do azotanu srebra. Z badań tych wynika, że tak argentamina, jak argonina i largina dostają się głębiej w tkanki, niż azotan srebrowy. Czy sprawa ta odbywa się tak samo w tkance żywej, nie wiemy.

W tej mierze daje nam poniekąd wyjaśnienie spostrzeżenie kliniczne. I tak znaną jest rzeczą, że po przepłu-

kaniu cewki, zajętej sprawą wiewiórową, choćby w okresie ostrym, roztworem azotanu srebra 1:2000, dwoinki wiewiórowe znikają na krótki przeciąg czasu (pół dnia); to samo osiąga się przy pomocy systematycznie robionych wstrzykiwań odpowiedniego rozczynu jednego z połączeń tego środka. Jeżeli w ciągu stosowania wstrzykiwań badamy wydzielinę z ujścia cewki, to już po 2—3 dniach od ich rozpoczęcia nie znajdziemy dwoinek wiewiórowych, to jednak nie znaczy, że zostały one doszczętnie usunięte. Zetknięcie się użytego płynu z powierzchnią błony śluzowej i z wierzchniemi warstwami przybłonka usunęło je z tych miejsc czasowo, stwarzając niekorzystne warunki dla ich istnienia. Ale to wynik tylko pozorny; dość zaprzestać wstrzykiwań na jeden dzień, ażeby w wydzielinie teraz badanej, stwierdzić na nowo obecność dwoinek Neissera. Im jednak dłużej systematycznie trwać będzie to pogorszenie warunków dla rozwoju bakteryi, tem większe prawdopodobieństwo, że może się udać usunięcie ich zupełne.

Spostrzeżenie kliniczne potwierdza to w zupełności, — nie bez licznych wyjątków, o ile leczenie podobne zastosujemy w przypadkach wiewióra rozpoczynającego się, — gdzie więc wydzielina jest śluzowo-ropna, lub po ustąpieniu objawów ostrych w przypadkach wiewióra podostrego. W tej kategoryi wiewiórów leczenie zapomocą wstrzykiwań, robionych systematycznie bez przerwy, przez 3—4 tygodni jednem z połączeń azotanu srebra, wiedzie w znakomitej większości przypadków do ich wyleczenia. Czy w ciągu tak obranego planu leczenia kłaść będziemy większy nacisk na to, by robiono w duchu Neissera wstrzykiwania »przedłużone« (prolongirte), czy więcej podkreślimy częstość wstrzykiwań, jest rzeczą osobistego zapatrywania i doświadczenia.

Mnie osobiście zdawałoby się, że częstość wstrzykiwań stanowi ważniejszy czynnik. Nawiasowo wspomnieć należy, że strzykawka powinna mieć pojemność 12—15 gramów, a uwaga Unny, że wstrzykiwania powinny być robione nawet w ciągu nocy (o ile to możebne), jest zupełnie słuszna i usprawiedliwiona.

Z kolei stajemy przy tej grupie przypadków, kiedy, wiewiór, zajmując tylko odcinek przedni, jest w okresie swego nasilenia, a więc spotkamy: wypływ ropny obfity, ból przy ucisku w okolicy rowka zażołędnego, chory zaś skarży się na bole przy oddawaniu moczu, wzwodzie prącia; cały zbiór przypadów, odpowiadających silnemu stanowi zapalnemu. To ten najczęstszy obraz, z jakim się chorzy zgłaszają, a lekarz, im doświadczeńszy, tem większe w każdym takim przypadku napotka trudności w wyborze metody i planu leczenia. Może ten ustęp wyda się paradoksalnym, a jednak, mnie przynajmniej, nasuwają się zawsze te same wahania w podobnych przypadkach, — jaką drogę obrać?

O zastosowaniu leczenia poronnego w tym okresie, czy to metodą Didaya, czy Janeta, myśleć nie można. Pozostaje nam dwojaka droga: albo leczenie systematyczne przy pomocy wstrzykiwań odpowiednim środkiem, albo czekanie, przy leczeniu zachowawczem, dyetetycznem, do chwili, kiedy okres ostry minie i przejście z tą chwilą do leczenia miejscowego. Jeżeli obraliśmy pierwszą drogę i uda nam się usunąć wiewióra, zyskaliśmy wiele na czasie leczenia z jednej strony, na uchronieniu chorego od wszelkich powikłań (poczynając od przejścia sprawy na odcinek tylny) z drugiej strony. Jeżeli jednak wynik będzie ujemny, co — zaznaczmy już tutaj — częstszem bywa, to straciliśmy 3—4 tygodnie, wypełnione leczeniem miejscowem na to, aby po przerwie 2—3-dniowej być tam, gdzie byliśmy przed 4 tygodniami.

Wiemy, że dwoinki wiewiórowe w okresie ostrym zajmują coraz głębsze warstwy błony śluzowej, dążąc do zajęcia jej zatok i gruczołów. Finger, Ghon i Schlagenhaufer stwierdzili to badaniami histologicznemi. Klinicznie nie można stwierdzić tej sprawy w każdym przypadku, z wyjątkiem tych, w których rozwija się naciek zapalny odosobnionych gruczołów (niby-ropnie Jadassohna). Müller stwierdził to powikłanie na 215 przypadków w 22·8% Zajęcie gruczołów Littrégo jest bardzo częste; według Pezzoliego nastaje ono prawie w każdym przypadku; podobnie twierdzi Crippa. Jeżeli uwzględni się, że według Henlego długość zatok Morgagniego wynosi od 8—12 mm., gruczoły zaś Littrégo o krętym na kształt korkociągu przewodzie biegną skośnie nierzadko aż do ciała gąbczastego cewki, to nie trudno zrozumieć, że doprowadzenie do ich światła płynów i to w okresie ostrym wiewióra jest wielce nieprawdopodobne. Badań histologicznych brak w tym kierunku z przyczyn łatwo zrozumiałych, a wyniki badań, jakie Calderone (40) przeprowadził w 4 przypadkach, przeszczepiając wiewióra na 20 godzin przed śmiercią, nie dają miary wobec krótkości czasu. Tak więc pozostaje nam spostrzeżenie kliniczne z głównem uwzględnieniem wyników leczenia. Stojąc sam, jako uczeń Neissera, na jego stanowisku leczenia możebnie miejscowego, musiałem przecież z czasem, oparty na własnem skromnem doświadczeniu, ścieśnić poniekąd wskazania dla tegoż co do rzeżączki w okresie ostrym. Przez długi czas polecałem w przypadkach, o jakich mowa, wstrzykiwania z początku rozczynów azotanu srebra (jak długo nie było połączeń jego z zasadami organicznemi), które chory wykonywał 5—6 razy dnia przez 3—4 tygodni. W ciągu czasu leczenia wynik badania mikroskopowego wydzieliny z cewki, prawie zawsze ujemny, uprawniał do dobrego horoskopu. Po tym czasie polecałem zaprzestać wstrzykiwań i poddawałem chorych obserwacyi. Wynik ujemny nie dał na siebie długo czekać; w 3—4 dniu od ostatniego wstrzyknięcia pojawiała się z cewki wydzielina, zrazu skąpa śluzowa, w drugim dniu już ropna z dużą ilością dwoinek wiewiórowych, krótko mówiąc obraz wiewióra ostrego, takiego samego, jak przed rozpoczęciem leczenia. Trudno przyszłoby mi podać dokładne dane statystyczne; błąd nie będzie jednak wielki, jeżeli przyjmę 60—70% wyników ujemnych; odsetek nie bardzo zachęcający. Pozostałe w utkaniu błony śluzowej dwoinki wiewiórowe nie straciły nic na swej jadowitości; środki miejscowo stosowane były w pojęciu wywodów Fingera tym szkodliwym czynnikiem, porażającym zdolności leuko- i serotaktyczne dwoinek, nie zmieniając w niczem na korzyść stosunku ich do błony śluzowej. Ujemne te wyniki mają przyczynę w tem, że użyte do wstrzykiwań płyny nie dostają się dość głęboko w tkankę, poszczególnie w liczne gruczoły błony śluzowej, które w dalszym ciągu pozostają siedliskami dwoinek wiewiórowych. Z tej samej przyczyny próby leczenia wiewióra zapomocą płynów o wysokiej ciepłocie 40° z dodatkiem złego przewodnictwa cie-

pła tkanki żywej, na wielkiej liczbie przypadków podjęte przez Jundela i Ahmama (41), dały bez wyjątku wynik ujemny. Nielepsze wyniki daje metoda Janeta leczenia poronnego, co zaznacza sam autor metody, za nim Möller, a również i ja przyłączam się w zupełności do ich zdania. (Dok. nast.)

W sprawie amputacyi kostnowytwórczej sposobem Sabaniejewa.

Podał dr Z. Radliński (Warszawa).

Nawiązując do twierdzenia, spotkanego w referacie z pracy L. Chevriera o operacyi Sabaniejewa, jakoby była ona dotychczas wypróbowana wyłącznie na zwłokach, podałem do pisma, ów referat zawierającego (Centrbl. für Chir. 1907 Nr 7 i 13) opis następującego własnego mojego przypadku (w piśmiennictwie jest prócz tego kilkanaście). Chłopak wiejski, około 20-letni, został jesienią r. 1900 porwany przez skrzydło wiatraka i rzucony o ziemię; na nodze lewej wskutek tego powstało podskórne złamanie nadkłykciowe uda lewego (tuż po nad kłykciami — *epiphysiolysis?*) z przemieszczeniem zupełnem kłykciów ku tyłowi i oderwanie zupełne stopy wraz z dolną połową goleni. Do szpitala (Kiryłowskiego w Kijowie) zgłosił się chory w 6 tygodni po uszkodzeniu. Na miejscu złamania staw rzekomy; przemieszczenie odłamków nieusuwalnie ustalone, kończyna sztywna, wyprostowana w kolanie, obrzękła; brudna ziarnina na kikucie goleni, z którego sterczały obie złamane kości — oto obraz, który nasunął mi myśl wykonania zabiegu sposobem Sabaniejewa, co też bez większych trudności technicznych wykonałem. Od typowej operacyi musiałem nieznacznie odstąpić, gdyż zachodziła konieczność przepiłowania uda cokolwiek wyżej (tuż ponad złamaniem) i użycia grubszej części piszczeli (½ grubości) do plastyki. Po zupełnie dobrym przebiegu pooperacyjnym chory opuścił szpital z kikutem dobrze sformowanym, przystosowanym do najprostszego szczudła.

Jedyny zarzut, jaki tej operacyi uczynić mogę, jest nie jej techniczna zawiłość, lecz rzadkość takich stosunków chorobowych, któreby, przy ścisłem określaniu wskazań i odpowiedniem wyzyskaniu części zdrowych, mogły uczynić odpowiednią tę właśnie operacyę. Właściwie bowiem współzawodniczy ona nie z zabiegiem Grittiego, lecz z wysoką amputacyą goleni, z którą jednak, wobec jej prostoty, nie powinnaby współzawodniczyć bez poważnych powodów.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Prof. Hoffa. **W sprawie przewlekłego gośćca stawowego i zniekształtniającego zapalenia stawów.** (*Deutsch. med. Wochs.* 1907, Nr 14). Autor oddziela zupełnie te dwa cierpienia od siebie. Zapalenie zniekształtniające rozpoczyna się zwolna, niepostrzeżenie, zajmuje zwykle duże stawy i nie wiedzie do zupełnego zesztywnienia stawu. Przy cierpieniu tem spotykamy z jednej strony zanik chrząstki i kości, a z drugiej ich bujanie. Inaczej przy przewlekłym gośćcu. Tu choroba postępuje stale, zajmuje głównie małe stawy palców, wywołuje wielkie zniszczenie i zanik kości, zaczynając się pierwotnie w częściach miękkich stawu, gdy zapalenie zniekształtniające zaczyna się w częściach kostnych. Gościec przewlekły wywołuje w końcu zupełne zesztywnienie i ustalenie stawu. Gościec przewlekły może mieć przyczynę zakaźną, lub też nie zakaźną. Zapalenie zniekształtniające jest cierpieniem niezakaźnem. Leczenie przewlekłych postaci jest jedynie zachowawcze; kąpiele błotne, gorące powietrze, przekrwienie bierne, a przedewszystkiem odpowiednie opatrunki ustalające. *Klęsk.*

Wollenberg. **Anatomiczno-patologiczne przyczynki do nauki o przewlekłym gośćcu stawowym i zniekształtniającem zapaleniu stawów.** (*Deutsch. med. Wochs.* 1907, Nr 14). W. podziela w zupełności zdanie Hoffy w tej sprawie, a to na podstawie swych badań anatomiczno-patologicznych. Zniekształtniające zapalenie usadawia się pierwotnie w kości i chrząstce, a dopiero następowo wywołuje zmiany błony maziowej. Gościec przewlekły zaczyna się przeciwnie głównie w błonie maziowej, wywołując tworzenie się kosmków, naczyń i tkanki łącznej. W okresach późniejszych spotykamy często zupełne zarośnięcie wnętrza stawu. *Klęsk.*

Preiser. **Łokieć „tennisowy“.** (*Zentr. f. Chir.* Nr 3, 1907). U 2-ch mężczyzn, uprawiających systematycznie przez dłuższy czas grę w lawn-tennisa, spostrzegał P. swoiste cierpienie stawu łokciowego, objawiające się bolami w stawie, wzmagającymi się stopniowo zwłaszcza przy największem zgięciu i prostowaniu ręki w tym stawie; natomiast ruchy pośrednie są niebolesne. Przedmiotowo można wykazać mierny wysięk i bolesność dotykową w stawie w okolicy główki kości promieniowej. Wbrew zdaniu Clado i Bähra, uważających za przyczynę tego cierpienia jużto zapalenie okostnej, jużto naderwanie m. nawracającego krótkiego (*supinator brevis*), udowadnia P., że polega ono na przewlekłem zapaleniu tej części torebki stawowej, wywołanem wskutek ciągłego napinania jej przez głównie przy tenisie używane mięśnie. Do tej części torebki przyczepiają się włókna, z jednej strony m. nawracającego krótkiego, z drugiej m. wewnętrznego ramienia, działających w kierunku wprost sobie przeciwnym. Działanie równoczesne tych mięśni występuje właśnie bardzo wybitnie w chwili, gdy grający musi odbić piłkę padającą blizko ziemi, lub w wysokości jego nóg, przyczem ręką wykonuje silną supinacyę i zgięcie. Podobne cierpienie spostrzegał P. u pewnego kowala, który także w tej samej pozycyi musiał kuć żelazo przez dłuższy czas. *Kasprzyk.*

Flörcken. **Złamanie szyjki kości sprychowej.** (*Zts. f. Chir. T. 85, Z. 2*). Złamanie w tem miejscu należy do rzadkości; opisano dotąd tylko 23 przypadki z rozpoznaniem pewnem, z tych 14 razy złamanie odosobnione, zresztą powikłane przez inne złamania w sąsiedztwie. Złamanie może powstać bezpośrednio lub pośrednio; w powstawaniu bezpośredniem istotnem jest to, że część główki i szyjki k. sprychowej, znajdująca się między m. łokciowym (*anconaeus*) i grupą prostowników nie jest dostatecznie zasłonięta, szczególniej u ludzi chudych. Rozpoznanie złamania w obrębie górnej przysadki k. sprychowej nie sprawia trudności, jeżeli się uwzględni wszystkie objawy; ale rozstrzygnąć, czy złamana jest główka, czy szyjka, można tylko zapomocą promieni Röntgena. W leczeniu ważne jest wczesne miesienie, ruchy czynne i bierne. *B. Żmigród* (Rymanów).

Hoffa. **Leczenie gruźliczego zapalenia stawu biodrowego.** (*Deutsch. med. Wochs.* 1907, Nr 10—11). W wieku dziecięcym leczenie zapalenia stawu biodrowego powinno być zachowawcze, a dopiero po 20. roku życia doszczętne. Ropienie pogarsza znacznie rokowanie, zwłaszcza przy przetokach i zakażeniu mieszanem. Ropnie należy o ile możności leczyć podskórnie, a nie przecinać. Pojedyncze ogniska kostne należy bezzwłocznie usunąć. Chorobowe zwichnięcie stawu nie jest wskazaniem do wycięcia stawu, bo zwykle właśnie wtedy sprawa ma dążność do gojenia się. Należy zatem zostawić w spokoju zwichnięcie, a dopiero po wyleczeniu wykonać podkrętarzowe przecięcie kości. Przy sprawie daleko posuniętej należy od początku zrezygnować z ruchomości stawu, a dążyć do ustalenia w odwiedzeniu (abdukcyi) i wyprostowaniu. Skrócenia kończyny nieraz niepodobna uniknąć. Prócz miejscowego leczenia stosować należy ogólne, jak odżywianie, pobyt nad morzem lub w lesie, ogólne wcierania szarego mydła itp. W ostatnich czasach stosuje autor podskórnie lub przez odbytnicę, przeciwgruźliczą surowicę Marmorka. Miejscowo leczy się gruźlicę stawu biodrowego ustaleniem stawu i wyciąganiem. Osiągnąć to najlepiej można w odpowiednich przyrządach do chodzenia, a nawet w zwykłym opatrunku gipsowym. Opatrunek taki powinien przylegać ściśle, opierać się na guzie kulszowym i utrzymywać kończynę w odwiedzeniu (abdukcyi). Leczyć należy w przyrządach tak długo, aż zniknie zupełnie bolesność przy badaniu. Trwa to czasem i kilka lat. Potem daje się opatrunek tylko do kostek, w trzy miesiące później opatrunek, dozwalający na ruchy w kolanie, potem opatrunek z gipsu lub celluloidu tylko do kolana i przystępuje się do leczenia kąpielami słonemi. Zaniku mięśni przy leczeniu przyrządami nie należy się obawiać. Ropnie trzeba czasem 10—12 razy nakłuwać, nim się je wyleczy. Przetoki należy o ile możności jaknajmniej skrobać. Leczenie zachowawcze daje zawsze o wiele lepsze wyniki czynnościowe, niż leczenie operacyjne. Przykurczenia leczyć należy nie gwałtownem rozciągnięciem, lecz stopniowo. Jeżeli wypadnie staw wyciąć, to najlepiej użyć sposobu Königa. *Klęsk.*

Landwehr. **Wyniki lecznicze w złamaniach rzepki.** (*Münch. med. Wochs.* 1907 Nr 14). Zestawienie wyników lecz-

niczych w złamaniach rzepki doprowadza autora do następujących wniosków: Zrośnięcie się włókniste nie jest po złamaniu rzepki wynikiem złym, bo przytem bywa czynność zupełnie dobra. Leczenie zachowawcze nie daje wcale gorszych wyników, niż operacyjne, a nie naraża na powikłania, jak ono. Do podobnych wyników doszli Ranzi i Lewisohn, który nawet twierdzi, że zachowawcze leczenie daje 50%, a operacyjne 25% wyleczeń. *Klęsk.*

Rauenbusch. **Wdmuchiwanie tlenu do stawu kolanowego** (*Berlin. klin. Wochs.* 1907, Nr. 13). Robinsohn i Werndorf polecili wdmuchiwanie tlenu do stawów w celach rozpoznawczych. Przy stosowaniu tego sposobu przekonał się jednak autor, że ma on także lecznicze działanie, zwłaszcza w przypadkach zniekształtniającego zapalenia stawu. Wdmuchiwań należy wykonać 5—10 w przeciągu kilku miesięcy. Dobre wyniki osiąga się także w lekkich przypadkach gruźlicy z wysiękiem. Po 2—3 wdmuchiwaniach znikają bóle, wysięk przestaje się gromadzić i następuje wybitna poprawa. Wysięk należy oczywiście przed wdmuchiwaniem usunąć. Już po dwóch dniach nie można tlenu wykryć w stawie. Po wdmuchnięciu uczuwają chorzy przez pewien czas bolesne napięcie. Obecne przyrządy nie dozwalają jeszcze dokładnie obliczać ilości wpędzonego tlenu. Wyników ostatecznych podać jeszcze dokładnie nie można. Jakobsohn na odbytym niedawno zjeździe rentgenologów w Berlinie przytoczył przypadek nagłej śmierci u chorego na serce zaraz po wdmuchnięciu czystego tlenu do stawu kolanowego. (*Przyp. sprawozd*). *Klęsk.*

Bade. **Przyczynek do patologii i terapii wrodzonego braku kości piszczelowej.** (*Zeit. f. ort. Chir. T. XVI, z. 1 i 2*) Częściowy lub zupełny brak kości piszczelowej jest stosunkowo rzadki. B. zestawił 55 spostrzeżeń, do których dodaje jedno własne u dziewczynki 5½. letniej. Oprócz stopy szpotawej lewej, był częściowy brak kości piszczelowej prawej, przy silnem szpotawo-końskiem ułożeniu stopy. Noga w kolanie silnie zgięta. Rzepka przesunięta ku górze, z kości piszczelowej istniał krótki kawałek w górnej części, sterczący ku wewnątrz od goleni, z powierzchnią stawową dobrze ustawioną w stosunku do kości udowej. Kość strzałkowa zwichnięta w stawie kolanowym na zewnątrz i ku górze. Zabiegi, wykonywane przy tem zniekształtnieniu, nie uwzględniały szczątkowej kości piszczelowej. B., korzystając z prawie prawidłowych stosunków stawu kolanowego, odpiłował odpowiednie końce kości strzałkowej i piszczelowej i wszczepił kość strzałkową w kikut kości piszczelowej. Wynik czynnościowy był doskonały. Dla poprawy ułożenia stopy po odprowadzeniu stopniowem i ustaleniu w opatrunku gipsowym, zastosował odpowiedni przyrząd, utrzymujący ją w ułożeniu prawidłowem. Na stopie zaś szpotawej nogi lewej dokonał z dobrym skutkiem klinowego wycięcia z kostki zewnętrznej i liniowego cięcia kości piszczelowej. *Kasprzyk.*

Prof. F. Franke. **W sprawie leczenia wrodzonego braku kości strzałkowej.** (*Zeit. f. orth. Chir.* T. XVI. Z. 2). Zabiegi, stosowane dotychczas przy zupełnym lub częściowym braku kości strzałkowej, jak: przecięcie ścięgna Achillesa, gwałtowne odprowadzenie stopy, wypiłowanie stawu skokowego, wszczepianie kości skokowej w widełkowato rozszczepioną kość piszczelową, dawały niedostateczne i nietrwałe wyniki; nie usuwały bowiem skrócenia goleni i nie zapobiegały trwale skłonności stopy do ustawiania się po pewnym czasie w położenie koszlawe. Dlatego F. chwycił się zabiegu, polegającego na wytworzeniu stopy końskiej, na wzór sposobu Wladimirow-Mikulicza. Po odsłonięciu stawu skokowego cięciem łukowem od strony zewnętrznej, przecięciu więzadeł i ścięgien mięśni strzałkowych i głębokich zginaczy sposobem Bayera, odpiłował cienką blaszkę z dolnego końca kości piszczelowej, następnie po odcięciu tylnej części kości piętowej skośnie ku tyłowi i dołowi, i dostosowaniu powierzchni przepiłowania, umocował stopę w tem ułożeniu stalowym gwoździem i założył gips. Po kilku miesiącach powstał silny i trwały zrost kości, a sprawność kończyny była daleko lepsza, niż po innych zabiegach. Sposób ten jest wskazany szczególnie w tych przypadkach, w których przy chodzeniu występują ciężkie zaburzenia, nie dające się usunąć znanymi lekkimi przyrządami. W każdym jednak razie nie radzi F. stosować tego zabiegu przed 10-tym rokiem życia, a to z obawy jeszcze większego skrócenia wskutek zaburzeń we wzroście piszczeli. *Kasprzyk.*

Wilms. **Szczególny rodzaj bolów goleni i stopy.** *Lymphangitis rheumatica chronica.* (*Beitr. z. klin Chir.* T. 50, z. 2). Cierpienie to pojawia się najczęściej u kobiet skłonnych do cierpień gośćcowych, a cechuje się bolami stopy i jej stawów bez objawów przedmiotowych. To też często bywa rozpoznawane jako stopa płaska lub żylaki. Rozpoznanie ułatwia wykazanie punktów bolesnych przy przejściu kanału Huntera i wzdłuż tętnicy piszczelowej tylnej zwykle na obydwóch kończynach. W rozpoznaniu różniczkowem dosyć łatwo jest wyłączyć zapalenie mięśni, w którem sam mięsień przy ucisku jest bolesny, a nie przestrzenie międzymięśniowe, trudniej atoli zapalenie pochewek mięśniowych, zwłaszcza m. piszczelowego tylnego, żylaki, w końcu gośćcowe zapalenie nerwu. W pomoc może tutaj tylko przyjść całość obrazu chorobowego. Cierpienie to jest bardzo uporczywe; najlepsze jeszcze wyniki daje stosowanie ciepła przy zupełnym spokoju kończyny. *Kasprzyk.*

Klemperer. **Kiedy powinno się operować przy zgorzeli cukrzycowej?** (*Therap. d. Gegenw.* 1907, Z. 1). Zgorzel nie rozszerza się zwykle w tych przypadkach, w których próba z chlorkiem żelaza wypada ujemnie i w których po usunięciu węglowodanów z pokarmów cukier z moczu znika. Sprawa odgranicza się wtedy szybko, a zastoina sposobem Biera przyspiesza przytem oddzielenie. Natomiast w razie cięższych zmian należy nie zwlekać z wysoką amputacyą. *Klęsk.*

Röpke. **Czynne przekrwienie w leczeniu zgorzelin kończyn na tle miażdżycy tętnic.** (*Münch. med. Wochs.*, 1907, Nr 14). Na mocy swego doświadczenia poleca R. gorąco stosować w celach leczniczych i rozpoznawczych w zgorzeli na tle miażdżycy tętnic przekrwienie czynne w postaci gorących miejscowych kąpieli. Wyraźnie wtedy widać granicę, gdzie kończą się prawidłowe tętnicze naczynia; kąpiele te działają przytem leczniczo, a nieraz wraca po nich tętno w zaczopowanych dawniej naczyniach. *Klęsk.*

Stich, Makkas, Dowman. **Chirurgia naczyń krwionośnych.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 53. Z. 1). Doświadczenia autorów na zwierzętach przemawiają na korzyść stosowania szwu i to nawet mniejszych naczyń. Prócz zeszywania przeciętych naczyń zupełnie wykonalną rzeczą jest wszywanie (pomiędzy zbyt krótkie kikuty) kawałków tętnic z tego samego osobnika lub z innego osobnika tego samego gatunku. Wszywać można także kawałki żył do tętnic. *Klęsk.*

Tavel. **Sztuczne zakrzepy w żylakach.** (*Berl. klin. Wochs.* Nr 7, 1907). Autor po podwiązaniu głównego pnia żylnego wstrzykuje w żylaki 5% karbolu celem wywołania zakrzepu, który potem organizuje się, a żylak zarasta. Wstrzykiwania nie są bardzo bolesne. *Klęsk.*

Franck. **Leczenie krwawnic wstrzykiwaniami karbol-wyskoku z pomocą tymczasowego podwiązania drutem.** (*Deutsch. med. Wochs.* Nr 8, 1907). Sposób podany przez autora dozwala łatwo leczyć krwawnice nawet lekarzowi praktycznemu. Po przeczyszczeniu chorego i przygotowaniu do operacyi znieczula się odbyt podskórnemi wstrzykiwaniami 1% stowainy lub płynu Schleicha. W strzykawce Pravatza przygotowuje się 50% roztwór karbol-wyskoku. Okolicę odbytu smaruje się borwaseliną. Guzy krwawnicze chwyta się w pętlę drucianą polipową, zaciskając doprowadzające naczynia, i wstrzykuje się do każdego guzka $^1/_5$—$^1/_3$ strzykawki. Po wstrzyknięciu guzek bieleje i twardnieje. Wtedy można zdjąć pętlę. Miejsce operowane zasypuje się dermatolem, a do odbytnicy wkłada się kawałek gazy dermatolowej. 3—4. dnia olej rycynowy; od 4—6. dnia chory może zwolna wstawać. Zwykle 7—8. dnia guzki odpadają i wtedy stosuje się maści. Przeciwwskazaniem tego sposobu operowania są szczeliny odbytu. *Klęsk.*

Dermatologia.

H. Vörner. **W sprawie leczenia liszaja płaskiego** (*lichen ruber planus*). (*Arch. f. Derm. u. Syph.* grudzień, 1906). V. podaje, że doprowadzał do zupełnego wyleczenia tej choroby w przypadkach, w których arszenik wewnętrznie podany już nie skutkował, sprawa chorobowa zaś była usadowioną na kończynach dolnych. Sposób leczenia polegał na zakładaniu opatrunków uciskowych, z równoczesnem niekiedy zastosowaniem $^1/_4$ prc. maści arszenikowej. Działa tu nie ochranianie skóry, lecz zniesienie ucisku śródżylnego, podobnie jak w łuszczycy i kilakach. *Dr T. Wlyński.*

Scherber. **O chorobach przyrody krętkowej.** (*Derm. Zeitschr.* 1907, Z. 2). Najnowsze badania stwierdziły, że pewne odmiany krętków są przyczyną znacznej liczby chorób (m. i. według S. zapalenia żołędzi, tak powierzchownego, jak i wrzodziejącego). W jamie ustnej znajdują się zawsze krętki, nawet w warunkach prawidłowych w kamieniu zębowym i w zatokach migdałków. W chorobach jamy ustnej, zapaleniu dziąseł i okostnej, jak również przy ropniach okostnych liczba krętków znacznie wzrasta; zmieniają one tu swą rolę z biernej pasorzytnej na

czynną, gdyż im obok innych drobnoustrojów przypisać należy znaczenie przyczynowe w tych chorobach. Z chorób ogólnych, wywoływanych przez krętki, wymienia S. obok kiły, dur powrotny, framboczyę i dur krajów gorących. Przy opisie licznych sposobów badania krętka bladego zwraca S. uwagę na podany przez Siedentopfa i Zsigmodyego ultramikroskop, który znakomicie nadaje się do badania krętków w świeżych wydzielinach i sokach tkanek. *Stopczański.*

Hesse. **Objawy zatrucia po zastosowaniu pasty cynkowo-siarczanej.** (*Dermat. Zeitschr.* Z. 2. 1907). Przypadek autora dotyczy dwumiesięcznego dziecka, dotkniętego wypryskiem wilgotnym głowy i obu kończyn górnych, u którego po zastosowaniu pasty cynkowo-siarczanej wystąpiły zaburzenia w postaci biegunki i gorączki. Jak długo wyprysk leczono tą pastą, tak długo występowały te objawy przy nieznacznem ustępowaniu choroby skóry. Że zaburzenia te wywoływało uboczne działanie siarki, tego dowodzi znikanie objawów przy usunięciu pasty cynkowo-siarczanej, a stosowaniu czysto cynkowej. Ciekawem w tym przypadku jest zjawisko, przez innych w podobnych przypadkach niespostrzegane, że siarka mimo szkodliwego działania ogólnego, działała miejscowo na wyprysk skutecznie. Nie ulega jednak, zdaniem autora, wątpliwości, że dłuższe stosowanie siarki mogło wywołać śmierć wskutek ogólnego zatrucia. *Stopczański.*

Sprecher. **Dwa przypadki zaszczepienia się toczenia.** (*Archiv f. Derm. u. Syph.*, styczeń, 1907). Według autora toczeń najczęściej zaszczepia się przez styczność (*per contiguitatem*), a rzadziej na drodze przerzutu lub wprost od zewnątrz. Zaszczepienie się wprost od zewnątrz spostrzegał S. u 2 chorych. W jednym przypadku u mężczyzny w średnim wieku, zdrowego zresztą zupełnie i ze zdrowej rodziny pochodzącego, w miejscu blizny, powstałej ze stłuczenia kolana, rozwinęły się typowe guzki tocznia. Drugi przypadek dotyczył kobiety, u której wytworzył się toczeń na policzku w miejscu zadrapania przez dziecko, jej pieczy powierzone. Kobieta ta była także zupełnie zdrową, a w rodzinie jej nigdy gruźlicy nie było. Rozpoznanie potwierdziło szczepienie na morskiej śwince. *Dr T. Wlyński.*

Kienböck. **Działanie lecznicze promieni Roentgena w chorobach włosów.** (*Archiv f. Derm. u. Syph.*, styczeń, 1907). Autor odradza leczenia promieniami Roentgena nadmiernego porostu włosów (*hypertrichosis*), a to ze względu na zmiany następowe, polegające na zaniku skóry z rozszerzeniem naczyń. Zmiana ta występuje w 67 prc. w ten sposób leczonych przypadków, z czego wynika, że tej metody można tylko wtedy próbować, gdy chodzi o gęsty, ciemny zarost w nieodpowiednem, a widocznem miejscu. Podobnie ma się rzecz i z wyłysieniem plackowatem (*alopecia areata*), gdzie promienie Roentgena mają znaczenie lecznicze tylko w okresie ustępowania choroby. Prawdziwa ich wartość okazuje się w leczeniu woszczyn (*favus*). Autor radzi używać tutaj zawsze rur średniomiękkich, z odległości 16—20 ctm., 6—10 X (=3—4H). Po 10 dniach występuje w miejscach, grzybkiem zajętych, zapalenie skóry i powierzchowne przeczosy, a w miejscach zdrowych włosy wypadają. Po 6 tygodniach następuje porost w miejscach zdrowych, w innych często pokazują się nieliczne włosy, a grzybek zostaje usunięty i to drogą mechaniczną przez wypadanie włosów, a nie przez bakteryobójcze działanie promieni Roentgena. Nawet po 1½-godzinnem naświetlaniu nie spostrzegał autor nigdy objawów mózgowych, a wyjątkowo tylko gorączkę, polegającą, jak się zdaje, na wessaniu wytworów rozpadu tkanki naświetlonej. *T. Wlyński.*

Okulistyka.

Meyerhof. **Stała obecność zarazków w worku spojówkowym i jej znaczenie dla zapaleń spojówek, występujących nagminnie w Egipcie.** (*Ann. d'ocul.* 1906, Nr 11). Według bakteryologicznych badań M. zależą ostre zapalenia spojówki, wybuchające nagminnie w dolinie Nilu w miesiącach letnich, głównie bądźto od prątków Koch-Weeksa, bądź też od dwoinek Neissera. Drobnoustroje te można znaleźć w worku spojówkowym i w zimie, jednak bez objawów zapalnych. Dopiero w czasie upałów nabierają one własności chorobotwórczych i dają powód do ostrych zaraźliwych spraw zapalnych, udzielających się z człowieka na człowieka przez zetknięcie, zapomocą palców, za pośrednictwem przedmiotów codziennego użytku, a także za pośrednictwem much. Epidemie, wywołane przez prątki Koch-Weeksa są groźniejsze i zajmują rozleglejsze przestrzenie, niż nagminne wiewiórowe zapalenie spojówki, pojawiające się w mniejszych rozmiarach corocznie zwykle w czerwcu. Podwójne prątki Moraxa znalazł M. mniejwięcej w połowie przypadków mniej świeżych lub dawnych zmian jagliczych, a prawie we wszystkich przypadkach *trichiasis*. Zakażenie zatem prątkiem tym jest w Egipcie bardzo pospolite i ma charakter nagminny i przewlekły. *K. W. Majewski.*

Moreau i Grandclément. **Kilka przypadków szkodliwego działania protargolu.** (*Rev. gén. d'opht.* 1906, Nr 12). U trojga dzieci z lekkim śluzoropotokiem spojówek nastąpiło po zastosowaniu 50 prc. protargolu znaczne pogorszenie i powstały owrzodzenia rogówki. Aby wyświetlić, o ile tu winien protargol, wykonali M. i G. na królikach szereg doświadczeń, z których wnoszą, że protargol w rozczynach silniejszych (50 prc.) nie jest obojętny dla rogówki nawet wtedy, gdy jest wedle przepisu, t. j. na zimno rozpuszczony i świeżo przygotowany. Dlatego to w śluzoropotoku u noworodków zalecają oni używać protargolu co najwyżej 30 prc., który napewno nie zagraża rogówce żadnem niebezpieczeństwem. *K. W. Majewski.*

Sulzer. **Leczenie zaćmień rogówki zapomocą czynników fizycznych.** (*Ann. d'ocul.* 1906, Nr 11). S. stosuje elektrolizę, używając prądu 110 wolt i kładąc elektrodę dodatnią na karku, a ujemną (drucik srebrny, zakończoną małą główką), wprost na plamki rogówkowe. W miąższu rogówki w miejscu dotknięcia powstają pęcherzyki gazowe, które wprost podnoszą powierzchowne plamki, nabłonek częściowo się złuszcza i zaćmienie nieco się wyjaśnia. Drugim sposopem jest fototerapia. Za źródło światła używa autor lampy łukowej Brocka-Chatina. Światło obfitujące w promienie krótkofaliste ześrodkowuje się zapomocą soczewki na rogówce oka, zwęziwszy poprzednio źrenice zapomocą ezeryny, co ma zapobiegać olśnieniu siatkówki. Naświetla się 20—30 sekund. Wyniki optyczne fototerapii są o wiele lepsze od wyników elektrolizy. Najlepiej jednak łączyć te oba sposoby. U chorych wrażliwych używa S. zamiast fototerapii naświetlania radem, nie wywołującego żadnego silniejszego odczynu, a skutecznością dorównywającego fiołkowym promieniom lampy Brocka-Chatina. *K. W. Majewski.*

Łuniewski. **Zranienie rogówki żądłem pszczoły.** (*Postęp okul.* 1906, Nr 6 i 7). W rzadkim tym przypadku żądło utkwiło prawie w samym środku rogówki i wywołało tarczowate zaćmienie szare, wielkości główki od szpilki, otoczone w odstępie 1 mm. pierścieniem zmętniałego i lekko obrzmiałego nabłonka rogówkowego. Odłamany koniec żądła widać było w środku zaćmienia, jako mały brunatny punkcik. Ł. wykruszył je dłutkiem do ciał obcych. Przy odpowiedniem leczeniu sprawa wygoiła się z pozostawieniem małej plamki. *K. W. Majewski.*

Prof. Wicherkiewicz. **Obrażenie rogówki piorunem i kilka uwag nad leczeniem powierzchownych obrażeń rogówkowych.** (*Postęp okul.* 1906, Nr 6 i 7). Pewien pastor, rażony piorunem, stracił przytomność, a odzyskawszy ją, uczuł ucisk w czaszce, osłabienie kończyn, ciężkość powiek i warg, prócz tego dolegliwości oczne. Wszystko to jednak wkrótce ustąpiło, z wyjątkiem zapalenia oka, z powodu którego chory zgłosił się do autora. Badanie stwierdziło delikatne zmętnienie górnej połowy rogówki, zależne od licznych drobnych ubytków. Odpowiednie leczenie w krótkim czasie usunęło tak tę zmianę rogówkową, jak i bardzo znaczne dolegliwości podmiotowe. Powierzchowne obrażenie rogówki mogło być tu wywołane przez chemiczne działanie promieni pozafiołkowych, wytworzonych przez iskrę piorunu; wywołały one spalenie nabłonka i powstanie ubytków, oraz uszkodzenie zakończeń nerwów czuciowych, co stało się przyczyną bardzo znacznych bolów. Do spostrzeżenia tego nawiązuje W. uwagi o leczeniu powierzchownych zmian na rogówce. *K. W. Majewski.*

Polack. **Zachowanie się fizyologicznych czynności siatkówki w przypadku wrodzonego niedowidzenia.** (*Rev. gén. d'opht.* 1906, Nr 12). W przypadku wrodzonego niedowidzenia na jednem oku u pewnej artystki malarki, umiejącej przy różnych podmiotowych sposobach badania robić ściślejsze spostrzeżenia, przeprowadził P. ściśle badanie bystrości wzroku naośnej, bystrości coraz to bardziej obwodowych części siatkówki, dalej pola widzenia, poczucia barw, pobudliwości świetlnej, powidoków dodatnich i ujemnych, plamy Mariottea i plamy Maxwella, a wreszcie widzenia obuocznego. Oko z niedowidzeniem wrodzonem we wszystkich tych kierunkach nie różniło się wcale od oka zdrowego, z wyjątkiem tylko znacznego upośledzenia ($^1/_{40}$) bystrości wzroku naośnej. Mimo tak znacznej różnicy w sile wzroku, istniało jednak prawie zupełnie dobre widzenie obuoczne. Najwidoczniej zmiana wrodzona, która to upośledzenie wywołuje, musi się ograniczać do wrażliwych składników plamki żółtej. *K. W. Majewski.*

W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego.

III.

Braki i potrzeby.

Zestawił **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

Przy najdzielniejszych jednak i najbardziej przez publiczną kontrolę [1]) do pracy zachęcanych kierownikach smutna przyszłość czeka nasze szpitale, jeżeli nie będą rozporządzały dostateczną liczbą sił lekarskich. I nietylko pomocniczych. Dzisiaj, gwoli oszczędności, oddziały szpitalne są ogromne, a szpitale, liczące ponad 100 łóżek i stale w dwójnasób przeludnione, dźwiga na swych barkach nieraz jeden człowiek. Już przed 5 laty podnoszono [2]), że podzielenie materyału na mniejsze grupy, po 40—30 chorych zamiast 120, 140 lub nawet 180 i oddanie każdej takiej grupy osobnemu samodzielnemu kierownikowi przyniosłoby pod każdym względem ogromne korzyści. »Prymaryaty w szpitalach lwowskim i krakowskim nie mogą w naszych warunkach za nic innego być uważane, jak za posterunki naukowe« [3]), a ci »prymaryusze obecnie są tak obarczeni, że o naukowej pracy w tych warunkach myśleć nie można absolutnie«. Szlachetna emulacya kierowników takich równorzędnych mniejszych oddziałów podniecałaby ich do tem usilniejszej pracy, a chorzy i przez to i dzięki mniejszej liczbie byliby lepiej obsłużeni.

Koszta... Koszta, przynajmniej w miastach uniwersyteckich, mogłyby z początku (prócz jednorazowych odpowiednich adaptacyi) nie być żadne. Wszak w obu stołecznych szpitalach dziecięcych istnieją prymaryaty »honorowe«, a nietylko nie brak na nie nigdy, i to świetnych, kandydatów, ale nawet staczali oni między sobą nieraz iście homeryckie walki o te stanowiska. We Lwowie dwa wielkie ambulatorya prowadzi bezinteresownie dwóch dzielnych specyalistów, w Przemyślu dwa wielkie oddziały młody specyalista, któremu, nawiasem mówiąc, Wydział krajowy nawet za opłacane przez niego z własnej kieszeni jazdy fiakrem (do odległego znacznie szpitala) do niedawna nic nie zwracał, a czy obecnie zwraca, niewiem [4]). Nie mamy wcale ochoty zachęcać naszych władz autonomicznych do takiego wyzysku bezpłatnej pracy lekarzy, jaki się uprawiało przez lat trzydzieści, orząc w szpitalach bezpłatnymi praktykantami. Ale skoro kraj jest już tak biedny, że się tamtego wyzysku nie wstydził, i gdyby nie mógł zdobyć się na kreowanie takich mniejszych, a więc i skromniej opłacanych prymaryatów, to niechby tymczasem choć honorowe prymaryaty dla dobra powszechnego gdzieniegdzie potworzył. Zresztą »honorowy« prymaryusz, toć co innego niż »bezpłatny« praktykant. Drugi — przynajmniej dziś — nie ma żadnego absolutnie ze swej pracy szpitalnej zysku, bo ani mu ona lepszej praktyki prywatnej, ani promocyi na przyszłość, ani moralnych korzyści żadnych nie daje, prócz — przy przeciążeniu nielicznych lekarzy szpitalnych bardzo teraz problematycznej — »możności kształcenia się«. Prymaryusz — ma stanowisko wybitne, co już na klientelę wpływać może, niezależne, a także ma przecież jakieś większe widoki promocyi, czy to doczekania się prymaryatu płatnego, czy w karyerze uniwersyteckiej. Za wszystko zresztą wynagradzała tych »prymaryuszy«, co dotąd wyzyskiwać się dali, możność samodzielnej pracy, własny warsztat naukowy. To i dziś nie jest przesadą, że »każdy młody lekarz jako szczyt marzeń swoich uważa profesurę lub prymaryat w szpitalu; nie marzy on o 20,000 złr. rocznego dochodu, lecz o oddziale szpitalnym, ...powodowany prawdziwą chęcią pracowania dla nauki i dla nieszczęśliwych« [5]). Jak na to niedawno w naszem piśmie wskazywano, wyrządza kraj sobie samemu niepowetowaną stratę, pozwalając dla braku samodzielnych warsztatów marnować się całym szeregom młodych, obiecujących sił lekarskich [6]). Nie dając tych warsztatów, nie przygotowuje się tak, jakby można, wyrobionych następców ani na ważniejsze prymaryaty, ani na katedry uniwersyteckie i nie wyzyskuje się olbrzymiej sumy wiedzy i zapału, jaką docenci uniwersyteccy i młodzi specyaliści byliby gotowi nieść nieraz bezinteresownie krajowi w ofierze za... skromny kąt do samodzielnej pracy.

[1]) Nie wchodzę w to, czy i co mogłyby tu zdziałać miejscowe komitety szpitalne, bo dotąd są to tylko ciała czysto administracyjne, złożone przeważnie z laików.

[2]) Spr. ank. z r. 1902, str. 29, głos prof. Gluzińskiego.

[3]) Tamże.

[4]) Por. spraw. insp. w r. 1906, str. 9 i 54.

[5]) Tamże str. 21, głos prof. Jordana.

[6]) R. 1906. Nr 28.

W każdym zas razie za małą jest liczba lekarzy pomocniczych: sekundaryuszy i praktykantów. Liczba, która aż nadto wystarczała, gdy prawie opędzać się trzeba było nawałowi młodych lekarzy do szpitali, żądnych praktycznego zetknięcia sie z większą liczbą chorych i dających się bezpłatnie użyć nawet do prac czysto administracyjnych, któreby powinni byli załatwiać płatni pisarze, jest dziś — przy zmniejszeniu się frekwencyi na wydziałach lekarskich i udostępnieniu przez to studentom większego materyału klinicznego już w czasie studyów — najzupełniej za szczupła. Zresztą i na prowincyi gdzieniegdzie do dziś niema szpital ani jednego lekarza pomocniczego i trudno się dziwić, że tam dopuszczać się musi, by o przyjmowaniu chorych decydowały nieraz, gdy prymaryusz zachoruje lub za chlebem wyjeżdża — Siostry zakonne [1]). Pomnożenia tych stanowisk domagają się sami lekarze pomocniczy, choć nie ich, ale Wydziału krajowego rzeczą było na czas pomyśleć o uzupełnieniu przetrzebionych ochotniczych kadrów stałymi pracownikami. »Utinam falsus sim vates«, ale przy tej strusiej polityce może się szpitalnictwo nasze łacno tego doczekać, co się stało w znacznie od nas hojniejszym i zapobiegliwszym Berlinie, a zagraża ponoś w Wiedniu, że zwłaszcza dla oddziałów obłąkanych (jak teraz gdzieniegdzie na posady okręgowe) lekarzy braknie i kandydatów nie przywabi nawet późniejsze przymusowe przepłacanie posad ponad wszelkie spodziewane granice. Nauczony smutnem doświadczeniem, mądry choć po szkodzie, zaczyna się stan lekarski organizować na wzór robotników, skoro go gorzej od nich traktować poczęto. A gdy przyjdzie stanąć oko w oko z dokonaną już, zwartą i karną organizacyą lekarską, oby nasz Wydział krajowy nie miał twardszego orzecha do zgryzienia, niż Wydział dolno-austryacki.

Zmierzam do tego, co obok pomnożenia liczby lekarzy pomocniczych jest konieczne, i co okupić się dziś da mniejszemi ofiarami, niż później. Płace lekarzy szpitalnych wydatnie podnieść trzeba i to nie zwlekając. Kiedy przed 5 laty nazwano płace, które od r. 1870 prawie nie uległy zmianie, bardzo eufemistycznie »okropnie niewłaściwemi« [2]), czekał jeszcze Wydział krajowy spokojnie, aż się doczekał... ciągłego wrzenia w szpitalach, które prędzej czy później skończyć się może fatalnie, ze szkodą dla chorych, krzywdą dla kraju i bardzo smutnem oświetleniem jednej ze stron w opinii ogółu i w kraju i zagranicą. A nie będą tą stroną lekarze... Wszystko to, co już zrobiono, — pod naciskiem [3]), — to zaledwo pół kroku, tam, gdzieby trzeba przeskoczyć głębinę, wyżłobioną przez kilkodziesięcioletnie zaniedbania i przez gwałtowne pogorszenie się stosunków ekonomicznych w latach ostatnich. Najnieprzychylniejszy nawet dla lekarzy sąd musiałby uznać ich żądania za stojące poniżej »minimum«. Adjuta po 600 (sześćset) koron rocznie dla ludzi z uniwersyteckiem wykształceniem, po studyach dłuższych, kosztowniejszych i trudniejszych, niż jakiekolwiek inne, za pracę nie mniejszą i zgoła nie łatwiejszą, niż w sądzie, starostwie, czy szkole, a o tyle odpowiedzialniejszą i szarpiącą układ nerwowy, nie dającą zaś żadnego zabezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy, ani możności utrzymania się z ubocznego zarobku! Oto jedno z »żądań« naszych lekarzy pomocniczych. Doprawdy, że chyba słuszność leży w twierdzeniu, iż lekarze sami sobie winni, bo żądają zbyt skromnie. »Pracownicy zwykle więcej żądają, niż chcą osiągnąć, aby po okrojeniu ich żądań pozostała im dostateczna korzyść. Lekarze nie chcą naśladować tej metody i formułują żądania minimalne. Wydział krajowy zaś traktuje żądania lekarza tak, jak zwykle pracodawcy traktują żądania pracowników, t. j. stara się coś ująć. Wydział krajowy nie wie o tem, że lekarze niczego ze swych żądań opuścić nie mogą, gdyż z góry ograniczyli się do najskromniejszych wymogów« [4]). Czyżby istotnie nie wiedział? Nie chcemy wierzyć temu zarzutowi niewiadomości, gorszemu bodaj, niż zarzut niechęci.

(C. d. n.)

[1]) Okólnik W. kraj L. 90,518/906 — por. »Przegląd lek.« 1906, str. 742; spr. Insp. w r. 1906 passim.

[2]) Spr. z ank. z r. 1902. str. 21

[3]) Już po wydrukowaniu tych ustępów w broszurze, rozesłanej członkom Sejmu, uchwalił Sejm pomnożenie posad i polepszenie płac w szpitalu krakowskim i lwowskim, znacznie większe, niż wnosił pierwotnie Wydział krajowy (Spr. L. 114,606/905), ale nie dochodzące nawet tych skromnych granic, jakie zakreślili w swych żądaniach lekarze tych szpitali. Stąd też i te ustępy broszury nie straciły jeszcze podstawy *(Przyp. w korekcie)*.

[4]) Głos lek. 1907, Nr. 4, str. 1.

Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1903, oraz 1901/2.

Streścił prof. dr Stanisław Ciechanowski.

(Ciąg dalszy.)

Dur osutkowy zabrał według wykazów o ruchu ludności w r. 1901 304 ofiar, w r. 1902 336, w r. 1903 421; według zaś statystyki lekarzy urzędowych: 206 w r. 1901, a 408 w r. 1903. Porównując wynik obu statystyk z wynikiem w latach dawniejszych, stwierdza Rada Zdrowia, że wykazy parafialne podają w tej rubryce coraz dokładniejsze cyfry. Niemniej pomimo pozornej prawie zupełnej zgodności danych z r. 1903, nie należy się łudzić, że poprawa jest tu już wystarczającą; w poszczególnych bowiem powiatach zachodzą znaczne różnice między obiema statystykami, »bo c. k. lekarze powiatowi nie zadali sobie trudu sprostowania niezgodnych wykazów« (n. p. w powiatach jaworowskim, horodeńskim, kołomyjskim). W ostatnich trzech latach nie było wcale duru plamistego w 9 powiatach w zachodniej części kraju; najwięcej zakażonych miejscowości jest stale w powiatach wschodnich. Sprawozdania podają szczegółowe tablice, objaśniające chorobowość i śmiertelność w poszczególnych powiatach, jak również dokładny obraz danych epidemiologicznych, jakie zdołano uzyskać. W roku 1902 na 207 gmin zakażonych zdołano w 62·3%, a w r. 1903 na 317 gmin zakażonych w 57·7% wykryć źródła i sposoby zakażenia. Najczęstszem źródłem zarazy bywało odwiedzanie chorych, potem zawleczenie przez żebraków, włóczęgów, domokrążców, robotników szukających pracy, przemytników (z Rosyi), przewiezienie chorych, rzadziej przez zakażoną odzież. W r. 1901 mógł raz stać się źródłem zarazy areszt sądowy (w Budzanowie), gdzie zaszedł jeden przypadek duru plamistego, lecz epidemii udało się zapobiedz. Natomiast w r. 1903 stał się areszt w Szczercu istotnie źródłem zakażenia 3 gmin sąsiednich (jak podaje sprawozdanie w rozdziale 8, str. 137). W r. 1902 stwierdzono też raz zawleczenie z odpustu (w Kalwaryi). Mnogie razy przewleczono dur z Węgier, Rumunii, a przedewszystkiem z Rosyi. Jak to sąsiedztwo z powodu opłakanych niedostatków służby sanitarnej w Rosyi naraża ciągle na epidemie duru plamistego szczególnie ruską część Galicyi (sucha granica), tak znów zwalczanie epidemii utrudniają na Rusi galicyjskiej ogromnie nędza i ciemnota ludu. Niezmiernie często ludność zataja chorobę i do walki można się zabrać dopiero wtedy, gdy epidemia groźnie już się rozszerzyła; zdarzają się przypadki biernego oporu ludności wobec zarządzeń władz, a przytem i złośliwość: »ja chorowałem, niech i drugi choruje« (Spr. z r. 1903, str. 30). Z pracujących w tak trudnych warunkach lekarzy padają co roku ofiarą swego poświęcenia najdzielniejsze jednostki. I ostatnie lata nie były pod tym względem lepsze.

Z duru brzusznego zmarło w r. 1901 0·44‰ ludności, w r. 1902 — najpomyślniejszym pod tym względem od czasu wprowadzenia statystyki sanitarnej — tylko 0·34, (2522 osób), w r. 1903 tylko nieco więcej (2686 osób). Rada Zdrowia stwierdza, że obniżanie się śmiertelności z duru brzusznego w ostatniem dziesięcioleciu nie jest zjawiskiem przypadkowem, lecz że ilość zachorowań i przypadków śmierci stale i stopniowo w całym kraju spada. Niewątpliwie jest to skutkiem coraz lepszego zaopatrzenia w dobrą wodę do picia, tak jak najbardziej panuje dur w tych powiatach i miejscowościach, gdzie dobrej wody brak, gdzie niema studzien, a ludność czerpie wodę do picia z rzeczek, potoków i stawków, w których pierze także swoją bieliznę, pławi bydło i t. d., »Jeżeli się do tego doda, że prawie w żadnej wsi podolskiej niema wychodków i że wskutek tego jest dość sposobności do roznoszenia zarazka tyfusowego, dziwić się tylko należy, że wogóle jeszcze tak mało ludzi choruje tam na tyfus brzuszny« (Spr. 1903, str. 33). We Lwowie i w Krakowie zmniejsza się dur wybitnie od czasu zaprowadzenia wodociągów (np. w ciągu ostatniego roku przed otwarciem wodociągów chorowało na dur osób 406 i 144, w rok po otwarciu 114 i 41). W wielu przypadkach stwierdzono zawleczenie duru nawet z odległych okolic (z Rosyi, Węgier, Rumunii, Bukowiny, Prus i t. d.).

I co do czerwonki był rok 1902 najpomyślniejszym od czasu wprowadzenia statystyki sanitarnej (1873), gdyż zmarło z tej choroby 778 osób, czyli 0·10‰ ludności; w roku 1901 zmarło 1080 osób, czyli 0·15; rok 1903 był gorszy; zmarło osób 1698. Co roku grasowała czerwonka najsilniej w dwóch ogniskach: jedno z nich stanowi grupa kilku powiatów podgórskich we wschodniej (przedewszystkiem powiat kosowski), druga grupa kilku powiatów podgórskich w zachodniej Galicyi. Corocznie też stwierdzają lekarze urzędowi, że czerwonka najwięcej szerzy się w okolicach, pozbawionych dobrej wody do picia, w miejscowościach, leżących na torfowiskach, czerpiących wodę z potoków i t. p. Zawleczenie czerwonki na dalsze przestrzenie rzadko daje się stwierdzić; stwierdzono zaś kilkakrotnie w tych latach zawleczenie przez rezerwistów, powracających z ćwiczeń wojskowych, przez osoby, wracające z odpustu w Kalwaryi Zebrzydowskiej i t. p. Epidemie rozkrzewiają się corocznie najbujniej w trzecim kwartale, dochodząc do szczytu w sierpniu, a opadając rychło od września. Tylko w r. 1902 wystąpiła czerwonka wyjątkowo najsilniej w październiku.

O ile nam wiadomo, zarządziło Namiestnictwo w r. z. (1906) na większą skalę próby leczenia czerwonki surowicą. Wobec tego, że czerwonka jest jedną z »plag galicyjskich«, należy podnieść z uznaniem te próby, o których wprawdzie Sprawozdania Rady Zdrowia będą mogły podać szczegóły dopiero za lat kilka, ale z których spodziewamy się niezadługo doczekać umyślnego osobnego sprawozdania.

Cholery azyatyckiej nie było w Galicyi od r. 1896.

O śmiertelności z cholery niemowląt nie można nabrać dokładnego wyobrażenia ze statystyki, jaką rozporządza Rada Zdrowia, bo rubryka ta jest w różnych powiatach traktowaną bardzo różnie, nawet przez lekarzy. N. p. w r. 1901 we Lwowie podano w tej rubryce tylko 2 przypadki śmierci, w Krakowie zaś aż 198, w r. 1903 we Lwowie tylko 28, w Krakowie 206.

Cholerę swojską podano jako przyczynę śmierci w latach 1901—1903 u 108, 52 i 77 osób. (C. d. n.)

Kronika historyczna na maj.

Zestawił

Dr Adam Langie.

1. maja 1815 r. użył Laënnec po raz pierwszy wynalezionego przez siebie stetoskopu, wprowadzając nowy sposób do badania fizycznego chorych, który opisał w »Traité de l'auscultation médiate« (1819 r.). René Teofil Hyacent Laënnec, ur. 1781 r. w Quimper, nauki pobierał w Nantes, potem w Paryżu pod Corvisartem, gdzie też 1816 r. został naczelnym lekarzem »szpitala Neckera«. W 1823 r. mianowany profesorem w »Collège de France«, a w rok później profesorem kliniki lekarskiej paryskiej; umarł 1826 r.

8. maja 1794 r. zostaje ścięty na gilotynie w Paryżu Antoni Wawrzyniec Lavoisière, jeden z największych uczonych nowożytnych. Urodzony 26. sierpnia 1743 r. w Paryżu, syn bogatego kupca, otrzymał bardzo staranne wykształcenie, a obdarzony niezwykłemi zdolnościami już jako 25-letni młodzieniec mianowany został 1768 r. członkiem Akademii nauk. W całym szeregu dzieł, przeważnie chemicznych, wykrył błędy swoich poprzedników, okazał, że wszystkie zjawiska chemiczne mają za podstawę przemianę jednych materyi w drugie w myśl własnej zasady »nic się nie stwarza i nic nie ginie w przyrodzie«. Jemu zawdzięczamy teoryę palenia ciał i oddychania, które unieśmiertelniły imię wielkiego uczonego. Przez 14 lat wydaje jedno dzieło po drugiem, wznosząc z niestrudzoną pracą i wielkim nakładem kosztów gmach nowożytnej chemii. Wykrywa skład powietrza, uważanego dotąd za pierwiastek, skład wody, wyjaśnia fakt powiększania się wagi metalów wskutek prażenia, podaje skład kwasu węglowego, wynajduje równania atomowe, reformuje mianownictwo chemiczne, zapoznaje nas z fermentacyą materyi organicznych i t. d. Życie jego, pełne zasług i poświęcenia dla nauki, przecięli przedwcześnie ludzie, w których ręku spoczywała wówczas władza we Francyi. »Jedna chwila starczyła do odcięcia tej głowy, a sto lat nie starczy do wydania podobnej«.

10. maja 1829 r. umiera Tomasz Young, twórca undulacyjnej teoryi światła, teoryi barw, odkrywca astygmatyzmu w oczach ludzkich. Urodzony 13. czerwca 1773 r. w Milverton, studyuje matematykę, optykę, medycynę i wschodnie języki,

osiada potem jako lekarz w Londynie, gdzie zostaje profesorem królewskiego instytutu, poczem od 1811 r. pełni obowiązki lekarza przy szpitalu św. Grzegorza. Jako uczony oryentalista położył też znaczne zasługi około badań egipskich hieroglifów.

14. maja 1796 r. wykonał Jenner pierwsze szczepienie ospy u swego synka. Edward Jenner, urodzony 17. maja 1749 r. w Berkeley, po ukończeniu medycyny w Londynie osiadł w rodzinnem swem miejscu jako chirurg i tu od r. 1775 zaczął badać srożącą się wśród bydła ospę, a spostrzegłszy fakt, na który miała mu zwrócić uwagę wiejska dziewczyna, że ospa krowia chroni od zarażenia się ospą ludzką, przedsiębierze szereg doświadczeń i ogłasza swoje nieśmiertelne odkrycie w broszurze p. t. »An inquiry into the causes and effects of the cow-pox, or variolae vaccinae« (Londyn 1798 r.). Sława nowego odkrycia rozeszła się szybko po świecie i wyniosła Jennera na godność prezydenta założonego na jego cześć »Royal Jennerian Society«. Umarł 26. stycznia 1823 r.

15. maja 1847 r. odkrywa Ignacy Filip Semmelweis przyczynę gorączki połogowej w zakażeniu przez macicę, a teorya jego, ogłoszona 1861 r. w epokowem dla położnictwa dziele: »Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kinderbettfiebers«, sprowadza w położnictwie taki sam zbawienny zwrot, jaki wywołał Lister w chirurgii. Urodzony 1. lipca 1818 r. w Budzie, studyuje w Peszcie i w Wiedniu, gdzie od 1846 r. był asystentem kliniki położniczej. Pierwsze jego rozprawy o przyczynie gorączki połogowej wywołały gwałtowną opozycyę tak, że zmuszony był opuścić asystenturę, przeniósł się do Pesztu, gdzie wprawdzie 1855 zostaje profesorem, ale podjazdowa walka jego przeciwników nie ustaje i przyczynia się w końcu do wybuchu choroby umysłowej, która kładzie kres jego życiu 13. sierpnia 1865 r. w zakładzie obłąkanych w Doebling pod Wiedniem. Dopiero po jego śmierci oceniono powszechnie wielką doniosłość jego teoryi, a w 30 lat później, dnia 2. maja 1894 r. odsłonięto w Peszcie podczas VIII. Zjazdu higienicznego jego pomnik i w pochwalnych mowach starano się zatrzeć krzywdę, wyrządzoną mu za życia.

20. maja 1619 r. umiera Girolamo Fabrizio ab Aquapendente, urodzony 1537 r., profesor anatomii w Padwie i głośny chirurg, autor prac o zastawkach żylnych, nauczyciel słynnego Harveya, fundator wspaniałego padewskiego teatru anatomicznego.

26. maja 1569 r. umiera Guido Guidi, zwany także Vidus Vidius, znakomity anatom, odkrywca *Canalis Vidianus*, lekarz nadworny Franciszka I. w Paryżu, potem profesor w Pizie. Dzieło jego, wydane po śmierci autora, dopiero 1611 r., p. t. »Ars medicinalis«, zawiera w III. części, poświęconej anatomii, ciekawe badania nad budową mózgu.

* * *

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galic. przestrzega Kolegów przed obejmowaniem posady lekarza miejskiego w Krystynopolu bez porozumienia się z Izbą.

Bliższe szczegóły, odnoszące się do tej posady, znajdują się w protokole z posiedzenia Wydziału z dnia 6. kwietnia 1907 r. (Sprawozdanie za kwiecień).

Dr Festenburg, Prezydent Izby lekarskiej.

Państwowy Związek organizacyi lek. austr. ostrzega przed przyjmowaniem posady lekarza gminnego w Standing na Śląsku, ponieważ lekarz, który tę posadę porzucił, pozostaje jednak dalej na miejscu, a dwóch lekarzy utrzymaćby się tam nie mogło. Dokładniejszych wiadomości udziela prezes organizacyi śląskiej, dr Swoboda, w Skrochowicach (Śląsk austr.). — Prezes Związku: *Dr Janeczek*.

Państwowy Związek organizacyi lek. austr. wzywa lekarzy, by jaknajliczniej kandydowali na posłów do parlamentu, a o ile nie kandydują sami, by domagali się od kandydatów w zamian za poparcie przy wyborach uwzględnienia postulatów następujących: 1) ordynacya stanowa według przedłożonego już parlamentowi projektu; 2) państwowa ustawa sanitarna; utworzenie ministerstwa sanitarnego; zmiana ustawy o epidemiach w duchu nowoczesnym; uregulowanie stosunków służbowych lekarzy, 3) reforma ubezpieczenia robotniczego, uwzględniająca potrzeby lekarzy. *R.*

Stosunki lekarzy gminnych dolnoaustryackich maluje dosadnie fakt, którego opis nadesłało nam prezydyum Państwowego Związku organizacyi lek. austr. W pewnej gminie w wysokich górach, odciętej od świata prawie przez cały rok, istniała posada lekarza gminnego, dość licho płatna. Lekarz ten miał obowiązek leczyć 1600 mieszkańców na przestrzeni 130 klm.² najgorszego terenu. Znalazł się jednak lekarz, który zdołał tam wytrzymać 4 lata; w końcu jednak, zrujnowawszy zdrowie, musiał posadę wypowiedzieć. Otóż gmina oświadczyła, że z dniem wypowiedzenia (nie z dniem ustąpienia z posady) odbiera mu przydzielone mieszkanie! Następcy zaś jego przyznać chce gmina już tylko część tego mieszkania, zabierając resztę dla pisarza gminnego! Pytanie tylko, czy gmina następcę znajdzie? *R.*

Kasa pogrzebowa Towarzystwa Samopomocy wypłaciła dotąd 11 rodzinom lekarzy 4,124 K jako premie pogrzebowe, (obecnie dosięgające 400 K każda). Działalność kasy pouczyła, jak niezmiernie użyteczną jest ta instytucya i jak była potrzebną. Już kwota 400 K, wypłacana wdowie natychmiast po śmierci męża bez żadnego wezwania z jej strony, stanowi, jak się pokazało, nieocenioną nieraz, bo doraźną pomoc. Gdyby do kasy należeli wszyscy członkowie Samopomocy, to premie pogrzebowe wynosiłyby po 1,400 K; gdyby należeli wszyscy lekarze galicyjscy, to możnaby każdej wdowie zapewnić poważną sumę 2,800 K. Niestety należy dotąd do kasy tylko 200 kolegów. Toteż skarbnik kasy, doc. Braun (Kraków, ul. Dietla 95), zachęca gorąco do przystępowania do kasy, temwięcej, że jedyną opłatą jest $2^1/_2$ K w razie śmierci jakiegoś członka kasy. *R.*

Stan i potrzeby szpitali w Łodzi omawiał dr Sterling w Łódzkim oddziele Towarzystwa hig. (»Zdrowie« 4). Gdy nawet Warszawa, cierpiąca na straszny brak szpitali, ma na 10,000 ludności 39 łóżek, to Łódź ma zaledwo 23,6! Z ogólnej liczby łóżek, 731, jest zaledwo 92 publicznych, reszta w szpitalach prywatnych! Wzorowo urządzony jest jedyny szpital dla dzieci im. Maryi Anny; w innych są mnogie braki zasadnicze, przepełnienie, brak odzieży i bielizny, zamało służby. Wogóle ma Łódź ledwo $^1/_3$ tej liczby ogólnej łóżek, jakiej koniecznie potrzebuje, połowę tej liczby łóżek dla robotników, jaką przepisuje prawo. Natychmiast są potrzebne: przejęcie szpitala Czerwonego Krzyża przez miasto i zwiększenie w nim liczby łóżek ze 1000 na 200, zasiłki od miasta dla szpitala Maryi Anny i żydowskiego, urządzenie we wszystkich szpitalach kamer do odkażania i oddziałów zakaźnych, a przynajmniej jednej wspólnej pracowni szpitalnej, (honorowy) inspektorat szpitalny. W najbliższej przyszłości są potrzebne: budowa 2 szpitali miejskich po 800 łóżek i szpitala robotniczego na 300 łóżek. *R.*

Towarzystwo higieniczne warszawskie ogłosiło właśnie sprawozdanie za r. 1906 (»Zdrowie« 4). Towarzystwo objęło plac w Warszawie, darowany przez miasto, ale na budowę na nim mianowicie, że kankroina nie jest środkiem leczniczym, że przeto zebrać zdołano z dwóch (świetnych artystycznie) widowisk ledwo 523 rbs.; przyjęło darowane przez p. Z. Kurtza 33 morgi gruntu pod budowę zakładu dla alkoholików w Otwocku; poczyniło dalsze kroki celem uzyskania placu pod budowę Muzeum higieny ludu w Częstochowie. Utworzono nowy wydział higieny życia domowego i 2 stałe delegacye: w sprawie zapobiegania ślepocie, oraz badania i zwalczania raka. Delegacye w sprawie reglementacyi prostytucyi i w sprawie potrzeb zdrowia publicznego w projektach samorządu opracowały odpowiednie memoryały. Wydziały Towarzystwa zajmowały się głównie urządzaniem odczytów (wychowawczy urządził 8, biologiczny 5, przeciwalkoholiczny 7, zdrojowisk i przeciwgruźliczy po 2, higieny szpitali i higieny ludowej po 6, higieny domowej 4). Organ Towarzystwa »Zdrowie« wydał na 842 stronach 35 prac oryginalnych, nadto liczne streszczenia, korespondencye i t. d.; szereg zeszytów poświęcono w całości specyalnym działom higieny. — Pomimo niesprzyjających warunków społecznych i politycznych imponującą była działalność prowincyonalnych oddziałów Towarzystwa, których było 6 (Kalisz, Lublin, Łódź, Płock, Przasnysz, Radom). Działalność ta, w przeważnej części skierowana na pole praktyczne, wypełniała drogą samopomocy społecznej po części i te zadania, które gdzieindziej przypadają czynnikom urzędowym; szczególniej rozwijały taką działalność w zakresie policyi sanitarnej sekcye »biologiczne« oddziałów, oprócz których to sekcyi istniały w oddziałach prowincyonalnych sekcye: mleczarskie (»Kropli mleka«), wychowawcze (higiena wieku dziecięcego i higiena szkolna), ludowe, przeciwalkoholiczne, odczytowe. — Instytut higieny dziecięcej im. bar. Lenvala

w Warszawie, zarządzany przez oddzielny komitet Towarzystwa hig., obsłużył w r. 1906 7,504 dzieci, wydał 44,485 kąpieli, 143,445 buteleczek mleka pasteryzowanego dla niemowląt, wykonał 1,221 szczepień krowianki, udzielił 7,504 porad lekarskich (prócz 1,999 dentystycznych) i t. d., kosztem 7,452 rbs. — Instytut im. Raua urządzał dla dzieci: ślizgawkę, zabawy letnie (w 8 ogrodach — 192,876 uczestników wszystkich zabaw, średnio 195 dzieci dziennie w każdym z ogrodów, 1,560 we wszystkich ogrodach), zabawy z posiłkiem, zabawy jesienne, wydawał kąpiele ciepłe i wiślane, uczył pływania i śpiewu; ogółem korzystało ze wszystkich tych urządzeń 355,729 dzieci, a wydano na to wraz z administracyą 11,327 rbs., średnio 3·18 kopiejki na jedną zabawę jednego dziecka. Bilans instytutu Lenvala zamyka się cyfrą 103,322·04 rbs., bilans ogrodów Raua cyfrą 332,692·23 rbs., bilans sanatoryum w Rudce cyfrą 187,068·71 rbs. (na budowę wydano 119,572 rbs.). Towarzystwo liczyło 485 członków rzeczywistych i 191 zwyczajnych. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 14. do 20. kwietnia 1907 doniesiono o 45 nowych przypadkach duru plamistego w 13 gminach, a mianowicie: pow. Horodenka (Dąbki 9, Głuszków 3), Jaworów (Zawadów 2, Nahaczów 5), Mościska (Małnów 2), Nadwórna (Dobrotów 2, Zarzecze 4, Pasieczna 1, Zielona 5, Łanczyn 1), Peczeniżyn (Utoropy 1), Rawa (Biała 9), Zborów (Jarosławice 1) i 1 przypadku nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w m. Krakowie (stwierdzony bakteryol.). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 16. do 20. IV. 1907 przypadków: błonicy 1 (w tem obcy 1), krztuśca —, ospy —, płonicy 6 (1 † 1), duru brzusznego 1 († 1). *S.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 16. do 20. IV. 1907 urodziło się dzieci żywo 55, nieżywo 8; zmarło osób 60 (w tem obcych 22), z tych z gruźlicy 16 (8), zapalenia płuc 8 (3). *S.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 14. do 20. IV. 1907 przypadków: błonicy 6 (w tem obcych 3), krztuśca 6 † 1 (3), płonicy 5 † 1 (1), odry 1, duru brzusznego 1, nagminnego zapalenia opon 2 (2), gorączki połogowej 1. *L.*

Epidemia duru powrotnego w Warszawie szerzy się coraz bardziej i staje się groźną, czemu sprzyja zupełny już brak miejsca w szpitalach. Celem jej zwalczania wyznaczono 2 osobnych lekarzy i 5 sanitaryuszy.

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Wystawa zjazdowa zaczyna budzić coraz większe zainteresowanie. Dowodem tego jest poparcie ze strony różnych sfer społeczeństwa. I tak dzięki szczodrobliwości kuratora Muzeum im. Dzieduszyckich ordynata Tadeusza hr. Dzieduszyckiego będzie stanowiło Muzeum to integralną część wystawy w ten sposób, że przez cały czas trwania jej, z wyjątkiem poniedziałków, będzie ono w godzinach przeznaczonych dla zwiedzenia wystawy także otwarte dla zwiedzających. Przytem okazy mające większą wartość dydaktyczną i naukową, zostaną wysunięte na pierwszy plan i oznaczone odmiennymi napisami. Dla tem większego zaś ułatwienia zwiedzenia Muzeum otrzyma każda osoba, kupująca katalog wystawowy na placu wystawy, bezpłanie przewodnik po Muzeum. Jeśli się uwzględni, z jakim trudem i kosztem połączone będzie takie stałe otwarcie Muzeum dla celów wystawowych, to kuratorowi jego należy się szczera za to wdzięczność.

Firma Antoni Skarżyński i Spka w Buffalo w Ameryce przesłała bezinteresownie na rzecz wystawy kwotę 104 dolarów t. j. około 500 koron, a nadto bierze sama udział, jako wystawca.

Fakty te budzą nadzieję, że podjęte przez komitet organizacyjny dzieło powiedzie się w całej pełni.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 24. IV. b. r. posiedzenie, na którem 1) prof. Kader przedstawił: a) chorego, u którego wykonał wycięcie krtani z powodu raka, a potem z powodu nawrotu rozległą operacyę doszczętną (z wycięciem tętnicy szyjnej wspólnej lewej), b) chorego, u którego z pomyślnym wynikiem operował stopy płaskie (wyjęcie k. łódkowatej prawej, klinowej lewej, tendoplastyka); 2) doc. Horoszkiewicz okazał narzędzia sekcyjne nowego typu (Simmondsa); 3) dr Rapoport wykładał o »Enuresis«. W dyskusyi przemawiali: prof. Ciechanowski, Kader, Rosner i dr Rydel.

— Lica sądowe ze śladami krwi musiały sądy odsyłać do badania zapomocą surowic dotąd z urzędu do Wiednia. Rozporządzenie ministerstwa sprawiedliwości, znoszące tę wyłączność, odnosi się do wszystkich zakładów sądowolekarskich w Austryi; a więc zarówno do zakładu lwowskiego, jak i krakowskiego, będą odtąd odpowiednie sądy przesyłać ślady krwi do badania.

— Według zasięgniętych umyślnie przez nas wiadomości zarządziły władze sanitarne rządowe już przed szeregiem tygodni wszelkie potrzebne środki celem stłumienia epidemii duru brzusznego, panującej w jednej z gmin powiatu krakowskiego, a wspomnianej w Nr 16 »Przeglądu lek.« Toteż w ostatnich tygodniach epidemia ta coraz bardziej się zmniejsza. Ci mieszkańcy gminy, którzy dopuścili się obejścia przepisów, ograniczających stosownie wywóz mleka do Krakowa, będą surowo ukarani. Połączone działanie władz sanitarnych miasta i powiatu usunie niewątpliwie wszelkie niebezpieczeństwo.

— Magistrat krakowski nakazał pod karą nosić suknie kobiece na plantacyach w ten sposób, aby treny nie dotykały ziemi i nie wzniecały pyłu.

— Dyplom doktorski otrzymał p. S. Moskała.

— Pomnik Sebastyana Petryceego, profesora wszechnicy Jagiellońskiej, słynnego lekarza (* 1554 † 1626) ma być wzniesiony w rodzinnem jego mieście, Pilznie (w Galicyi) i odsłonięty 17. lipca b. r.

— Nowy budynek szpitalny w Nowym Sączu oddany został do użytku z początkiem kwietnia.

— Prawie zupełny zbiór roczników »Przeglądu lekarskiego« (od r. 1868 po rok bieżący), z pierwszych kilku lat oprawiony, z dalszych uporządkowany (kompletny), ma jeden ze starszych kolegów na prowincyi bardzo tanio do zbycia. Bliższych szczegółów udzieli chętnie Redakcya »Przeglądu lek.«

Lwów. Krajowa Rada Zdrowia wydała na posiedzeniu w d. 10. IV. b. r. opinię o planach kliniki psychiatryczno-neurologicznej w Krakowie, oświadczając się większością głosów także za utworzeniem w tej klinice miejsc płatnych; nadto rozpatrywała sprawę przepisów sanitarnych przy wywozie i sprzedaży starej odzieży.

— Komitet gospodarczy X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich ogłosił w pismach lwowskich wezwanie do składek na pomnik M. Nenckiego. Datki nadsyłać należy na ręce sekretarza głównego, doc. dra Szulisławskiego (Biuro sanitarne Namiestnictwa). Nadmiar datków oddany będzie Kasie im. Mianowskiego w Warszawie dla uczczenia pamięci Nenckiego w sposób stosowny.

— Dyplom doktorski otrzymały pani Olga Brillowa, żona lekarza, dra M. Brilla i p. Marya Jasinicka.

Warszawa. Na zebraniu Stowarzyszenia lekarzy polskich w d. 19. IV. b. r. zdawali dr Zenczykowski i dr Winiarski sprawę z projektu pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej, opracowanego przez ministerstwo. Dr Winiarski wskazywał, w jakim duchu należałoby projekt zmienić, podkreślając przedewszystkiem, że w zarządzie i organizacyi pomocy lekarskiej powinni mieć udział robotnicy na równi z pracodawcami i że ostateczne rozstrzygnięcie sprawy należałoby pozostawić instytucyom samorządowym.

— Lekarze, którzy uzyskali dyplom na uniwersytetach zagranicznych, będą mogli nostryfikować się w uniwersytetach rosyjskich jedynie za osobnem pozwoleniem ministeryum oświaty.

Z różnych stron. Na pamiątkę 100-letniego jubileuszu »Instytutu operatorów« przy klinikach wiedeńskich, który obchodzono uroczyście w marcu b. r., ukazała się nakładem księgarni Wilhelma Braumüllera w Wiedniu książeczka, obejmująca historyę Instytutu pióra prof. Eiselsberga i Hochenegga, »wspomnienia« prof. Winiwartera, mowy prezesa wied. Towarz. lek. prof. Chrobaka i prof. Aleks. Fraenkla, wreszcie zestawiony przez drdr Richtera i v. Saara spis kierowników, asystentów i wychowanków Instytutu. Książeczkę zdobią portrety lorda Listera, założyciela Instytutu prof. Kerna i podobizna dyplomu »operatora« z r. 1819.

— Sąd handlowy wiedeński po przesłuchaniu prof. Eiselsberga i Neussera, jako znawców, odrzucił skargę b. prof. Adamkiewicza przeciw firmie Mercka o odszkodowanie w kwocie 250,000 Mk. za zerwanie układu o sprzedaż kankroiny. Sąd uznał

firma Mercka nie może być zmuszoną do sprzedawania tego przetworu, ani nie jest zobowiązaną do odszkodowania »wynalazcy«, (który teraz musi ponieść koszta sądowe).

— Dla zebrania funduszu na zwalczanie śmiertelności osesków, gruźlicy i t. d., wypuszczono w Niemczech »marki dobroczynności« po 5 fenigów.

— Na wszechnicach rosyjskich nie ustaje ruch młodzieży, wiodący nieraz do zajść czynnych (jak np. niedawno w Akademii lekarskiej w Petersburgu, gdzie młodzież pobiła się między sobą), do bojkotowania wykładów (w Kijowie) i t. d. Petersburską Akademię znowu zamknięto, uniwersytetowi moskiewskiemu zagraża zamknięcie.

Mianowani: anatom prof. Klaatsch z Heidelbergu profesorem etnografii we Wrocławiu; dr G. Fischer profesorem dentystyki w Gryfii; dr Grimbert profesorem chemii fizyol. w Paryżu.

Redakcya otrzymała: R. c. dr. E. Krzyżanowski: Sprawozdanie miejskiego biura sanitarnego w Buczaczu za rok 1906. — R. c. dr A. Zagórski i dr J. Teller: Sprawozdanie miej.kiego biura sanitarnego w Rzeszowie za r. 1906.— Fraenkel: Die Zentenarfeier des Operateur-Institutes d. Wien. med. Fakultät. Wiedeń 1907. Braumüller (2 kor.). — Sędziak: 1) Üb. d. Zusammenhang von Störungen in den oberen Luftwegen mit Krankheiten des Zirkulationsapparates. Odb. »Med. Klin.« 1907. 2) Zaburzenia nosowe, gardlane, krtaniowe i uszne w przebiegu chorób narządów płciowych. Odb. »Gaz. lek.« 1907. — Janowski: 1) Üb. die Interkostalneuralgie besonders vom Standpunkte der Klagen des Kranken aus. Odb. »Ther. d. Gegenw.« 1907. 2) O badaniu zapasowej energii serca zapomocą ucisku na tętnice biodrowe i t. d. Odb. »Czas. lek.« 1907; to samo po niemiecku »Wien. kl. Woch.« 1907. — Steinsberg: Über die Behandlung der Bleichsucht mit heissen Moorbädern. Odb. »Berl. kl. Woch.« 1907.— »Księga Zdrowia«. Przekład polski pod redakcyą dra Wład. Hojnackiego. Lwów 1907. Nakład księgarni polskiej B. Połonieckiego. Tomów 4, około 3500 str. z 432 rycinami w tekście i 124 tablicami kolorowanemi. Cena (w oprawie) 30 kor. — Li Virghi: Sulla etiologia della prostatite cronica e della ipertrofia prostatica. Milano 1907.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w kwietniu 1907: *Gazeta lekarska Nr 11—14:* Zięciakiewicz: O wpływie nieprawidłowej emisyi na zaburzenia głosowe u śpiewaków i śpiewaczek. Bregman i Steinhaus: Nowotwory przysadki i okolicy przysadkowej (c. d.). Pyrz i Janowski: Polemika. Świątecki: Owrzodzenie jamy ustnej u dzieci o niezwykłych cechach klinicznych. Łuczycki: Przypadek głuchoty histerycznej przy objawach znieczulenia ogólnego. Rydygier: O zwichnięciach w stawie biodrowym. Handelsmann: Przyczynek do działania wstrzykiwań śródżylnych ekstraktów nadnerczy u królików. — *Medycyna Nr 13—16:* Janowski: S. p. B. Dzierżawski. Ettinger: Uwagi nad znaczeniem badania cytoskopowego płynów wysiękowych i przesiękowych. Lassaud i Wertheim: Przypadek ciąży pozamacicznej o przebiegu niezwykłym. Wasserthal: O znaczeniu wiciowców znajdowanych w wypróżnieniach przy achylia gastrica. Gaszyński: Przypadek cięcia cesarskiego. Klamry bezpieczeństwa. Pelveografia. Sterling Wł.: Odpowiedź na artykuł Pechkranza p. t. Krzywica młodzieńcza. Arnstein F.: O leczniczem działaniu wody Kissingen-Rakoczy przy domowem jej użyciu. Pechkranc: Odpowiedź dr Sterlingowi. Leśniowski: O nowoczesnem leczeniu operacyjnem porażeń dziecięcych pochodzenia rdzeniowego. Koral: Dwa przypadki nagłej śmierci u ssawców. Sterling: Jeszcze z powodu t. zw. krzywicy młodzieńczej. — *Kronika lekarska Nr 6—7:* Biehler Matylda: O nowym przetworze odżywczym pod nazwą Albuminoza. Miklaszewski: Kąpiele słoneczno-powietrzne (c. d.). Giedroyć (c. d.). — *Nowiny lekarskie Nr 4:* Gerzabek: O trudnościach rozpoznawczych w przypadkach uwięźniętych przepuklin udowych. Ehrenpreis: Kilka słów o świerzbiączce sromu. — *Tygodnik lekarski Nr 13—16:* Marischler: Nowsze kierunki badania moczu u chorych z zapaleniem nerek. Franke: O niemiarowości ruchów serca na tle skurczów dodatkowych (dok.). Papée: Nadzór lekarski nad prostytucyą. Popielski: Adrenalina i środki podnoszące ciśnienie krwi. Lewicki i Szczepański: Badania nad działaniem »Wody Krościeńskiej«. — *Głos lekarzy Nr 7—8:* Mikołajski: 1) Czy visa reperta podlegają ostemplowaniu? 2) Stosunki zdrowotne Lwowa. — Sprawy sanitarne krajowe. Potrzeba drugiej siły lekarskiej w Wydziale krajowym. — Salpeter M.: Prolegomena do Walnego Zgrom. Tow. lek. galic. Wątorek: W sprawie ubezpieczenia lekarzy. Pacyna: Krytyka projektu dra Wątorka. — Warunki osiedlenia się lekarzy w Brazylii. — *Krytyka lekarska Nr 4:* Rzętkowski: Szkoła a lekarz. Łagowski: W sprawie zniesienia stanu felczerskiego. — *Kronika dentystyczna Nr 4:* Kohn: Przedziurawienie twardego podniebienia, powstałe z przyczyny miejscowej sprawy gruźliczej. Krakowski: O plombach porcelanowych (c. d.). — *Przegląd higieniczny Nr 4:* Ogórek: Zadania obywatelskie kobiet w Polsce wobec klęski alkoholizmu (dok.). Panek: Higiena turysty (dok.). Lewiński: Higiena budowli (dok.). — *Zdrowie Nr 4:* Wernic: Reforma ubrania uczniów szkół średnich. Idzikowski: Szkoła początkowa drogi żel. warsz.-wied. w Zbikowie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 1. maja o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Doc. Rutkowski: Demonstracye. 2) Prof. Kader: Demonstracye chorych po operacyach w zakresie przewodu pokarmowego. 3) Dr Flis: O potrzebie organizacyi lekarzy.

Po posiedzeniu wspólna wieczerza.

Rok XLVI. Kraków, dnia 4. maja 1907. Nr 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

O leczeniu wiewióra ostrego u mężczyzn.

Podał

Dr Eugeniusz Borzęcki

prymaryusz oddziału.

(Dokończenie.)

Nie zbyt zachęcające wyniki leczenia miejscowego wiewióra części przedniej w okresie ostrym, jak wyżej zaznaczyłem, sprawiły, że z czasem zacząłem wskazania do tej metody coraz więcej ścieśniać z całą świadomością, że skoro nie uda mi się przy leczeniu miejscowem ograniczyć sprawy na odcinek przedni, zajmie ona prędzej czy później część tylną i dać może powód do wynikających stąd powikłań Do wyjątków bowiem, bardzo odosobnionych, zaliczyćby przyszło te przypadki, w którychby wiewiór ostry części przedniej przy leczeniu tylko środkami wewnętrznymi nie zajął odcinka jej tylnego. Chociaż bowiem wielu ze środków, podawanych wewnętrznie, tak na podstawie badania chemicznego, jak i spostrzeżeń klinicznych, nie można odmówić działania przeciwgnilnego, to jest ono przecież zbyt rzadkie i krótkie (gdyż tylko w ciągu aktu oddawania moczu), nadto zbyt tylko powierzchowne, by środki te mogły stanowić przeszkodę w posunięciu się dwoinek wiewiórowych w dalszą część cewki. Co się tyczy częstości przejścia wiewióra ostrego do tylnego odcinka cewki, to dane statystyczne, zebrane przez różnych autorów, różnią się dosyć od siebie. I tak: Jadassohn (42) podaje w przypadkach, które trwają nie dłużej jak 4—6 tygodni, 87·7%. Letzel (43) 92·5% przy trwaniu 7—10 tygodni, Rona (44) 62% przy 8—10 tygodniach trwania, Finger (45) 63% w swojej praktyce prywatnej, 82% wśród materyału poliklinicznego.

Zdania Lanza, że na częstość wystąpienia wiewióra tylnej części cewki nie ma wpływu ani leczenie miejscowe, ani leczenie środkami wewnętrznie podawanymi, podzielać nie można. Zgoda co do drugich; ale, że leczenie miejscowe ostrego wiewióra przedniego odcinka cewki, jeżeli da wynik dodatni, tem samem nie pozwala posunąć się sprawie ku tyłowi — to rzecz jasna. Że wstrzykiwania płynów nieodpowiednich, n. p. ściągających, w okresie ostrym mogą wprost mechanicznie posunąć sprawę ku tyłowi, nie ulega wątpliwości. Christiani (46) leczył 150 przypadków wiewióra ostrego miejscowo, drugie 150 tylko środkami podawanymi wewnętrznie; w pierwszym szeregu przypadków spostrzegał zajęcie tylnego odcinka 32 razy, w drugim 12. Praca oryginalna nie była mi dostępną; jeżeli jednak liczby te odnoszą się do wiewióra ostrego, to w obu szeregach przypadków dziwnie niski jest odsetek zajęcia tylnej części.

Wracając, po tem małem zboczeniu od przedmiotu, do omawianej grupy wiewióra ostrego przedniej części cewki, obierzemy raczej w leczeniu drogę dłuższą przy podawaniu tylko środków wewnętrznych, zachowaniu wskazówek higienicznych i dyetetycznych, przygotowani na to, że w krótkim czasie sprawa zajmie odcinek tylny.

W tej postaci wiewiór ostry stanowi chyba dla każdego lekarza ścisłe przeciwwskazanie do podjęcia leczenia miejscowego i to nietylko z powodów wyżej przytoczonych, ale nadto i dlatego, że skoro jest zajęty tylny odcinek cewki, to dla zastosowania jakichkolwiek środków miejscowych konieczne jest wprowadzanie cewników, a z niem obawa wtórnych, cięższych, niż sam wiewiór, zakażeń. Błona śluzowa rozpulchniona; wskutek złuszczenia się nabłonka powstają miejsca błony śluzowej, z niego obnażone i stwarzają się przez to wrota łatwego zakażenia bakteryami ropnemi. Nie pozostaje nam inna droga, jak przy leczeniu objawowem, dyetetycznem, przeczekać okres ostry i kiedy ten minie, rozpocząć leczenie miejscowe. Dłuższa to droga, ale pewniejsza i nie narażająca chorego na niebezpieczeństwo, jakie wyniknąć może ze zbyt pohopnie podjętego leczenia miejscowego. Co do mnie, to nigdy nie żałowałem tej pozornej zwłoki w rozpoczęciu leczenia środkami miejscowymi, za to widziałem wiele niepożądanych następstw, jako wynik zabiegów miejscowych, w ostrym okresie wiewióra za wcześnie podjętych.

Że i powikłania, z samego wiewióra pochodzące, a przedewszystkiem zapalenia najądrza przy takim planie leczenia wydarzają się tylko bardzo wyjątkowo, nie ulega wątpliwości. Oto w krótkości dane statystyczne różnych klinicystów: Finger z polikliniki podaje 12·5%, Blaschko 7·5%, Berg 7·5%, Jordan 11·7%; liczby te są znacznie większe, jeżeli weźmie się w rachubę przyjętych do oddziałów z wiewiórem; według Fingera odsetek ten podnosi się na 29·9%, Rottera 27·0%, Simonisa 27·5%. Do oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza przyjęto w ciągu lat 1902, 1903 i 1904 wogóle 359 przypadków wiewióra ostrego z równoczesnem zapaleniem najądrza w 82 przypadkach, co odpowiada 24%. W pozostałej liczbie 277 wystąpiło zapalenie najądrza w ciągu leczenia i pobytu chorych w oddziale 7 razy, co odpowiada mniej więcej 2·5%. Tej małej ilości nie można przyjąć za przypadkową, tem więcej, że powyższa statystyka obejmuje materyał z lat trzech.

Przy tak stosowanem leczeniu, polegającem głównie na podawaniu środków wewnętrznych, odpowiednio dostosowanych do nasilenia sprawy chorobowej, osiągamy w ciągu 2—3 tygodni, w nielicznych przypadkach później, pożądaną poprawę w tem znaczeniu, że stopień nasilenia stanu zapalnego, tak przedmiotowo, jak i podmiotowo znacznie się zmniejszył, wypływ ropny z cewki ustąpił miejsca wydzielinie śluzowo-ropnej, a co najważniejsza, że równocześnie sprawa w większości przypadków ustąpiła z odcinka tylnego cewki. Wytłómaczyć tej zmiany nie możemy inaczej, jak w ten sposób, że w ciągu tego czasu dwoinki wiewiórowe opuściły głębsze warstwy błony śluzowej, czy to wskutek działania swoistego, o jakiem mówi Finger, czy wskutek miejscowego uodpornienia tkanki przez wytworzone toksyny; sprawa przybrała cechy zajęcia raczej tylko warstw nabłonkowych, a więc stanu nieżytowego, który też klinicznie jako taki się przedstawia. Ten okres dla leczenia miejscowego daje korzystne warunki i pozwala wnosić, że użyte środki zetkną się i zadziałają na obecne jeszcze dwoinki. Jeżeli przy omówionem leczeniu w okresie ostrym udało się usunąć sprawę z odcinka tylnego, to rzecz oczywista, że leczenie miejscowe ograniczymy tylko do zabiegów, uwzględniających tylko przednią część cewki, a więc do wstrzykiwań, jeżeli zaś odpowiednie badanie wykaże, że sprawa nie ustąpiła całkowicie z części tylnej, to równocześnie obok wstrzykiwań stosować wypadnie tą, czy ową metodą środek ten sam na odcinek tylny. W wyborze środków pierwszeństwo damy tym, które obok dostatecznego działania odkażającego posiadają zdolność działania w głąb tkanki, a więc przedewszystkiem połączeniom azotanu srebra. Co do samych wstrzykiwań, to nacisk położyć należy na to, by były robione bardzo regularnie, o ile można w pewnych równych odstępach czasu, często, a płyn wstrzyknięty zatrzymywany przynajmniej 5—6 minut, jeżeli już nie dłużej (10—15 według Neissera). Takie systematyczne leczenie polecamy prowadzić około 3 tygodni, badając w pewnych odstępach czasu wydzielinę z cewki co do dwoinek wiewiórowych; z reguły stwierdza się ich brak.

Po tym czasie chory zaprzestaje wszelkiego dalszego leczenia i zostaje poddany obserwacyi, która u chorych, leczonych w oddziale, trwa średnio 3—5 dni. Wynik ujemny nie da na siebie długo czekać; w ciągu 3—4 dni od ostatniego wstrzyknięcia pojawia się z cewki wydzielina zrazu śluzowa, skąpa, w najbliższym dniu już ropna z licznemi dwoinkami. Trudniej wyrokować o wyniku dodatnim. Chorych, pozostających w oddziale, uważamy za wyleczonych, jeżeli w ciągu tej pięciodniowej obserwacyi nie stwierdziliśmy żadnej wydzieliny z ujścia cewki, albo jeżeli ona, gdy przecież ją zauważyliśmy, miała cechy tylko wydzieliny nieżytowej — bez dwoinek wiewiórowych. Oceniamy to dostatecznie, że ten krótki czas obserwacyi nie daje miary i nie jest bezwzględnie pewnym probierzem, czy wiewiór został zupełnie usunięty; względy jednakże natury ekonomicznej nie pozwalają na przedłużenie tego czasu. Jakkolwiek z wielu powodów sądzimy, że jesteśmy uprawnieni do przypuszczenia, iż tylko w niewielkiej liczbie przypadków wynik dodatni, przez nas stwierdzony, takim nie zostaje, to przecież statystyka na tym materyale nie może być podaną jako pewna i nie ulegająca krytyce. Ściślejszem pod tym względem będzie zestawienie takie, oparte na materyale prywatnie się leczących, gdzie obserwacya taka rozciągnąć się może na 10—14 dni, a nawet dłużej; bo jeżeli od chwili zaprzestania wszelkich zabiegów leczniczych w ciągu tak długiego czasu nie stwierdzimy żadnego, nawet podejrzanego objawu istniejącego wiewióra, to takiego wyniku nie można podawać w wątpliwość. Statystyka tego materyału z mojej praktyki wykazuje około 80% wyników dodatnich. Trzymając się w leczeniu wiewióra ostrego tego planu, jak go wyżej naszkicowałem, zaznaczyć muszę, że przynajmniej nigdy nie robiłem sobie wyrzutów, iż przez zbyt wczesne i pochopne stosowanie zabiegów miejscowych dałem powód do wyniknąć stąd mogących powikłań i zakażeń następowych. W końcu jeszcze jedna uwaga. Co do wiewióra ostrego panuje pod względem leczniczym niczem nie usprawiedliwiona, a często szkodliwa polipragmazya. Jakże często w ciągu leczenia takiego wiewióra bez wyraźnych wskazań poleca się choremu naprzemian to wstrzykiwanie środków przeciwgnilnych, to przeciwgnilno-ściągających, wreszcie ściągających i to często tylko dlatego, by dogodzić życzeniom chorego, który domaga się tej zmiany. Jak długo przyczyną sprawy, toczącej się na błonie śluzowej cewki, jest obecność dwoinek wiewiórowych, to wskazanie jest jedno: środki przeciwgnilne. Bezcelowe i niczem nieuzasadnione przerzucanie się z jednej grupy środków do drugiej, wywołuje tylko przeciąganie się sprawy chorobowej i opóźnia osiągnięcie wyniku leczenia.

Nie więcej usprawiedliwionem wydaje mi się leczenie równoczesne miejscowe i podawanie środków wewnętrznych. Środki wewnętrzne są *malum necessarium*, podyktowane stopniem nasilenia objawów zapalnych zbyt wielkiego, by można myśleć o leczeniu miejscowem. Skoro jednak raz zgodziliśmy się na użycie środków miejscowych, i to z natury rzeczy przedewszystkiem przeciwgnilnych, to zbyteczne jest podawanie równoczesne środków wewnętrznych nie mniej o tem działaniu, które w porównaniu z miejscowo użytymi prawie iluzorycznem wydać się musi. Albo jest wskazanie leczenia miejscowego, a w takim razie zbyteczne jest wprowadzanie leków drogą przewodu pokarmowego, albo nie ma takiego wskazania, a wtedy środki wewnętrzne są na czasie.

Gdyby chcieć poruszone tu sprawy ująć w formę wniosków, to byłyby one następujące:

1) W leczeniu ostrego wiewióra przedniego odcinka cewki, o ile na to pozwala stopień nasilenia objawów zapalnych, pierwsze miejsce należy się leczeniu miejscowemu środkami z grupy połączeń azotanu srebra.

2) Wiewiór ostry części przedniej z silnie rozwiniętymi objawami zapalnymi nie daje przy tem leczeniu korzystnych widoków co do wyników dodatnich.

3) Wiewiór ostry odcinka przedniego i tylnego jest przeciwwskazaniem do leczenia miejscowego.

4) W grupie pod 2) i 3) objętych przypadków wskazane jest przy zachowaniu się więcej biernem przeczekać aż do chwili, kiedy miną objawy ostre i wtedy przejść do leczenia miejscowego.

W tych krótkich słowach starałem się skreślić moje zapatrywania i podać drogi, jakich się trzymam w leczeniu wiewióra ostrego, z całą świadomością, że i te drogi nie zawsze prowadzą do wytkniętego celu, nie mniej jednak

dają rękojmię, że trzymając się ich, wyjątkowo tylko wskutek samego leczenia damy powód do niepożądanych powikłań.

Piśmiennictwo. 1) Archiv f. D. u. S. XXII. 918. — 2) Arch. f. D. u. S. XXIII. 675. — 3) Arch. f. D. u. S. XXV. 686. 5) — Arch. f. D. u. S. XXX. 145. — 5) Traitement methodique de la blenorrhagie. Medc. moderne 1896. — 6) Monatshefte f. pract. Derm. XXVI. — 7) Blenorrhoe der Sexualorgane 1905. — 8) Arch. f. D. u. S. XXIV. 123. — 9) Arch. f. D. u. S. XXIV. 802. — 10) Beiträge zur Diag. u. Therapie des Trippers. New-Yorker medizin. Woch. 1892. — 11) Arch. f. D. u. S. XXV. 681. — 12) Arch. f. D. u. S. XXV. 688. — 13) Arch. f. D. u. S. XXVII. 288. — 14) Wien. med. Blätter 1897. Nr 18. — 15) Monatshefte f. pract. Derm. XVIII. — 16) Arch. f. D. u. S. LX. — 17) Bulletin medical 1891. — 18) Arch. f. D. u. S. XXVII. — 19) Arch. f. D. u. S. XXII. 919. — 20) Lyon medical 1891. Nr 30. — 21) Journal des maladies cutan. 1890. 385. — 22) Gazette medicale de Paris 1892. — 23) Comment doit'on traiter la blennorhagie aiguë chez l'homme. Le Mercredi medical 1895. — 24) Traitement de la blennorhagie chez l'homme. Arch. medical de Toulouse 1896. — 25) Wien. med. Presse 1897. Nr 18. — 26) Über das Vorkommen der Gonococcen im Secrete der Urethraldrüsen. Wien. med. Presse 1894. — 27) Über die Behandlung der Gon. mit Argentum-Casein. Arch. f. D. u. S. 1895. — 28) Zur Behandlung der acuten Gon. mit Protargol. Dermat. Centralblatt. — 29) Über das Protargol als Antigonorrhoicum. Die Heilkunde. — 30) Über Largin. Wien. klin. Woch. 1898. — 31) Über den Werth und die Anwendungsweise des Protargol. Die Heilkunde 1901. — 32) Über die Bedeutung der Silbersalze für die Therapie der Gon. Münch. mediz. Woch. 1895. — 33) Arch. f. D. u. S. XLII. — 34) Zur Abortiv-Behandlung der Gon. Berl. klin. Woch. 1902. — 35) Die Behandlung der Gon. mit Albargin. Gazetta internaz. di Mediz. (Ref. Archiv f. D u. S. 1902). — 36) Zur Therapie der Gonorr. Therapie d. Gegenwart 1903. — 37) Über den Desinfectionswerth des Aethylendiaminsilberphosphats u. Aethylendiaminkresols nebst Bemerkungen über die Anwendung der Centrifuge bei Desinfectionsversuchen. Zeitschrift für Hygiene. Bd. XVI. — 38) Über die bactericide Wirkung des Argentum-Caseins. Zeitschrift f. Hygiene 1895. — 36) Über die desinfizierende Kraft des Largins. Wiener klin. Wochens. 1891. — 40) Arch. f. D. u. S. 1904. 297. — 41) Über die Reinzüchtung des Gonococcus 1897. — 42) Beiträge zur Lehre von der Urethr. posterior. I. Derm. Congress Prag 1889. — 43) Intern. Centralblatt f. Physiol. u. Pathol. der Harn- und Sexualorgane 1890. 284. — 44) Vermag der Compressor urethrae das Weiterschreiten der acuten Gonorrhoe verhindern. (Ref. Monatshefte f. pract. Dermat. 1891). — 45) Die Blenorrhoe der Sexualorgane 1902. — 46) Archiv f. D. u. S. XXVII. 286.

Spostrzeżenia z praktyki.

Powierzchowna martwica błony śluzowej pochwy w przebiegu zapalenia tkanki łącznej przymacicznej.

Podał

Dr Bernard Engländer

lekarz chorób kobiecych w Krakowie.

Poza połogiem wydalanie błon z części rodnych niewieścich nie zdarza się zbyt często. Objaw ten spotyka się w dwóch sprawach chorobowych, mianowicie przy miesiączce błoniastej *(dysmenorrhoea membranacea)*, gdzie wśród silnych bolów miesiączkowych odchodzą części błony śluzowej macicy z krwią i śluzem i w przypadkach poronienia ciąży zewnątrzmacicznej, gdzie wydostaje się na zewnątrz doczesna, powstała w macicy. Odchodzenie tych błon stanowi jeden zę stałych objawów w obu tych sprawach, toteż na obecności ich obok innych zmian przedmiotowych opieramy tu rozpoznanie. Przypadkowe jednakże odchodzenie błon z dróg rodnych niewieścich, samoistne lub pod wpływem takich środków leczniczych, które same przez się nie działają żrąco, należy do rzadkości. Dlatego pragnę opisać przypadek, który niedawno spostrzegałem.

W lipcu 1906 r. poddała się p. F. L. z powodu niepłodności operacyi rozcięcia ujścia zewnętrznego *(discissio)*. W jedenastym dniu po operacyi zachorowała wśród objawów żołądkowo-jelitowych, a wezwany lekarz domowy rozpoznał ostry nieżyt żołądka i jelit wskutek błędu w dyecie. Jednakże mimo przepisanego leczenia choroba nie ustępowała. Miałem sposobność chorą na trzeci dzień widzieć, a wtedy po zbadaniu przez pochwę rozpoznałem wysięk w przymaciczu tylnem. Pod więzadłami krzyżowo-macicznemi znajduje się wysięk, otaczający odbytnicę. Chora doznaje uczucia parcia na stolec, gorączkuje. Wśród stosownego leczenia (spokój, ścisła dyeta, okłady wysychające, a następnie nasiadowe ciepłe kąpiele, gałki ichtyolowe po 0·20) przebieg choroby był pomyślny; po 6 tygodniach wyzdrowienie. W piątym tygodniu choroby pojawiła się miesiączka niebolesna, 3 dni trwająca.

W jakiś czas potem zostałem wezwany ponownie do chorej, która oświadczyła mi, że przed chwilą coś z pochwy wyszło, przyczem nie było bolów, ani krwawienia. Oglądając wydalony strzęp, stwierdziłem, że ma on postać rurki, na palec długiej, cienkiej, stanowiącej dokładny całkowity odlew pochwy; na przedniej i tylnej ścianie widać poprzeczne fałdy (*columnae rugarum*) oraz resztki leku (ichtyol z masłem kakaowem). Błonę tę tworzy obumarły nabłonek pochwowy. Badanie pochwy dało wynik ujemny, na palcu krwi nie ma. Wziernika nie wprowadzano. Obecnie stan zdrowia dobry, miesiączka prawidłowa.

Przypuszczam, że obumarcie i wydalanie powierzchownej warstwy błony śluzowej pochwy, nastąpiło najprawdopodobniej pod wpływem działania gałeczek ichtyolowych, stosowanych ze względu na wysięk przymaciczny. O innej przyczynie trudno myśleć; nie mogły nią być chyba kąpiele nasiadowe; by one sprawę taką wywołały, musiałaby ciepłota wody być chyba nader wysoka, coby w pierwszym rzędzie wywołało oparzenie skóry i uniemożliwiło dłuższe przebywanie w kąpieli.

Podobny przypadek omawiał Fabricius (»Ctrbl. f. Gyn. Nr 8, 1907) na posiedzeniu Tow. ginekol. wiedeńskiego w dniu 20. listopada z. r.; przypadek ten dotyczył chorej 36-letniej, cierpiącej na silne bole miesiączkowe, leczonej tamponami glicerynowo-ichtyolowymi 5%. W tym przypadku odchodziły tylko kawałki błony śluzowej pochwy, odpowiadające wielkością wprowadzanym tamponom.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Prof. Dietrich. **Obecny stan doświadczalnych badań nad rakiem.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 3). Przeszczepiania raków próbowano już w 18. stuleciu, a mianowicie z jednych osobników na drugie, jednak z wynikiem ujemnym; udawało się tylko przeszczepianie w inne miejsce u tego samego osobnika. Próby przenoszenia nowotworów ludzkich na zwierzęta często zawodzą, lub też powstają tylko ziarniniaki. Wszystkie dotąd opisywane rzekome pasorzyty raka, jak i doświadczenia Podwyssockiego z *plasmodiophora brassicae*, Sanfelicego z drożdżami, Schmidta z pleśniami i t. p., jak zapewne i Doyena z *micrococcus neoformans*, nie wytrzymały naukowej krytyki. Kelling uważa komórkę rakową za komórkę innego gatunku zwierzęcego, która wtargnęła do danego ustroju, posiadając jeszcze wielką zdolność bujania. Zapatrywanie swe popiera Kelling odczynami hemolitycznymi i precypitującymi. Badania te i zapatrywania zostały jednak odparte przez Meinertza i Dungerna. Przeszczepianie tkanki zarodkowej celem wywołania nowotworu nie doprowadziło też do wyniku; co najwyżej wywołano sztuczne potworniakowate twory. Fischer przez wstrzykiwania szkarłatu R lub sudanu III wywołał bujanie nabłonka w kierunku atypowym w postaci sznurów i guzków, ale tylko przejściowe. Przypuszcza on, że do powstania raka potrzebną jest w ustroju obecność substancyi, wywołującej trwałe podrażnienie nabłonka (atraksyna). Najcenniejsze wyniki dotąd dały badania nad samorodnymi nowotworami u zwierząt, zwłaszcza u myszy. Z badań tych przekonano się, że można sztucznie zwiększać lub zmniejszać złośliwość nowotworów, dalej że rak zmieniać się może w mięsaka, a w końcu, że można zwierzęta uodporniać przeciwko nowotworom. Sticker stwierdził, że powtórne przyjęcie się nowotworu najłatwiej występuje po operacyi pierwotnego guza, co chirurgia potwierdza w całej pełni. Śródżylne wstrzykiwania cząstek nowotworów i surowica uodpornionych zwierząt wywołują często zanik istniejącego nowotworu. Leyden i Blumenthal pracują w tym kierunku celem wynalezienia surowicy rakowej dla człowieka. Doświadczalne badania zaprzeczają po większej części pasorzytowej teoryi raka. *Klęsk*

Schmid i Géronne. **O działaniu promieni Röntgena na zwierzęta pozbawione nerek; przyczynek do sprawy leukotoksyny.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 10, 1907). Według Linsera i Hellera promienie Röntgena niszczą ciałka białe, a z rozpadu tychże tworzy się w surowicy toksyna, działająca szkodliwie na ciałka białe i na nerki. S. i G. naświetlali zwierzęta pozbawione nerek i przekonali się, że u nich następuje jeszcze szybciej rozpad ciałek białych, gdyż toksyny nie mogą wydzielać się z moczem. *Klęsk.*

Arndt. **Badania hemolityczne przy schorzeniach na tle gronkowców.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 14). Po dodaniu do toksyny gronkowców kropli prawidłowej krwi spostrzegać można łatwo rozpuszczanie się czerwonych ciałek krwi. Własność ta jest cechującą głównie dla typu gronkowców chorobotwórczych. Dodanie antytoksyny wstrzymuje ten odczyn. Antytoksyna ta znajduje się w prawidłowej surowicy wielu zwierząt, zwłaszcza konia, a także (w większej ilości) w przebiegu zakażenia gronkowcami. Próba ta pozwala wykryć utajone zakażenie gronkowcami. Wynik ujemny nie wyłącza jeszcze zakażenia. A. wykonał badanie w 30 przypadkach i przekonał się, że 1) antytoksyna tworzy się nie nagle po zakażeniu, lecz stopniowo; 2) znajduje się ją nietylko w surowicy krwi, ale i w płynie z puchliny brzusznej, w wysiękach stawowych przy zapaleniu szpiku kostnego i t. p.; 3) naturalna odporność człowieka przeciwko stafilolizynie jest wrodzoną; 4) antytoksyna wytwarza się także w miejscu zakażenia, a gromadzenie się jej ułatwia przekrwienie bierne. *Klęsk.*

Medycyna wewnętrzna.

Max Löwy. **Stłumienie nad szyjną częścią kręgosłupa przy zmianach szczytów płuc.** (*Deutsche Medizinal-Ztg.* 1907, Nr 23). Jeżeli nawet tylko w jednej okolicy nadgrzebieniowej *(fossa supraspin.)* istnieje stłumienie w odpowiedniej wysokości i blizkości, to i nad szyjną częścią kręgosłupa stwierdza się stłumienie, którego dolna granica leży równo z dolną granicą stłumienia nad szczytem płuca; poniżej nad kręgosłupem odgłos jest jawniejszy. Jeżeli szczyt po jednej stronie od tyłu jest niżej ustawiony, to jawniejszy odgłos nad szyjną częścią kręgosłupa sięga tylko do górnej granicy jawnego odgłosu nad niżej ustawionym szczytem lub nieco tylko wyżej; jeżeli różnica górnych granic obu szczytów jest znaczniejszą, to nie dosięga on górnej granicy szczytu wyżej ustawionego. W przypadkach nieruchomości jednego szczytu odniósł L. wrażenie, że przy głębokim wdechu nie posuwa się odgłos jawny nad szyjną częścią kręgosłupa ku górze, wbrew temu, co bywa zazwyczaj. Nieruchomości oddechowej szczytu zdaje się przeto towarzyszyć nieruchomość granic odgłosu opukowego nad szyjną częścią kręgosłupa. Spostrzeżenia te L. potrzebują jeszcze potwierdzenia. L. sądzi jednak, że spostrzegane przez niego objawy mogą oddać usługi wtedy, gdy chodzi o potwierdzenie wątpliwych wyników opukiwania szczytów, o niepewne stłumienie nad szczytem lub niepewne różnice wysokości ustawienia szczytów i o rozróżnienie wyników opukiwania szczytów od objawów opukowych, mogących zależeć od napięcia mięśni.

Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

Genken. **W sprawie wzajemnego stosunku diazoreakcyi Ehrlicha, bakteryemii i odczynu Widala przy durze brzusznym.** (Doniesienie tymczasowe). (*Russkij Wracz* 1907, Nr 10). Na podstawie badania 37 przypadków duru brzusznego (w szpitalu Obuchowskim w Petersburgu) doszedł autor do następujących wniosków. 1) Diazoreakcya i bakteryemia w przypadkach duru brzusznego idą równolegle; diazoreakcya zjawia się u chorych na dur brzuszny tylko w tym okresie duru, w którym we krwi są laseczniki Ebertha. 2) Znikanie laseczników ze krwi lub przynajmniej zupełne ich zlepianie się idzie w parze z osłabnięciem diazoreakcyi i znikaniem jej, bez względu na obecność wysokiej niekiedy gorączki i ciężkiego stanu, zależących od zmian w jelitach lub płucach, przyczem odczyn Widala (antagonista bakteryemii) stosunkowo szybko się potęguje, czasami do wysokich cyfr. 3) W przypadkach duru, leczonych salolem, kalomelem, albo tannalbiną, nie powiodło się stwierdzić tej równoległości, gdyż bakteryemia utrzymywała się, a diazoreakcya znikała. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Ceidler. **W sprawie bakteryemii durowej.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 10). Autor starał się stwierdzić obecność prątków durowych we krwi w toku duru za pomocą hodowli na żółci. Zmieszawszy 30 kropli krwi (z palca) z 5 ctm. sz. żółci wyjałowionej, pozostawiał autor taką hodowlę przez 12—24 godzin w cieplarce, poczem przeszczepiał hodowle albo na zwykły agar, albo na agar Löfflera, albo na agar Conradi-Drigalskiego. Na 51 badań u 41 chorych otrzymał autor dodatni wynik w 42 (82·35 prc.) przypadkach, a ujemny w 9. Z 40 badań, wykonanych przed 11. dniem choroby, tylko w 1 przypadku (w 8. dniu choroby) wynik badania był ujemny, i w tym jedynym wszakże przypadku poprzednio (t. j. w 5. dniu choroby) badanie dało wynik dodatni. W dwóch przypadkach badano na 12. dzień (1 dodatni, 1 ujemny), w 3 na 13. dzień (1 dodatni, 2 ujemne), w 2 na 14. dzień (1 dodatni, 1 ujemny), po jednym przypadku z ujemnym wynikiem na 15. i 16. dzień, i w 2 przypadkach z ujemnym wynikiem na 25. dzień. Wśród badanych przypadków były przypadki lekkie i ciężkie; z ciężkich przypadków 3 skończyły się śmiercią. W jednym przypadku nawrotu już na 4. dzień otrzymano hodowlę lasecznika. Badania więc autora dowodzą, że 1) prątki durowe znajdują się we krwi chorych na dur brzuszny, począwszy od 4. dnia choroby; 2) laseczniki zaczynają znikać ze krwi chorych na dur brzuszny w drugiej połowie 2-go tygodnia; 3) laseczniki durowe znajdują się we krwi chorych nietylko w ciężkich, lecz i w lekkich przypadkach, a także i podczas nawrotów. Autor gorąco zaleca żółć, jako pożywkę, pozwalającą w najkrótszym czasie (bo przez 18—24 godzin) otrzymać hodowle laseczników. Sposób Conradiego (żółć z domieszką 10 prc. peptonu i 10 prc. gliceryny), według autora, niema przewagi nad czystą żółcią.

Z. Orłowski (Ptsbg.).

Sztinlern. **W sprawie bakteryemii durowej i jej stosunku do aglutynacyjnej własności krwi w ciągu duru brzusznego.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 10). Wyniki badań, wykonanych przez autora na 96 przypadkach duru brzusznego, są następujące: 1) Sposób hodowli laseczników duru brzusznego na żółci, podany przez Conradiego, jest bardzo dobry, gdyż daje w ciągu 1-go tygodnia 25 prc. dodatnich wyników, gdy odczyn Widala (1: 60) daje jeszcze ujemne wyniki. 2) W 95 prc. duru brzusznego już w ciągu pierwszego tygodnia można stwierdzić bakteryemię niezależnie od ciężkości przypadku. 3) Począwszy od 2-go tygodnia spotyka się bakteryemię znacznie rzadziej (w 60 prc.). Zwykle bakterye znikają we krwi w ciągu 2-go tygodnia, w ciężkich przypadkach w ciągu 3-go tygodnia. Wogóle, im ciężej przebiega niepowikłany dur, tem dłużej trwa bakteryemia i naodwrót. 4) Bakteryemia znika przy zwiększeniu się aglutynacyjnej siły surowicy krwi, i przy makroskopowem mianie aglutynacyjnem 1: 500 nie można już znaleźć laseczników we krwi. 5) W ciężkich przypadkach duru może bakteryemia zniknąć na jakiś czas, a potem znowu się zjawić. 6) Bakteryemia durowa niema zwykle złośliwego charakteru i, jak się zdaje, niema skłonności przechodzić w posocznicę. 7) Podczas nawrotów duru zjawiają się laseczniki we krwi najwcześniej na czwarty dzień nawrotu. Bakteryemia trwa wtedy zwykle krótko. Można stwierdzić równoległość między ciężkością nawrotu duru i długością trwania bakteryemii; w przypadkach bardzo lekkich nawrotów nie znajduje się laseczników we krwi. 8) Przy nawrotach przy wysokiem mianie aglutynacyjnem (1: 400 makroskopowo), bakteryemii niema. 9) Zakażenie paratyfusem niczem osobliwem nie różni się od zakażenia zwykłym durem, gdyż i przy paratyfusach zdarzają się nawroty i zapalenie otrzewnej wskutek przedziurawienia jelit. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

K. Stadelmann. **Wczesne rozpoznanie padaczki samorodnej.** *(Deutsche Aerzte-Ztg.* 1907, Z. 7). Z wczesnych objawów padaczki samorodnej należy wnosić, że podstawą jej jest ogólnie zmieniona zdolność oddziaływania. Odczyn ustroju prawidłowego na rozmaite bodźce w okresie znużenia nie różni się w istocie rzeczy od odczynu ustroju, usposobionego do padaczki; wczesne objawy padaczki różnią się od prawidłowych objawów znużenia tylko ilościowo, oraz sposobem powstawania i ustępowania. U dziecka, usposobionego do padaczki, powstają objawy pod działaniem mniejszych bodźców zewnętrznych i wewnętrznych, niż u znużonego dziecka zdrowego, a mijają trudniej.

Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

L. Steinsberg. **O leczeniu błednicy gorącemi kąpielami borowinowemi.** *(Berl. klin. Wochs.* 1907. Nr 15). W wykładzie, wygłoszonym na XXVIII ogólnem zebraniu publicznem niem. Towarzystwa balneologicznego, roztrząsa S. naprzód teorye patogenetyczne błednicy, zwracając uwagę na to, że stare zapatrywanie v. Noordena, dopatrującego się związku błednicy z zaburzeniami czynności wydzielania w narządach płciowych, odzyskiwać poczyna znaczenie, odkąd zwrócono uwagę na wewnętrzne wydzielanie jajników. Wydzielina »wewnętrzna« jajników wywiera, jak dowodzą przedewszystkiem klasyczne doświadczenia St. Dobrowolskiego, wielki wpływ na przemianę materyi, szcze-

gólnie na zapas tkanki tłuszczowej w ustroju. Według Fraenkla zaś należałoby wydzielinie tej przyznać także wpływ na narządy krwiotwórcze. Wobec tego niewahałby się S. uznać blednicę za chorobę poniekąd ginekologiczną. Zdawałoby się przeto, że w leczeniu blednicy należałoby przedewszystkiem myśleć o użyciu surowicy »jajnikowej«, do czego zachęcają opisywane przez niektórych autorów pomyślne wyniki organoterapeutyczne, osiągnięte w blednicy zapomocą wyciągów z jajników i owaryny Mercka. Wszelako równie liczne są spostrzeżenia, w których organoterapia taka nie odniosła skutku, a obecny stan badań nie pozwala jeszcze zwrócić się do surowic, gdyż nie powiodło się jeszcze zapomocą substancyi jajników wytworzyć surowicy, któraby na ustrój działała korzystnie. Wobec tego w leczeniu posługiwać się musimy nadal środkami objawowymi, do jakich, zdaniem S., zaliczyć należy także tak powszechnie w blednicy stosowane żelazo; lek ten niezawsze jednak w niej skutkuje, z drugiej zaś strony nie brak spostrzeżeń, w których i bez użycia żelaza blednicę wyleczyć zdołano. Nie mogąc zaś zadziałać na narządy płciowe swoiście zapomocą np. odpowiednich surowic, należy zwrócić baczniejszą uwagę na te sposoby postępowania, które na te narządy wpływ wywrzeć mogą. Tu należą zalecane przez Grawitza i Rosina celem leczenia blednicy gorące kąpiele wodne. Za jeszcze dzielniejszy środek w blednicy uważa S. gorące kąpiele borowinowe, które w szeregu przypadków (23) stosował we Franzensbadzie. Zalecał on średnio 3, później 4 kąpiele borowinowe na tydzień; każda kąpiel, średnio gęsta, trwa 8—20 minut i ma ciepłotę 38—39° C. Stosuje się je w położeniu półleżącem, tak, aby ciało zanurzało się do połowy mostka; na głowę kładzie się zimny okład. Po kąpieli opłukują się chore w wodzie o 35° C., potem następują zawijania aż do wywołania potów. Po 5 minutach potów wyciera się chore suchemi ciepłemi chustami i odwozi w ubraniu wózkiem do domu, gdzie jeszcze 2 godziny leżeć powinny w łóżku. Zabiegi te znosiły dobrze nawet bardzo osłabione chore; stan ogólny i stan krwi poprawiał się już po 1—1½ tygodnia (po 4—6 kąpielach); waga ciała spadała w tym czasie o 1—1½, a nawet raz o 2¾ klg. Całe leczenie trwało 5—6 tygodni (15—20 kąpieli). Na zasadzie dotychczasowego doświadczenia poleca S. gorąco ten sposób leczenia blednicy *R.*

Heuduck. **O żółtej gorączce.** (*Deut. Medicinal. Ztg.* 1907. Nr 31). Autor dochodzi do wniosków następujących: 1) Do ustroju ludzkiego dostaje się zarazek żółtej gorączki przez ukłucie *stegomyia fasciata*, począwszy od 12. dnia po ukłuciu przez nią chorego na żółtą gorączkę w pierwszych 3 dniach jego choroby. 2) Żółta gorączka nie jest więc, jak dotąd przypuszczano, chorobą zaraźliwą (kontagijną), lecz chorobą przenośną, w czem pośredniczą owady podobnie, jak w zimnicy. Stąd więc i zapobieganie chorobie polega nie na odosobnieniu chorych i odkażaniu ich wydzielin, odzieży i t. d., lecz na niedopuszczaniu, by chorych kłuła *stegomyia* i na jej niszczeniu. 3) Żółta gorączka może się przeto rozwijać tylko tam, gdzie znajduje się *stegomyia* i gdzie są warunki, sprzyjające jej rozwojowi: średnia ciepłota nocna około 22° C. i pewna wilgotność powietrza. Żółta gorączka szerzy się drogą lądową i morską; by zwalczyć jej szerzenie się, potrzeba przedewszystkiem odpowiednich przepisów co do żeglugi. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Chirurgia.

Prof. Bumm. **O zakażeniu przyrannem.** (Berlin 1906 str. 40, cena 1 marka). Główne drobnoustroje, wywołujące zakażenie ran, gronkowce i paciorkowce, sprawiać mogą różne skutki kliniczne w zakażonej ranie. Także na pożywkach zachowują się one bardzo różnie. Drobnoustrojów, żyjących przygodnie w jamie ustnej, w pochwie, cewce moczowej i t. d. nie można niczem odróżnić od znajdowanych w najbardziej zakażonych ranach. Sztucznie przeprowadzając przez zwierzęta, można zwiększać ogromnie jadowitość drobnoustrojów. Paciorkowce niejadowite grupują się zwykle w krótkie łańcuszki i mącą surowicę, jadowite tworzą długie, powikłane łańcuszki i nie wywołują zmętnienia surowicy. Także jadowite mikroby dostawszy się do rany, nie wywołują wielkiego odczynu komórkowego, co dozwala im drążyć wgłąb tkanek. Gronkowce zwykle usadawiają się miejscowo, znane są jednak sprawy chorobowe rozległe i rozszerzające się, a wywołane wyłącznie przez gronkowce. Gronkowce wydzielają z siebie jad, t. zw. staphylotoksynę, która wywołuje zapalenie i obumarcie sąsiedniej tkanki, niszczy ciałka krwi i działa także na odległe narządy, jak nerki i mięsień sercowy, a nadto wywołuje gorączkę. Paciorkowce wydzielają znacznie mniej takich trucizn, wobec czego przyjęto, że trucizny te są w paciorkowcach związane z ich ciałem i uwalniają się dopiero po obumarciu drobnoustrojów. Znajduje to potwierdzenie i w zakażeniu przyrannem u człowieka. I tak najzjadliwsze zakażenia wywołują drobnoustroje, które właśnie przeszły już przez jakiś ustrój. Takie zwiększenie zjadliwości objawia się nieraz w szpitalach, zwłaszcza polowych, całemi epidemiami i wtedy drobne nacięcie, nieraz ukłucie zanieczyszczoną igłą strzykawki Pravatza wiedzie do śmiertelnego zakażenia ogólnego. Zachodzi pytanie, czy wspomniane wyżej niewinne drobnoustroje powietrza, pochwy, ust i t. d. mogą nagle zwiększyć jadowitość swoją, dostawszy się do rany? Doświadczenia położników przemawiają przeciwko temu. Natomiast paciorkowce, które miały czas już dostosować się do ustroju, mogą stać się z niewinnych jadowitymi, czego dowodzą n. p. nagłe zakażenia po operacyach starych wrzodów, owrzodziałych raków, dalej zropienia krwiaków w ranach, dopiero w pewien czas i t. p. Jadowitość drobnoustrojów ropnych ulega, jak z tego widzimy, wielkim wahaniom. Zakażenie zależy właśnie od tej jadowitości, a dalej i od tkanki, w której rana powstała. Mało jadowite drobnoustroje wywołują w ranie głównie miejscowe zmiany, bardzo zaś jadowite naodwrót nie wywołują silnych zmian miejscowych, a tylko ogólne. Ogólne silne zakażenie zaznacza się zmniejszaniem się ilości wielojądrzastych ciałek białych, a zjawieniem się w większej ilości ciałek jednojądrzastych. W razie ograniczenia się sprawy chorobowej zwiększa się znów ilość ciałek wielojądrzastych. Zgorzel rany wywołują zwykle kombinacye drobnoustrojów. Zgorzel ułatwia następowe zakażenie, n. p. tężcem, natomiast paciorkowce następowo w ranach zgorzelinowych zwykle się nie sadowią. Środki przeciwgnilne nie działają prawie nic przeciw istniejącemu już zakażeniu, co najwyżej mogą, zastosowane równocześnie z możliwem zakażeniem, powstrzymać je. Podobnież śródżylne stosowanie środków przeciwgnilnych nie daje w ogólnem zakażeniu wyników dodatnich. Pewniej działa podwiązanie zajętych chorobowo naczyń żylnych i ogólne działanie na ustrój zapomocą surowic. Niestety żywotność i jadowitość drobnoustrojów bywa tak różną, że i surowice niezawsze odpowiadają swemu zadaniu. Może w stosowaniu przekrwienia biernego znajdziemy pewniejszy środek do walki przeciwko rozwijaniu się zakażenia ogólnego. *Klęsk.*

Barlach. **O wągliku i jego leczeniu.** (*Münch. med. Wochs.* 1905. Nr 15). B. wypala naokoło krosty żegadłem głęboką rynnę, samą zaś krostę przecina głęboko poprzecznie, dodając nacięcia zwalniające w okolicy w razie obrzęku i silnego napięcia. Na granicy zdrowej wokoło krosty wstrzykuje strzykawką Pravatza nalewkę jodową, a potem stosuje okłady sublimatowe. Sposób ten okazał się autorowi najpewniejszym. Ocala on często życie, a przytem skraca znacznie czas leczenia. Przy leczeniu nie należy się łudzić dobrym z początku stanem podmiotowym, lecz odrazu trzeba wykonać nacięcia doszczętne. *Klęsk.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d. 10. kwietnia 1907.

Przewodniczy wiceprezes prym. Borzęcki. Obecnych członków 35, jako goście: dr Dłuski z Zakopanego, dr Krok z Pola, dr Rudzki z Lublina, dr Wiskont z gub. permskiej.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

2) Przewodniczący wita obecnych na posiedzeniu gości.

3) Przyjęto na członków dra Stan. Jankowskiego i dra Stan. Kwiatkowskiego.

4) Kol. prof. Wachholz miał: wykład **O zaczadzeniu.** Prelegent od 11 lat zajmuje się tą sprawą i wyniki swych badań kolejno ogłaszał w czasopismach lekarskich. Omówiwszy wszystkie próby, które służą do wykrycia we krwi tlenku węgla, przyznaje największą wartość zmodyfikowanej przez siebie próbie tanninowej, którą także obecnie i inne zakłady sądowolekarskie krajowe i zagraniczne za najlepszą uznały. Wykład, objaśniony licznemi demonstracyami, przyjęto oklaskami.

W dyskusyi przemawiali dr Zanietowski junior, doc. Seńkowski i prelegent. Sekretarz: *dr Owsiński.*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zgromadzenie w d. 22 lutego 1907.

1) Do zarządu Wydziału wybrani zostali na rok 1907: prezesem czcigodny dotychczasowy prezes Radca dr Franciszek

Chłapowski, sekretarzem (ponownie) dr Łazarewicz, redaktor »Nowin Lekarskich«, któremu do pomocy przydano dra Tadeusza Schultza.

2) Dr Adamczewski wygłosił odczyt: **O karmieniu oseskόw maślanką**, okazując przytem różne przetwory odżywcze dla osesków i poruszając bardzo aktualną sprawę laktobacyliny. W bardzo ożywionej dyskusyi brali udział Święcicki, Karwowski, Gantkowski, Pomorski i Chłapowski, który zastrzegł sobie obszerne sprawozdanie o najnowszych teoryach, dotyczących sprawy odżywiania przeróbkami mleka.

3) Prezes odczytał pisma, nadesłane w sprawie X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, na który kilku obecnych zgłosiło też zaraz wykłady.

4) Uczczono pamięć zmarłego członka ś. p. dra Grodzkiego, poczem przyjęto wniosek dra Fr. Zakrzewskiego, aby Wydział współczuciu swemu w razie zgonu kolegi dawał silniejszy wyraz na zewnątrz.

Posiedzenie w d. 1 marca 1907

poświęcone było **sprawom zawodowym.** Mianowicie chodziło o zajęcie stanowiska wobec projektu założenia wspólnego Towarzystwa zawodowego z lekarzami niemieckimi. Po referacie kol. Karwowskiego w tym przedmiocie, objawiło się w ożywionej dyskusyi jednomyślne zdanie, że konieczne są kroki celem zmniejszenia wyzysku lekarzy przez niesumiennych pacyentów, że jednak wiązać się w Towarzystwo z niemieckimi lekarzami po doświadczeniach dotychczasowych niepodobna. Stosownie więc do wniosku sprawozdawcy postanowiono nie brać udziału w założeniu Towarzystwa, atoli w danym przypadku wspólnie z kolegami obcej narodowości obradować.

Posiedzenie w d. 22 marca 1907.

1) Przyjęto z radością wiadomość, podaną przez kol. dra Święcickiego, że do Poznania zjedzie prof. Bylicki, prezes Wydziału gosp. X. Zjazdu lekarzy i przyrodn. polskich w sprawach Zjazdu i uchwalono ku czci miłego gościa zwołać posiedzenie na d. 10 kwietnia 1907.

2) Dr Karwowski przedstawia preparat drobnowidowy z przypadku **zapalenia napletka,** w którym widać ogromne mnóstwo krętków t. zw. **spirochaete refringens.** Krętki te po odkryciu krętka bladego Schaudinna dały pochop do podania w wątpliwość ich swoistości. Postać jednak, grubość, a przedewszystkiem skręty faliste odróżniają je dostatecznie od krętków kiłowych. Mowca przyznaje jednak, że w cięciach, barwionych sposobem Levaditiego, spotyka się podobne postacie.

3) Dr Jankowski wygłosił wykład p. t. **Kilka słów o miażdżycy tętnic, a w szczególności o sposobach jej leczenia.** Wspomniawszy o anatomii miażdżycy tętnic, o jej patogenezie i etyologii (życie niehigieniczne, wysiłki fizyczne i umysłowe, otyłość, skaza moczanowa, cukrzyca, gościec, kiła, choroby zakaźne, alkoholizm, tytoń itd. itd.) głównie rozwiódł się mowca nad leczeniem. Leczenie powinno być: 1) Zapobiegawcze: odpowiednia dyeta i zachowanie przepisów higieny. 2) Zapomocą leków, z których najważniejsze są przetwory jodowe (jodek sodu, strontu, rubidu, jodypina głównie podskórnie, jodalbacid, jodeigon, sajodin, jodalose, »vin Noarry jodotanne«, wreszcie wcieranie wasogenu jodowego). Ze środków sercowych podniósł mowca dialysat. Golatz, digitalinę, digalen i *extr. fluid. strophanti* Mercka, oraz wspomniał o surowicy Truneèka, solach fizyologicznych Poehla i laktobacylinie Miecznikowa. 3) Leczenie fizyczne. Tu zaleca mowca umiarkowany ruch i gimnastykę, kąpiele letnie, słone, z CO_2, solanki itd., ostrzega jednak stanowczo przed kąpielami elektrycznemi. — W bardzo ożywionej dyskusyi brali udział dr Święcicki (przedstawiając rentgenogramy miażdżycy tętnic w dolnych kończynach), Zakrzewski, Panieński (polecając przedewszystkiem jodypinę podskórnie), Kożuszkiewicz, Gantkowski, Karwowski, Mieczkowski, Łazarewicz i Dembiński.

Towarzystwo społeczno-higieniczne

urządziło przed Wielkanocą szereg odczytów z ogólnej hygieny. Dalszy ciąg tych odczytów, nowych zupełnie w Poznaniu i ciesząсych się wielkiem powodzeniem, odbędzie się w kwietniu i maju. *Dr Adam Karwowski.*

W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego.

III.

Braki i potrzeby.

Zestawił **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

Z tegorocznych przedłożeń Wydziału krajowego widnieje chęć utworzenia nareszcie dostatecznej liczby mieszkań dla lekarzy pomocniczych przynajmniej w lwowskim szpitalu. Rzecz ta, wszelkiego uznania godna, wiąże się ściśle ze sprawą stałej obecności lekarzy w szpitalach, zwłaszcza większych, gdzie ciężkie przypadki często nagle bezzwłocznej wymagają pomocy. Pod tym względem stosunki u nas są wprost niezrozumiałe. W ogromnym szpitalu krakowskim przepisany jest statutem jeden, wyraźnie jeden ogólny dyżur na cały szpital. Oddział chirurgiczny, jak się dowiadujemy, ma wprawdzie w ciągu nocy (teraz) »stały dozór lekarski, ponieważ dyrektor z prymaryuszem postarali się o to, by lekarz spał w oddziale«, ale widocznie przez czas pewien wcale dozoru tego nie było, skoro jego zaprowadzenie uważa się za właściwe osobno zaznaczać[1]). Jeżeli gorliwość niektórych prymaryuszy zabezpieczała ciężko chorych, operowanych i t. d. od braku doraźnej pomocy przez dyżury na oddziałach, to działo się to, czy dzieje, niejako »wbrew statutowi«. W świeżej pamięci wszystkich stoi niedawne zdarzenie, gdy chory zginął z krwotoku, bo lekarz dyżurny, jedyny na cały szpital, przyjść z pomocą nie mógł, (a gdyby mógł, toby może, nie znając stosunków oddziału i nie posiadając specyalnych wiadomości, pomódz nie umiał), a żadnego innego lekarza pod ręką nie było. Podobno w pewnym szpitalu kilkakrotnie proszono Wydział krajowy o zezwolenie na urządzenie stałych dyżurów oddziałowych z przyznaniem dla dyżurnych lekarzy żywności z kuchni szpitalnej, (jak wiemy, średnio kosztuje ta żywność 51·9 halerzy w szpitalach stołecznych!), a gdy temu odmówiono, o takież dyżury z tym tylko wątpliwej wartości przywilejem, by dyżurni mogli za własne pieniądze pożywienie z kuchni szpitalnej pobierać. Wszak, gdyby tego nawet im nie przyznano, musieliby posiłków szukać na mieście i całe urządzenie dyżuru stawałoby się w porach posiłku fikcyą! Otóż, uwierzyć trudno, Wydział krajowy podobno i na to nie zezwolił. Bylibyśmy bardzo i prawdziwie zadowoleni, gdyby pogłoska ta nie była prawdą. Obraża ona poprostu nasze głębokie przekonanie o najlepszych Wydziału krajowego intencyach.

Wierzymy niezmiennie, że coś podobnego zajść nie mogło. Gdyby było inaczej, to któryż z lekarzy szpitalnych miałby stawać przed kratki sądowe w przypadku śmierci chorego na owym oddziale z braku pomocy, gdy np. lekarz, z urzędu dyżurujący na cały szpital, zajęty był przy innym nagłej pomocy potrzebującym chorym?

Sprawa zaprowadzenia obowiązkowych, statutowych dyżurów lekarskich, (a gdzie lekarzy niema, odpowiednich i dość licznych dyżurów przez zakonnice, aby nie trzeba tego jako coś »godnego naśladowania«[2]) osobno podnosić), wszędzie tam, gdzie potrzebę ich uznają prymaryusze, (którzy, zaniedbawszy tej ostrożności, sami za nieszczęśliwe przypadki odpowiadaćby musieli), powinna być niezwłocznie załatwiona i to bez czekania, aż ten, czy ów prymaryusz się zgłosi, ale na podstawie skierowanych umyślnie do nich zapytań. To konieczne uregulowanie sprawy nie będzie kraju albo nic kosztować, albo conajwięcej tyle, ileby kosztowało utrzymanie jednego chorego więcej tam, gdzie się dyżury lekarskie zaprowadzi.

Najwytrawniejszy i najgorliwszy lekarz niewiele poradzi gołemi rękami tam, gdzie niezbędnie trzeba odpowiednich narzędzi, a najzdolniejszy badacz nie obejdzie się dziś bez elementarnych przynajmniej środków. Pod tymi względami szpitale nasze, jeżeli mają prawidłowo się rozwijać, powinny być uzupełnione zapomocą skromnych choćby inwestycyi na urządzenie pracowni[3]), narzędzia i t. d., na których utrzymanie wystarczą potem stosunkowo bardzo małe dotacye. Lata ostatnie zdają się być dobrą pod tym względem wróżbą; jeszcze przed 5 laty podniesione żądania[4]), na prowincyi poczęści już wypełnione, po-

[1]) Insp. w r. 1906, str. 17.

[2]) Insp. szp. w r. 1906.

[3]) Szpital kulparkowski jeszcze w r. 1902 nie miał żadnej pracowni. Prot. ank. str. 32. Na jednym z oddziałów szpitala lwowskiego jest mikroskop własny prymaryusza (Insp. w r. 1906, str. 6), w wielu szpitalach prowincyonalnych niema po dziś dzień pracowni (tamże).

[4]) Prot. ank. z r. 1902, str. 20, głos prof. Jordana.

czynają się poważniej spełniać w postaci urządzenia pracowni bakteryologicznej przy oddziale zakaźnym w Krakowie[1]), oraz reaktywowania samodzielnej pracowni chemicznej z osobnym kierownikiem w szpitalu lwowskim[2]). Ale to jest dopiero początek, prawda, że dobry; niemniej i dziś, jak przed 5 laty[3]), wiele szpitali »niema nawet mikroskopów«[4]). Nie należy też zapominać o instrumentaryach operacyjnych, bo wprawdzie ostatnie sprawozdania Inspektorów szpitali prawie wszędzie wspominają o instrumentach w dostatecznej ilości i jakości, niemniej jednak wymieniają tu i owdzie braki, a powszechnie wiadomo, że do niezbyt dawna niejeden z naszych prymaryuszów musiał się uciekać w szpitalu do własnych, za własne pieniądze kupionych narzędzi.

Potrzeba tych ulepszeń, mianowicie pracowni, uzasadniona jest wprost względami utylitarnymi, na jakie powołuje się zresztą bardzo przemyślnie, Wydział krajowy w tegorocznych swych przedłożeniach. Wszelako ileżby było lepiej, gdyby można wobec Sejmu położyć większy nacisk na inne także względy, nietylko to, że np. na pewnym oddziale zdołano wcześnie rozpoznać epidemię i przez to kraj od jej szerzenia się chroniąc, od większych wydatków ocalić; gdyby można liczyć na takie zrozumienie przez cały Sejm sprawy, jakie okazali nawet nie lekarze, zasiadający w ankiecie r. 1902[5]). Otwiera się tu zarówno dla Wydziału krajowego, jak i dla zasiadających w Sejmie lekarzy szerokie pole, aby pierwszy, przez motywowanie sprawozdań swych szerszymi względami, a drudzy przy każdem swem w sprawach sanitarnych przemówieniu torowali w Sejmie drogę współczesnym pojęciom sanitarnym nietylko w tej sprawie, ale we wszystkich innych tego zakresu.

Kończąc te pobieżne uwagi o służbie lekarskiej, należy jeszcze wspomnieć o myśli, rzuconej przed 5 laty na ankiecie, że zjazdy lekarzy szpitalnych ożywiłyby niezmiernie ruch naukowy, podnieciłyby współzawodnictwo w najlepszem słowa tego znaczeniu i w następstwie podniosłyby bardzo poziom lekarski szpitali. Pod tym względem dwóch zdań być nie może, trzeba jednak naprzód dać lekarzom szpitalnym możność takiej pracy, by było z czem na zjazd przyjechać, i tak uregulować sprawę lekarzy pomocniczych, by było komu szpital pod opieką zostawić; a wtenczas nie trzeba będzie zachęty do zrealizowania myśli zjazdów i znajdą się tacy, co gorliwie z własnej woli nią się zajmą, nie szczędząc na zjazd trudu, czasu, ani wydatków z własnej nawet kieszeni. Na Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1900 przybyło 900 uczestników, z tego połowa (425) z Galicyi; żaden z nich nie miał na to subwencyi. — Jest u nas głód wiedzy i wspólnej umysłowej pracy, a skarb krajowy może być spokojny, że głód ten nie jego koniecznie kosztem będzie zaspokojony.

Jątrzącą się raną w naszem szpitalnictwie jest do dziś dnia sprawa służby, dozoru i pielęgnowania chorych.

Któż nie pamięta tych licznych procesów, wytaczanych lekarzom i służbie szpitalnej za połamane żebra obłąkanych? W każdym z nich wychodziło na jaw, że winowajcą nie może być lekarz, który ma czuwać nad 200 (!) prawie obłąkanymi (w Kulparkowie na przeszło 1000 chorych było dotąd 7 lekarzy łącznie z dyrektorem!), ani nie jest nim ten ciemny i nieumiejętny posługacz, od którego wymaga się większej niż anielska cierpliwości. Winowajca był przeważnie gdzieindziej... powiedzmy bez ogródek, był nim kraj. To jest rzecz niesłychana, aby w zakładach obłąkanych przypadał jeden dozorca na dziesięciu chorych, jak było do niedawna w Kulparkowie[6]), aby do szpitali przyjmowano »byle parobka lub służącą z ulicy«[7]).

Służby było i jest za mało, na wykształcenie jej, pomimo wielkich i naglących skarg, podnoszonych przed 5 laty[8]) nie poraz pierwszy, za mało do niedawna[9]) Wydział krajowy zwracał uwagę. Skoro szkoła dozorczyń, utrzymywana swego czasu we Lwowie przez 7 lat, wydawała uczennice, zbyt drogie dla szpitali[10]), to widocznie wymagała od nich zbyt wielkich ofiar czasu, pracy i kosztów nauki, które potem uczennice odbić sobie musiały, lub też przyjmowała do szkoły nieodpowiedni materyał. Ale szkoły nietylko nie należało zamykać, lecz otworzyć inne we wszystkich większych szpitalach, oczywiście odpowiednio je reformując. I to także nie kosztowałoby wiele, bo z pewnością lekarze poświęciliby chętnie trochę czasu na prowadzenie szkół, gdyby mieli pewność, że za to uzyskają służbę umiejętnie wyuczoną, tak jak poświęcają na to trud i czas na prowincyi, gdzie służba przeważnie jest dobra. (Insp. w r. 1906).

Służba taka utrzymywałaby się potem w szpitalu, gdyby zdjęto z niej nadmierny ciężar pracy przez pewne podniesienie jej liczby i poprawienie jej bytu.

Przypadało np. w r. 1904 służby oddziałowej:

we Lwowie 1: 7,6 chorych
w Krakowie 1: 9,02 chorych
w Przemyślu 1: 20 chorych![1])

O poprawieniu bytu i przywiązaniu służby do szpitali musiano pomyśleć chcąc nie chcąc naprzód tam, gdzie stosunki były najgorsze; w rok po ankiecie w sprawie Kulparkowa, (1891) przyznano też służbie tamtejszej skromne dodatki, wzrastające w miarę lat służby; że tą sprawą zajęto się stosunkowo tak dawno, świadczy, jak już dawno ta rana się jątrzy. W roku 1905 polepszono znowu byt służby kulparkowskiej wskutek wniesionej przez nią samą petycyi i zabezpieczono jej prawo pobierania prowizyi. W roku bieżącym bez szczególnego bodźca, co za zasługę poczytać trzeba, wniósł Wydział krajowy dla oddziałowej służby obu szpitali krajowych (uchwalone już przez Sejm, *Dop. w korekcie*) podwyżki płac z każdym dalszym rokiem pracy (aż do osiągnięcia 24—30 koron poborów miesięcznych razem z owymi dodatkami). Przy projektach przebudów i nowych budowli pamięta też Wydział krajowy o mieszkaniach dla służby, przedtem chyba bardzo fatalnie pomieszczonej, jeżeli nawet Siostry miłosierdzia w szpitalu pryncypalnym — lwowskim, pomieszczone były jeszcze w r. 1902 tak, iż $^1/_3$ musiała przy obiedzie i kolacyi czekać stojąc na swą kolej, poduszki do spania opierano o piec, a w ciągu $1^1/_2$ roku 5 Sióstr zachorowało na gruźlicę, nabytą wskutek tych warunków przy pracy w szpitalu[2]), w kilku zaś latach 5 zmarło.

Sprawa polepszania bytu służby nie jest oczywiście jeszcze zamkniętą przez tegoroczne wnioski Wydziału kraj. co do płac i mieszkań; ale poruszenie jej samodzielne pozwala mieć nadzieję, że Wydział krajowy i nadal nie spuści już jej z oka.

Jednakże polepszanie bytu służby załatwia sprawę polepszenia jej jakości dopiero w połowie, wzmagając chęć do pracy, ale nie wpływając wiele na umiejętność pracy. Zagadnienie obuczenia służby, zwłaszcza w wielkich szpitalach, nietylko przez długo i z trudem nabywaną praktykę, lecz przez systematyczne kształcenie, łączy się jednak ściśle ze sprawą służby wyższego rzędu, jaką są Siostry Miłosierdzia i innych Zgromadzeń (Martanki, Serafitki, Józefitki, Służebniczki).

Sprawa roli i działalności Sióstr, a w szczególności SS. Miłosierdzia w naszych szpitalach jest oddawna owem »noli me tangere«, które się zwykło ostrożnie z daleka obchodzić. Zaledwo na ankiecie w r. 1902[3]) poruszono z lekka tę sprawę — a musiała ona chyba bardzo żywo obchodzić zebranych, skoro poruszono ją poza urzędowym programem[4])—a już odezwały się głosy, łagodzące zarzuty i przygłuszające niejako poprzednie krytyczne uwagi. Zaznaczono natychmiast, »że Siostry Miłosierdzia są bardzo wielką pomocą w szpitalach, że gdyby ich brakło, brakłoby porządku, a może i oszczędności, że nawet w protestanckich krajach patrzą przez palce na to, co tam nazywają »religiöse Überspanntheit« Sióstr wobec bardzo wielkich korzyści i cennych usług, jakie te Siostry szpitalom oddają, że Siostry

1) Spraw. Dep. V. za 1905/6.

2) Oba wnioski uchwalił Sejm tegoroczny.

3) Prot. ank. z r. 1902, str. 20.

4) Por. Insp. w 1906.

5) Spr. ank. str. 30, głos posła Kozłowskiego: „Bez laboratoryów rozsądnej, z postępem czasu idącej działalności lekarzy wystawić sobie nie zdołam".

6) Spr. Dep. V. za 1904/5: służby oddziałowej 122, chorych w r. 1904 — 1062 średnio dziennie, w r. 1905 — 1077. Zagranicą 1: 4—5.

7) Spr. ank. z r. 1902, str. 73, głos dyr. Ponikły.

8) Spr. ank. z 1902, str. 72 i nast.

9) Insp. w r. 1906 i pod tym względem oznacza postęp.

10) Spr. z ank. r. 1902, str. 73.

1) Spr. Dep. V. za 1904/5.

Lwów	służby oddział.	104	chorych	średnio	dziennie	753
Kraków »	»	80	»	»	»	722
Przemyśl »	»	9	»	»	»	187

I tu, jak i co do budynków, przepełnienia szpitala i t. p. uderza pokrzywdzenie Krakowa w stosunku do Lwowa; jest ono i w innych względach wyraźne, np. co do zaopatrzenia w Siostry zakonne: Lwów 1: 37·6 chorych, Kraków 1: 42 chorych.

Por. także Spr. insp. w r. 1906, wskazujące w wielu szpitalach prowincyonalnych na niedostatek służby.

2) Spr. W. LW. L. 115, 265/06. z 24, XI. 06.

3) Spr. ank. z 1902, str. 47, głos dyr. Starzewskiego; Insp. w r. 1906, strona 5.

4) Spr. ank. str. 74. i 75.

5) Tamże str. 76.

spełniają swe obowiązki gorliwie [1]) i że to ma ogromne znaczenie«. I tem zamknięto dyskusyę, a o ile mi wiadomo, i wszelką próbę zmian w tej sprawie.

A przecie to właśnie jest rzecz, w której bez żadnych, ale to absolutnie żadnych dla kraju kosztów możnaby uzyskać szereg ulepszeń, dla ostatecznego efektu, jaki mają wydatki, przez kraj ponoszone na szpitalnictwo, stanowczo mające doniosłość. Wszakże to w ręku Sióstr rozmaitych Zgromadzeń spoczywa całe szczegółowe gospodarstwo szpitalne: żywienie chorych, ich bielizna, dozór domowy, po mniejszych szpitalach apteczka, praca kancelaryjna, ba, coś więcej, bo one »są właściwie dozorczyniami, a służba tylko im wyłącznie do pomocy jest dodana« [2]), bo one wpływają na zajęcia chorych, wpływać mogą na ich nastrój psychiczny, uprzyjemnić lub znośniejszym uczynić przymusowy pobyt w szpitalu, one głównie mogłyby kształcić służbę, one najczęściej opiekują się inwentarzem lekarskim, narzędziami, nawet pomagają przy operacyach i t. d. Jakość działalności Sióstr musi niezmiernie wpływać na jakość działania szpitala, a na tę jakość ich działalności składa się przecie nietylko gorliwość, lecz i umiejętność, nietylko pojętność, lecz i chęć nauczenia się. Podnoszenie gorliwości zgoła nie odpiera zarzutu zdarzającej się nieumiejętności [3]), a pochwała porządku i oszczędności nie zaprzecza możliwości np. uporu.

W obradach ankiety znalazłem drastyczny tego przykład. Jednemu z członków ankiety »zdarzało się wprawdzie widzieć, że Siostry prowadziły magazyn tak porządnie, że i mężczyzna lepiejby nie prowadził« ale też, że »Siostry prowadzą wprawdzie rachunki w dobrej wierze, ale... każdy rachunek trzeba zwracać, uzupełniać i nazwać fałszywym, bo nie potrafią nawet na gotowych drukach powpisywać cyfr gdzie należy, tak, że widywałem zaległości jako uiszczenia i t. p.« [4]).

Zakres działalności Sióstr Miłosierdzia, dotyczący lekarskiej strony szpitala, nie jest z pewnością ani łatwiejszy, ani mniej ważny, niż »wpisywanie cyfr na gotowych drukach«. Nie bawiąc się w opowiadanie licznych, a przesadnych może skarg, które tak często się słyszy, ograniczę się do tego, co wiarogodne usta nie wahały się podnieść publicznie [5]).

Oto »istniała szkoła dozorczyń, utrzymywana wspólnym kosztem Wydziału krajowego i Tow. Czerwonego Krzyża, lecz Siostry Miłosierdzia były tej szkole nieprzychylne. Nie dały się przekonać, że niedość jest mieć dobre serce, ale trzeba też i umieć pielęgnować chorych«. Z wykształconych w tej szkole 56 dozorczyń ma jedna tylko posadę w szpitalu we Lwowie, ale »na oddziale, na którym Sióstr niema«. »Rzeczywiście niestety Siostry Miłosierdzia nie życzą sobie mieć służby wykształconej«. »Im lepszy był dozorca i lekarzowi szedł na rękę, tem prędzej się go SS. Miłosierdzia pozbywały«. »Siostra, niemająca zupełnie wyobrażenia o postępowaniu z chorymi, przychodzi całkiem młoda do kuchni albo pralni, a potem na oddział, i chce i tam rządzić; gdy dozorczyni, która ma doświadczenie, zrobi jej uwagę, to to wystarcza, aby natychmiast ją wydalić, a lekarz niema prawa zatrzymać tego, kogo Siostra wydali«. »Słyszałem od samych chorych prywatnie utyskiwania, że Siostry Miłosierdzia nie umieją obchodzić się z chorymi«. Starać się trzeba więc, »żeby szkoła była założoną nie dla dozorczyń, ale dla Sióstr«... Koniecznych stałych przepisów »Siostry się nie trzymają, bo wzbraniają nawet wprost dozorcom pisania tego, co powinni. Siostry Miłosierdzia np. nie kontrolują dostatecznie służby nocnej«. »Kiedy Siostra Miłosierdzia wychodzi z oddziału, powinien być ktoś, kto odpowiada za oddział, to znaczy powinien starszy dozorca objąć odpowiedzialność, a tego Siostry Miłosierdzia nie chcą, bo nie znoszą, żeby ktoś był starszym dozorcą«. »Siostry wymagają, by służba wyłącznie im o wszystkiem raportowała, a nigdy lekarzom; przyjmują dozorców z tym obowiązkiem, że ma mówić wszystko, co się dzieje, im, a nie lekarzowi«. »Siostry uważają to jako swoje rządy, do których nikomu mieszać się nie wolno«. (Dok. nast.)

[1]) I tak jest istotnie w przeważnej części szpitali prowincyonalnych. Insp. w r. 1906.

[2]) Spr. ank. z r. 1902. str. 75, głos p. Jasińskiego.

[3]) Choćby np. w apteczkach, gdzie, jak widać z Insp. w r. 1906, bardzo się ona często powtarza.

[4]) Spr. ank. z r. 1902. str. 58.

[5]) Spr. ank. z r. 1902. str. 74. i 75.

Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1903, oraz 1901/2.

Streścił **prof. dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

Przypadków śmierci z gorączki połogowej miało być w tych latach kolejno 911, 884, 781. W roku 1900 wykazano jeszcze 1025, zdawałoby się więc napozór, że postęp ku lepszemu jest znakomity. Ale Rada Zdrowia zaznacza sama, że cyfrom tym ufać nie można dopóty, dopóki przyczyna śmierci nie będzie we wszystkich przypadkach sprawdzaną przez lekarzy; zarówno dyplomowane położne, jak i »babki« wiejskie starają się z obawy odpowiedzialności te przypadki ile możności zatajać. W tych powiatach, w których zmiera najwięcej kobiet z gorączki połogowej (na czele stoi powiat rawski), stwierdza Rada Zdrowia niewątpliwy związek z niedostateczną pomocą położniczą (mała liczba egzaminowanych położnych, brak zaufania ludności do ich pomocy). Co roku po kilka położnych egzaminowanych bywało obwinianych z powodu zakażenia kilku kobiet, ale kończyło się na tem (w latach 1901—3), że wobec sądu nie zdołano im udowodnić winy. W r. 1903 nieegzaminowaną babkę (w Budyłowie), która zakaziła 5 kobiet, sąd uwolnił, a ukarano ją tylko za partactwo 14-dniowym aresztem.

W rubryce chorób zakaźnych przyrannych objęte są: róża, ropowica (*phlegmone*), ropnica, posocznica i tężec. Z chorób tych zmarło w latach 1901—1903 492—441—460 osób. Przypadków tężca było w r. 1903 niezwykle dużo we Lwowie († 9) i w Krakowie († 4).

Do działu innych chorób zakaźnych mają być wpisywane: grypa, zapalenie opon mózgowordzeniowych, zimnica, kiła, zapalenie stawów, ospa wietrzna i nagminne zapalenie ślinianek przyusznych. Na grypę miało umrzeć w omawianych tu 3 latach według wykazów parafialnych 528, 276, 257 osób, według zaś wykazów lekarzy urzędowych 242, 97, 147. Chorowało według wykazów urzędowych w r. 1903 osób 3376, śmiertelność więc wynosiła 4·3% chorych. Rok ten zaznaczył się pojawieniem się w Krakowie (i okolicach *przyp. spr.*) choroby, która skończyła się śmiercią u 17 osób, a którą ostatecznie uznano za grypę, pomimo objawów, mocno przypominających włośnicę (*trichinosis*). (Ta krakowska epidemia była w swoim czasie dość głośna i odbiła się nawet w piśmiennictwie; zdania piszących o niej były podzielone. Bądź co bądź powinnaby ona była być bodźcem do ściślejszej kontroli mięsa wieprzowego w rzeźniach wielkomiejskich zapomocą mikroskopu; czy to nastąpiło — niewiadomo). Na zapalenie opon miało według wykazów parafialnych umrzeć w trzech omawianych latach 68, 32, 40 osób. Lekarze urzędowi sprawdzili je jako przyczynę śmierci w r. 1901 u 7, w r. 1902 u 4 osób (chorowało 5; tabelka na str. 54 sprawozdania podaje, że zmarło 3, tekst na str. 55, że 4 — zapewne omyłka druku), w r. 1903 u 3 (chorowało 8). Jak wiadomo, w następnych latach wybuchły groźne epidemie, zbadane staraniem Namiestnictwa ściśle naukowo przez doc. Drobę i Kucerę, których doskonałą pracę w tym przedmiocie znają czytelnicy »Przeglądu« z »Rocznika lekarskiego«. W pracy tej roztrząsają autorowie także stosunek epidemii do sporadycznych przypadków z lat poprzednich, a więc właśnie 1901—1903.

Inne tą rubryką objęte choroby nie mają, jako przyczyny śmierci, większego znaczenia, dlatego opuszczamy drobne, do nich odnoszące się liczby. Ważniejszą byłaby chorobowość co do niektórych. Przy obecnej organizacyi służby zdrowia nie można jednak o tem jeszcze myśleć, a zgromadzić dane można tylko częściowo. Opracowanie tego, czem dziś rozporządzamy, n. p. co do zimnicy, podjął dr Grossek w szeregu prac, znanych czytelnikom »Przeglądu«. Władze rządowe zajęły się w ostatnich latach gorliwie badaniem rozszerzenia kiły wśród ludności galicyjskiej, a ciekawe wyniki tych badań podaje Sprawozdanie Rady Zdrowia za r. 1903. Te badania, chociaż niestety nie są jeszcze zupełne, (bo »tylko niektórzy lekarze urzędowi zajęli się gorliwie śledzeniem za chorymi kiłowymi«) dowiodły, że z liczby chorych, leczących się w szpitalach, nie można wnosić o szerzeniu się lub zmniejszaniu tej zarazy wśród ludności. Np. z powiatu bohorodczańskiego leczyło się w r. 1903 tylko 30 chorych, a stwierdzono przez zbadanie 21 gmin — 169 przypadków, (powiat ten należy, jak się zdaje, do najlepiej pod tym względem zbadanych, a także gorliwie zarazę zwalczających, głównie dzięki energii lekarza okręgowego dra Feren-

siewicza). Wogóle przyjąć należy, że liczba chorych na kiłę w całym kraju wogóle nie zmniejszyła się, w wielu powiatach wzrosła, a spadła w powiatach kosowskim i nadwórniańskim, gdzie osobno zorganizowano zwalczanie tej choroby (o czem Rada Zdrowia mówi osobno — ob. niżej). (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Apteki nie mogą wydawać środków tajnych nawet na przepis lekarza. Wynika to z rozporządzenia austr. ministerstwa spraw wewn. z d. 20. III. 1907 L. 6027, wydanego ze względu na jeden z takich tajnych, w Austryi zakazanych leków (»Asthmapulver« Schiffmana). (»Öst. San.« 16).

W sprawie leczenia wodowstrętu wydało Namiestnictwo gal. ważne zarządzenia, które niewątpliwie bardzo skutecznie wpłyną na zwalczanie tej strasznej choroby. Ogół lekarzy obchodzić będzie przedewszystkiem okólnik L. 15,555/VI B z 3. IV. 1907, z którego wynika, że certyfikaty dla osób, pokąsanych przez wściekłe zwierzęta i udających się do zakładu szczepień przeciw wodowstrętowi, mogą wydawać nietylko wszystkie władze i urzędy, lecz także wszyscy lekarze i weterynarze, a więc nietylko urzędowi, lecz nawet prywatni. Oczywiście każdy, kto wydaje taki certyfikat, bierze na siebie pełną za to odpowiedzialność i ma obowiązek donieść o tem bezzwłocznie odpowiedniemu starostwu. Oprócz tego Namiestnictwo zarządziło cały szereg środków (L. 127,357/VI. B z 7. II. 1907), aby osoby pokąsane były w każdym przypadku niezwłocznie odsyłane do leczenia i aby potem (przez rok) dokładnie nadzorowano stan ich zdrowia. *R.*

Partactwo lekarskie ma być w Austryi nietylko karane wtedy, gdy jest wykonywane w sposób zarobkowy, ale wogóle powinno być w każdym przypadku zwalczane i karane przez władze polityczne (Rozp. minist. spraw wewn. z 18. I. 1907 L. 57,263, Ok. Nam. z 9. II. 1907 L. 13,126/VI B). *R.*

Silnie działające leki będą odtąd wskutek międzynarodowego układu podlegać we wszystkich niemal państwach europejskich i w Stanach Zjedn. Ameryki półn. jednakowym przepisom. W lekospisach nosić one będą jednakowe nazwy łacińskie; nie będzie wolno przyrządzać z nich win leczniczych, nalewki będą 10%. Wprowadzony też będzie międzynarodowy normalny kroplomierz (przekrój odpływu 3 mm.), dający przy 15° C 20 kropli wody przekroplonej = 1 grm. *R.*

Biuro pośrednictwa posad lekarskich otwarło w Warszawie Stowarzyszenie lekarzy polskich. Poszukujący miejsc członkowie Stowarzyszenia płacą w Biurze 1 rb., inni lekarze 2 rb., strony szukające lekarzy 5 rb. *R.*

Lekarzom Dumy rosyjskiej usiłowali w Dumie przy obradach nad budżetem (w d. 23. IV.) niektórzy posłowie (Kapustin) zmniejszyć płace. W obronę wziął ich poseł Kuźmin-Karawajew, powołując się na prowadzoną przez lekarzy księgę porad, z których oprócz 500 posłów korzysta olbrzymia liczba przydzielonych Dumie najrozmaitszych urzędników i służby. *R.*

Ruch przedwyborczy w Galicyi zdaje się pomimo wezwania, ogłoszonego przez Izby lekarskie, mało obchodzić lekarzy. O ile nam wiadomo, dotąd jedynie w Jaśle na zebraniu przedwyborczem poruszył dr Macudziński te sprawy, które lekarze stosownie do odezwy Izb i Związku państwowego poruszać powinni i otrzymał od kandydata (ks. Pastora) przyrzeczenie poparcia tych spraw. *R.*

Pomoc lekarską dla ludności wiejskiej w Królestwie i prowincyach zabranych omawia dr N. Czarnocki (z gub. mińskiej). (»Czas. lek.« 3). Zdaniem autora »szpitalnictwo i wogóle lecznictwo publiczne musi rość z dołu, z wolnego współdziałania gmin z lekarzami szpitalnymi i wiejskimi«, a nie pod centralistyczną komendą rządu lub wyższych instytucyi samorządnych. Budować należy od podstaw, od najniższej jednostki samorządnej, t. j. gminy. Niechaj lekarze zawierają z gminami układy, dostosowane do miejscowych warunków, za wynagrodzeniem od porady (autor zaleca tu system porady z lekarstwem za stałą cenę bez względu na rodzaj porady i lekarstw, oświadczając się przeciw poradom bezpłatnym), lub za stałym ryczałtem. Szpitale, na kilka gmin po jednym o 20 łóżkach, powstawałyby ze składek publicznych. Utrzymanie roczne takiego szpitala (lekarz, farmaceuta, akuszerka, 6 służby) oblicza autor na 5,000 rb. (co przy 3 gminach, składających się na szpital, ma stanowić po 1 rublu (?) z chaty). Oprócz tego potrzebne są większe szpitale powiatowe. Osobno potrzebna jest organizacya higieniczno-statystyczna, złożona z lekarzy-higienistów. Felczeryzm »bez osobnych nakazów, czy zakazów, zwalczymy z czasem tak, jak pług żelazny zwalczył sochę drewnianą tem, że lepiej orze, a kosztując nie nad możność chłopa, lepiej mu się opłaca«. *R.*

Kolonie letnie dla dzieci w Warszawie dobiegły 25 lat istnienia. W pierwszym roku wysłano na kolonie 52 dzieci, w ostatnim 3,304. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 21. do 27. kwietnia 1907 doniesiono o 45 nowych przypadkach duru plamistego w 12 gminach, a mianowicie: pow. Bohorodczany (Markowa 5), Czortków (Dawidkowce 1), Horodenka (Dąbki 1, Jasienów 2), Jaworów (Jazów st. 2, Nohaczów 1), Lisko (Cisna 6), Nadwórna (Pasieczna 8, Zielona 7), Rawa (Smolin 9, Wróblaczyn 1), Śniatyn (Rożnów 2); o 4 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 2 gminach, a mianowicie w m. Krakowie (3 osoby przewiezione z 2 gmin pow. krakowskiego: Łuczanowic i Rączny, oraz z Tyńca pow. podgórskiego); o 1 przypadku wąglika w m. Lwowie (a mianowicie zachorowała robotnica zatrudniona w pokątnej sortowni sierści i włosienia). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Wykazu tygodniowego nie otrzymaliśmy.

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 21. do 27. IV. 1907 urodziło się dzieci żywo 62, nieżywo 4; zmarło osób 55 (w tem obcych 21), z tych z gruźlicy 10 (4), zapal. płuc 8 (5), płonicy 2 (1). *S.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 21. do 27. IV. 1907 przypadków: błonicy 5 (w tem obcych 3), krztuśca 7 (1), płonicy 9 † 3 (1), odry 9, duru brzusznego 2 † 1 (2 † 1), nagmin. zapalenia opon 4 † 1 (2 † 1), gorączki połogowej —. *L.*

Nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych w Prusach. W r. 1906 chorowało 2,095 osób (śmiertelność 44·3%), w pierwszym kwartale 1907 — 649 osób (śmiertelność 43%). *R.*

Ospa poczyna wzmagać się w Królestwie. W Myszkowie w powiecie będzińskim zmiera z niej, jak twierdzą dzienniki, 7—8 osób dziennie. *R.*

Ś. p. dr Ignacy Strzemiński.

Dnia 22. kwietnia b. r. umarł w Wilnie z gruźlicy płuc i krtani dr Ignacy Strzemiński w 50 r. ż. Ukończywszy Uniwersytet warszawski w r. 1883, jako lekarz okulista osiadł w Wilnie, gdzie objął obowiązki ordynatora i zarządcy w lecznicy oftalmicznej hr. Przezdzieckich przy naczelnym lekarzu ś. p. Zenonie Cywińskim. Po kilku latach opuścił to stanowisko i zajął się praktyką prywatną. Przed dwoma laty został powołany na trudne stanowisko prezesa miejskiej Komisyi sanitarnej i chociaż już był chory, oddał się z zapałem pełnieniu nowych, a bardzo uciążliwych obowiązków. Jednocześnie brak środków materyalnych zmusił go mimo wątłego zdrowia do przyjęcia posady ordynatora szpitala kolejowego, odległego od miasta o 6 wiorst, dokąd codziennie jeździł. Po za tymi urzędowymi obowiązkami znajdował czas na pracę fachową, dużo pisał i drukował prac z zakresu okulistyki, korespondował do paru pism lekarskich polskich i francuskich i od lat kilku był stałym współpracownikiem »Nowin lekarskich«. Wygłaszał często wykłady w Towarzystwie lekarskiem, którego przez trzy lata był sekretarzem, a następnie w ciągu dwóch lat wiceprezesem.

Będąc już od kilku lat chorym na gruźlicę, nie przestawał pracować bez odpoczynku i to przyśpieszyło zgon. W końcu lutego ustąpił wreszcie naleganiom kolegów i udał się do Krymu, ale i tam choroba szybkie postępy czyniła tak, że musiano wykonać tracheotomię. Przeczuwając bliski koniec, pospieszył wtedy ś. p. dr Strzemiński do Wilna i w tydzień po przyjeździe zakończył życie, osierociwszy żonę, syna i córkę.

Był to skromny i cichy, a niezmużony i wielce użyteczny pracownik w imię szerszych idei. Życie jego było też pełną poświęcenia dla nich służbą. Cześć Jego pamięci! *W. Z.*

Wiadomości bieżące.

Profesor Dogiel obchodził niedawno pięćdziesięciolecie pracy zawodowej.

Urodzony w r. 1830 we wsi Zalesie w powiecie siebieżskim, pobierał nauki w Poniewieżu i w Kownie; studya lekarskie odbył

w akademii medyko-chirurgicznej w Petersburgu. Początkowo był ordynatorem w wojskowym szpitalu w Petersburgu; uzyskawszy stopień doktora w roku 1863 w Moskwie, wyjechał zagranicę, gdzie pracował pod kierunkiem Helmholtza, Bunsena i Kirchhoffa przez rok w Heidelbergu, pod kierunkiem Ludwiga i Hupperta przez dwa lata w Lipsku. W r. 1868 został docentem fizyologii w Petersburgu, a w r. 1869 powołany został na katedrę farmakologii w Kazaniu, którą dotychczas zajmuje.

Mnogie, a znakomite swe prace ogłaszał po polsku, niemiecku, francusku i rosyjsku, zdobywając sobie głośne imię przedewszystkiem w zakresie fizyologii. W pracowni jego nie ustawał ruch naukowy, jak o tem świadczy szereg cennych badań, ogłoszonych przez Jego uczniów. Przez pół wieku bogacąc wiedzę nowemi zdobyczami, przysparzał na obczyźnie powagi i znaczenia nauce polskiej.

Toteż z życzeniami i powinszowaniami, złożonymi Mu w dniu złotych z nauką godów przez Jego uczniów i kolegów, łączy się dank i wdzięczność rodaków.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 1. V. b. r. posiedzenie, na którem 1) prof. Kader przedstawił a) operowanego z powodu przebicia wrzodu żołądka, b) przypadek gruźlicy kręgów szyjnych, leczony z wynikiem pomyślnym; 2) dr Lauer i 3) dr Schlank przedstawili przypadki resekcyi jelita, co do których zabierali w dyskusyi głos prof. Kader, prym. Bogdanik i prym. Wachtel; 4) dr Flis mówił »O potrzebie organizacyi lekarzy«.

— Dyplom doktorski otrzymali p. Władysław Antoni Aleksander Szukiewicz rodem z Przemyśla i p. Bolesław Maryan Łazowski rodem ze Lwowa.

— Prywatną lecznicę chirurgiczną dla chorych przychodnich i zakład rentgenowski otworzył dr Artur Frommer, były I sekundaryusz oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza i asystent prof. Trzebickyego.

Lwów. Lwowskie Towarzystwo ratunkowe udzieliło pomocy w r. 1905 w 4,217, w r. 1906 w 4,462, a od założenia w 44,694 przypadkach. Towarzystwo walczy ciągle z trudnościami finansowemi. Rokrocznie pokrywał prezes Towarzystwa, dr Stroynowski, niedobory z własnej kieszeni. Obecnie wynosi niedobór 2,224 koron. Posiadając 3 wozy ratunkowe, rozporządza Towarzystwo tylko jedną parą koni! Konieczna jest wydatniejsza pomoc dla Towarzystwa z funduszów miejskich i większe poparcie przez społeczeństwo, gdyż przy obecnej liczbie (około 1,300) członków z roczną wkładką 2 K Towarzystwo utrzymać się nie może.

— Dnia 3. b. m. odbyło się we Lwowie otwarcie »Polskiego muzeum szkolnego«, obejmującego także dział higieny szkolnej, dotąd, jak donoszą dzienniki, niewielki, lecz zawierający najważniejsze modele postępowych urządzeń szkolnych.

— Przed rokiem pokazywać się zaczęło na targu w znacznej ilości mięso wągrowate. Dochodzenia wykryły, że weterynarze miejscy pp. Fried, Jenkner i Terlecki pobierali stałe pensye z kasy asekuracyjnej rzeźników. Weterynarzy ukarano w drodze dyscyplinarnej; obecnie jednak z polecenia ministerstwa spraw wewn. została sprawa oddana jeszcze sądowi karnemu.

Warszawa. Redaktorem »Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego« mianowany został dr Kazimierz Rzętkowski.

— W budżecie m. Łodzi na r. 1907 wynoszą wydatki na pomoc lekarską i szpitalną wszystkiego 48,349 rbs., co wobec ludności 350,000 czyni niespełna 14 kop. na głowę. Do tego przeszło $^1/_3$ tej sumy (16,500) przeznaczona jest na zapomogę dla osławionego szpitala Czerwonego Krzyża, gdy inne szpitale, znacznie pożyteczniejsze i więcej pomocy potrzebujące, pominięto. »Magistrat łódzki nic sobie nie robi ani ze wskazówek specyalistów, ani z potrzeb ludności« (»Czas. lek.« 3).

Z różnych stron. Wakacyjne kursa lekarskie na uniwersytecie czeskim w Pradze odbędą się w pierwszych 3 tygodniach lipca za opłatą 2 K za godzinę wykładu. Zgłoszenia do 2 maja do prof. K. Weignera (Praha II. Anatom. ústav 1660).

— Kursa wakacyjne dla lekarzy w postaci cyklu wykładów i ćwiczeń praktycznych w zakładach i klinikach uniwersyteckich odbędą się we Wrocławiu od 10. do 26. października b. r. Kursa, prowadzone przez profesorów zwyczajnych i nadzwyczajnych z pomocą asystentów, obejmą wszystkie działy medycyny teoretycznej i praktycznej. Zarząd kursów wysyła na żądanie dokładny program i wyjaśnia szczegółowo warunki udziału. Zwracać się należy z zapytaniem do prof. Uhthoffa (Breslau, XVI. Maxstrasse 2).

— Odbyty świeżo w Wiesbadenie zjazd niemieckich internistów był jubileuszowym, bo 25-tym z rzędu. Zaznaczono to przez mianowanie szeregu członków honorowych.

— W Wiedniu zawiązało się 25. IV. b. r. »Austryackie Towarzystwo zwalczania chorób wenerycznych.«

— Niemiecki wydział lekarski w Pradze ma otrzymać dwie nowe katedry: doświadczalnej morfologii i laryngologii.

— Porządek dzienny posiedzenia Koła lekarskiego polskiego w Petersburgu w d. 17/30. IV. b. r. obejmował: 1) dr St. Kozłowski: Ojców, jako zakład leczniczy. 2) Dr Winc. Święcicki: Stosunek współczesny między urologią a chirurgią (z demonstracyą przyrządów). 3) Dr Al. Karnicki: Pęknięcie macicy.

Mianowani: Prof. Roncoroni z Cagliari profesorem neurologii w Parmie, prof. Kijanicyn z Charkowa profesorem higieny w Odessie;

dr Stanisława Popławska ordynatorką oddziału ocznego w szpitalu izraelickim na Czystem w Warszawie; dr Adam Łobaczewski zastępcą lekarza Kasy chorych fabryki cygar w Krakowie.

Zmarli: Dr Jan Kleinadel w 57 r. ż. w Warszawie, lekarz szpitala św. Jerzego w Kalwaryi dr Władysław Guzicwicz; w Suwałkach; b. asystent zakładu surowic, Feliks Gastman, w Krakowie w 37 r. ż.; wybitnych zdolności i wielkiej pracowitości, rokował najlepsze nadzieje, które przecięła ciężka, dziesięcioletnia choroba;

okulista prof. Hugo Magnus, znany ze swych prac z zakresu historyi medycyny, we Wrocławiu w 65 r. ż.; chirurg prof. A. Mosetig-Moorhof w Wiedniu w 70 r. ż. (utonął w Dunaju); neurolog dr Féré w Paryżu; b. profesor fizyologii Domrich w Jenie; doc. dentystyki Bleichsteiner w Gracu.

Redakcya otrzymała: Dr J. Talko-Hryncewicz: 1) Mieszkańcy Wilna z drugiej połowy XVI. i początków XVII. stulecia, studyum antropologiczne. 2) Muślimowie, czyli t. zw. Tatarzy litewscy, zarys antropologo-etnologiczny. Kraków 1907. Akademia Umiejętności. — Książki dla wszystkich (wydawnictwo M. Arcta w Warszawie): 1) Gotthilf-Traenhart, opracował dr Wolberg: Jak zachować się wiosną, latem, jesienią i zimą? 2) dr St. Kopczyński: Higiena i szkoła. 3) Dr K. Niedzielski: Uwagi i rady lekarza przydatne w życiu codziennem, Cz. I. 4) Bunge: Zatrucie alkoholem i zwyrodnienie. 5) Dr L. Przedborski: Zmysł słuchu i dźwięk. 6) J. Ochorowicz: O kształceniu własnego charakteru. — E. Hubeau (spolszczyła J. Polakówna): Nauka o zdrowiu, podręcznik dla szkół elementarnych. Kurs niższy (cena 8 kop.), kurs średni (cena 10 kop.). Wydawnictwo M. Arcta w Warszawie. — Progulski: W sprawie rozpoznawania nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u osesków. Odb. »Tyg. lek.« 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie sekcyi przeciwgruźliczej odbędzie się **w Towarzystwie lek. krak.** (Radziwiłłowska 4) **we wtorek d. 7. maja 1907 o godz. 6 wieczorem.** Na porządku dziennym: Dalszy ciąg dyskusyi nad referatem dra Biera.

Rok XLVI. Kraków, dnia 11. maja 1907. Nr 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Kilka uwag o wrodzonem zwichnięciu stawu biodrowego.

Napisał

Doc. Dr V. Chlumsky w Krakowie.

W naukach lekarskich jest prawie regułą, że do zagadnień szczegółowo i obszernie nawet opracowanych zawsze jeszcze można dorzucić nowe uwagi i spostrzeżenia. Za przykład może posłużyć sprawa wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego. Po obszernem i gruntownem opracowaniu zdawała się sprawa ta być od szeregu lat zupełnie zamkniętą. Toteż i prace naukowe w tym kierunku pojawiały się w ostatnich czasach coraz rzadziej. W praktyce jednak napotyka się przypadki, które mimo wieloletniego doświadczenia zawsze jeszcze nastręczają pewne trudności i niespodzianki. Z pośród 40 kilku przypadków w mojej prywatnej praktyce w ostatnich 4 latach, miałem kilkakrotnie sposobność to stwierdzić.

Na szczególną uwagę zasługuje kilka z nich, które spostrzegałem dopiero dłuższy czas po operacyi, gdzieindziej dokonanej.

Jednego z tych chorych operowano przed pięciu laty z powodu obustronnego zwichnięcia stawu biodrowego. Odprowadzenie i ustalenie powiodły się w zupełności. W 3 lata po operacyi przyprowadzono chłopca do mnie z powodu uderzająco szpetnie wahadłowego chodu, obustronnego zesztywnienia (*ankylosis*) stawów biodrowych, połączonego z lekkiem zgięciem (*flexio*), silnem skręceniem (*rotatio*) na zewnątrz i miernego stopnia odwiedzeniem (*abductio*); jednem słowem ze znanem ustawieniem nóg żabkowatem, w któremto położeniu ustala się je po operacyi. Chód był utrudniony, silnie wahadłowy i o wiele szpetniejszy, niż w przypadkach zwichnięć wcale nieoperowanych. Z wywiadów dowiedziałem się, że opatrunek gipsowy był wprawdzie kilkakrotnie zmieniany, jednak bez przerwy leżał na jednej nodze przeszło cały rok, a na drugiej z małą przerwą nawet 15 miesięcy. Pod tym względem stanowczo za dużo zrobiono, a tak silne zesztywnienie należy bezsprzecznie odnieść do zbyt długiego ustalania nóg w opatrunku gipsowym.

Następowe leczenie, które podjęto zapomocą miesienia, ręcznego i maszynowego uruchomiania, było niedostateczne.

Jak wspomniano, objąłem chłopca w leczenie dopiero w 3 lata po operacyi z zupełnem zesztywnieniem, toteż zaledwie po kilku miesiącach udało mi się prawy staw w lekkim stopniu, lewy prawie zupełnie uruchomić. Szczególną usługę oddawały mi w tym przypadku gorące kąpiele powietrzne i skręcanie nóg w stawach biodrowych przy pomocy maszyn. Miesienie i uruchomianie ręczne okazały się niewystarczające i mniej skuteczne. Skutków widocznych miesienia nie mogłem stwierdzić, a ręczne uruchomianie napotykało na wielkie trudności ze strony chłopca tak, że żadnego wyniku nie mogło przynieść.

Obecnie, po leczeniu, trwającem przeszło rok, chód znacznie się poprawił, jednak dotąd nie jest jeszcze zupełnie dobry. Chłopiec może wprawdzie bez znużenia chodzić, nie skarży się na żadne bole, ale wahania na boki i nienaturalne podnoszenie nóg podczas chodu trwają w małym stopniu i nadal. Ponieważ atoli ruchomość w stawie biodrowym z każdym dniem jest lepsza, a chłopiec liczy dopiero 9 lat, usprawiedliwiona jest więc nadzieja, że przy dalszem leczeniu uda się w końcu uzyskać ruchy prawidłowe.

Dalsze 2 przypadki dotyczyły chłopca 8-letniego i dziewczyny 10-letniej. Były to przypadki, operowane z powodu jednostronnego zwichnięcia stawu biodrowego przez operatora, który posiada wielkie doświadczenie w tym kierunku, i jako wyleczone odesłane do domu. Oboje dzieci widziałem w parę lat po operacyi, przyprowadzone do mnie z powodu bolów w chorym stawie i kaczkowatego chodu.

Badanie u dziewczyny stwierdziło: Noga chora krótsza o 4 cm. i znacznie słabsza od zdrowej, chód o wybitnych cechach zwichnięć wrodzonych. Fotografia Röntgena stwierdza zupełne zwichnięcie z ustawieniem główki bardzo wysokiem. Z opowiadania rodziców dowiedziałem się, że operacya udała się zupełnie i że dziecko pozostawało z początku przez kilka lat pod nadzorem wspomnianego chirurga, który co rok je badał i zawsze stwierdzał dobre ułożenie główki. Ponieważ, jak wspomniałem, jest to wybitny i znany na tem polu chirurg, dlatego pomyłka jest prawie wyłączona i należy przyjąć, że było to zwichnięcie wtórne, które po latach nastąpiło. Rodzice utrzymywali, że wprawdzie chód wahadłowy istniał i po operacyi, jednak w mniejszym stopniu.

Nasze przypuszczenie potwierdził także w zupełności ów operator o tyle, że dokonał powtórnego odprowadzenia. Tym razem była to jednak transpozycya z przesunięciem i ustawieniem główki ku przodowi. Miałem sposobność znów badać tę dziewczynę w półtora roku po operacyi i stwierdziłem: skrócenie nogi o 3 cm., przywiedzenie (*adductio*) i skręcenie na zewnątrz, nadto lekkie zesztywnienie. Chód dziecka jest jednak zadowalniający, wahanie nieznaczne, rozwinęło się jednak skrzywienie części lędźwiowej kręgosłupa lewostronne i prawostronne krzyżowej.

W drugim z tych przypadków, dotyczącym owego 8 letniego chłopca, którego przyprowadzono do mnie jedynie z powodu bolu w stawie biodrowym, stwierdziłem również transpozycyę główki ku przodowi i chód wahadłowy, który jednak od od czasu do czasu pogarszał się, szczególnie, gdy chłopiec więcej biegał. Bolesność w tym czasie, gdy zgłoszono się do mnie, była tak znaczna, że musiałem polecić łóżko i zimne okłady. Skrócenie nogi wynosiło 3 cm., fotografia Röntgena potwierdziła w zupełności przypuszczenie co do przesunięcia główki ku przodowi, którą również można było wyraźnie przez skórę wymacać.

Dalszy przypadek dotyczył 5-letniej dziewczynki, u której 7 razy podejmowano odprowadzenie w obydwóch stawach biodrowych sposobem bezkrwawym. Według opowiadania matki dziecka wykonano siedem razy w uśpieniu odprowadzenie z następowym opatrunkiem gipsowym. Przy zmianie opatrunku jednak stwierdzano powtórne zwichnięcie. W końcu według zdania operatora udało się główkę na właściwem miejscu utrzymać i ustalić. Ponieważ jednak chód dziecka pozostał i nadal kulejący i wahadłowy, matka zgłosiła się z dziewczynką do mnie. Badanie stwierdziło zupełne zwichnięcie obustronne, połączone ze znacznem skróceniem i lekką przesuwalnością obydwóch główek. Nic nie przemawiało za przesunięciem główek ku przodowi. Wszystko to potwierdziło również zdjęcie fotograficzne Röntgena.

Podjęta przez nas sposobem bezkrwawym operacya napotkała na niezwykłe trudności. Zastosowano wszelkie możliwe chwyty i sposoby odprowadzenia, — nawet najnowsze podane przez Schanza — i zaledwie po półgodzinnem usiłowaniu powiodło się główki odprowadzić przy zastosowaniu metody, pole-

gającej na zgięciu nóżki, silnem spychaniu główki ku dołowi przy bezpośrednim ucisku palcami na krętarz, odprowadzaniu i skręcaniu na zewnątrz. Po odprowadzeniu, główki zatrzymywały się dosyć dobrze na właściwem miejscu, prawa jednak lepiej nieco, niż lewa.

Podobne stosunki napotkałem również w drugim przypadku, gdzie inny chirurg miał dokonać pomyślnego odprowadzenia. Była to dziewczynka 4-letnia, u której po odprowadzeniu założono opatrunek gipsowy, a po zdjęciu go w 8 tygodni później uznano dziecko za wyleczone.

W pół roku po operacyi stwierdziłem zupełne obustronne zwichnięcie. Podjęte odprowadzenie powiodło mi się po wielu trudach i dłuższem usiłowaniu metodą podobną, jak wyżej przytoczyłem.

Opatrunek gipsowy założono w obydwóch przypadkach w znanem ułożeniu żabkowatem. (Dok. nast.)

Spostrzeżenia z praktyki.

Wypadnięcie i uwięźnięcie tylnej ściany pochwy u pierwiastki.

Podał

Dr Bernard Engländer

lekarz chorób kobiecych w Krakowie.

19. listopada 1906 r. wezwano mnie do chorej, 20-letniej mężatki. Zastałem ją w łóżku, ponieważ od rana tego dnia chodzić nie może, coś jej, jak się wyraża, między nogami przeszkadza i sprawia bole. W łóżku bole zupełnie ustały. Po ślubie dwa razy miesiączkowała, odtąd brak miesiączki. W ostatnich czasach przez dwa tygodnie silny kaszel, który od 3 dni zupełnie ustał. Poprzedniego dnia bardzo dużo chodziła, co ją nadzwyczaj zmęczyło. Stolec i mocz oddaje prawidłowo i zresztą nie skarży się na żadne dolegliwości. Przy badaniu znalazłem: Chora blada, dobrze zbudowana, lecz o delikatnym kośćcu. Ciepłota prawidłowa, tętno regularne. Objawy szóstego miesiąca księż. ciąży (macica sięga do pępka, części płodu i jego ruchy, oraz tętno wyraźne). Z pochwy (patrz rysunek) wystaje guz wielkości jaja kurzego ciemno-czerwony, pokryty błoną śluzową, nie krwawiący. Błona śluzowa na guzie ułożona w poprzeczne fałdy. Guz, zbitości ciastowatej, dający się z trudnością do pochwy wprowadzić, ma postać grzyba o szerokiej podstawie, przechodzącej wprost w błonę śluzową tylnej ściany pochwy, poczyna się tuż za błoną dziewiczą, która w linii środkowej ma głęboki wręb aż do nasady. Guz nie stoi w związku ani z odbytnicą ani z częścią pochwową; powyżej zaś niego znajduje się bardzo wązkie wejście do zupełnie zresztą prawidłowej pochwy, które z trudnością palec przepuszcza. Część pochwowa macicy rozpulchniona, stożkowata. Guz z trudnością odprowadzono i starano się utrzymać w pochwie zapomocą kilku (4) małych tamponików, zamaczanych w sublimacie 1‰. Chorej zalecono zupełny spokój.

20. XI. Ciepłota wieczorem 36·6° C, tętno 84, regularne. Przy oddawaniu moczu bolów niema. Ból głowy, wymioty. Guz wypadł przy ruchu, jest jeszcze ciemno-czerwony, nieco mniejszy, nie sprawia bolów. Ponowne odprowadzenie. Przeciw bolom głowy polecono pyramidon 0·25 z kofeiną 0·05.

21. XI. Ból głowy ustał. Sen i stan ogólny dobry. Ciepłota wieczór 36·4° C, tętno 84 regularne, pełne, dobrze napięte. Czynności pęcherza i odbytnicy bez zboczeń. Po wyjęciu tamponów guz nie wychodzi. W pochwie czuje się guz o $^2/_3$ mniejszy, niebolesny. Przepłukanie pochwy 1% rozczynem kwasu karbolowego i tamponada (4 małe tampony).

22. XI. Stan ogólny dobry. Dwa tampony wypadły. Z pochwy wypływ krwawo zabarwiony, guz nie wypadł. Badaniem stwierdzić można w pochwie guz o wiele już mniejszy, ciastowaty, przechodzący wprost w tylny rząd marszczek; na wyjętym z pochwy palcu wydzielina brudno-krwawa, niecuchnąca. Stolec był. Mocz oddaje chora prawidłowo. Przestrzykanie pochwy słabym rozczynem karbolu. Chorej pozwolono położyć się na boku. Dwa razy dziennie przestrzykiwanie pochwy 1% rozczynem kwasu karbolowego.

25. XI. Stan ogólny dobry. Wypływ z pochwy ustał, usunięto więc przepłukiwania pochwy.

27. XI. Chora chodzi, nie krwawi; skarży się na świąd w kroku i kłucie przy moczeniu. Obrzęk surowiczy prawej wargi mniejszej, upławy białe skąpe. W pochwie ani śladu guza, w miejscu jego prawidłowa błona śluzowa tylnej ściany pochwy. Zalecono spokój, zimne okłady, zmywania letnią wodą borową i trzy razy dziennie po 2 kołaczyki helmitolu, poczem poprawa.

15. XII. Chora ma się dobrze, chodzi; z pochwy nic nie wychodzi. 14. I. 1907. Stan zupełnie dobry.

Z początkiem lutego poród siłami natury płodu donoszonego. Wypadnięcie pochwy nie nastąpiło.

W rozpoznaniu należało uwzględnić, czy nie mamy przed sobą np. żylaka pochwy, nowotworu pochwy lub też usadowionego w tkance łącznej między pochwą, a odbytnicą, nowotworu, wyrastającego ze ściany odbytnicy, uchyłka tejże, lub wreszcie przepukliny uwięźniętej, która zamiast przez krocze wystąpiła przez pochwę. Wobec braku wogóle żylaków, zwłaszcza na kończynach dolnych i wargach sromowych, w miejscach, w których się w ciąży żylaki dość często spotyka, trudnoby było przyjąć odosobniony żylak pochwy, a już sam przebieg choroby przemawia przeciw temu. Równie łatwo wyłączyć można w rozpoznaniu wszelkie wspomniane wyżej nowotwory, jakoteż przekonać się przy badaniu, że nie ma żadnego uchyłka, któryby z guzem wystającym z pochwy, pozostawał w związku i weń przechodził. Przepuklina uwięźnięta w tym przypadku najmniej wchodzi w rachubę, tak ze względu na nieprawidłową siedzibę, jak i z powodu dobrego ogólnego stanu chorej przez cały czas cierpienia (braku wszelkich zaburzeń jelitowych i zadrażnienia otrzewnej).

Opierając się więc na przebiegu choroby i wyłączywszy wszelkie inne cierpienia, możemy w naszym przypadku rozpoznać: Wypadnięcie z następowem uwięźnięciem tylnej ściany pochwy u pierwiastki. Powstanie cierpienia w przypadku naszym nie można wprowadzać w związek przyczynowy z długotrwałym silnym kaszlem, który ustał na trzy dni przed wystąpieniem cierpienia. Nie można też uważać cierpienia za skutek wrodzonego lub nabytego wśród ciąży zwiotczenia ściany pochwy. Gdyby tak było, słusznie możnaby zapytać, dlaczego dawniej pochwa nie wypadała albo dlaczego później, gdy chora znowu chodzić zaczęła, cierpienie się nie powtórzyło. Upłynęło potem kilka miesięcy, ciąża postępowała, a z nią rozpulchnienie i rozszerzenie pochwy się zwiększało, wśród tego nastąpił poród, a przecież pochwa nie wypadła mimo silnych bolów i ucisku główki poprzedzającej. Spotykalibyśmy się zresztą z pewnością częściej z tem cierpieniem także u pierwiastek, gdyby ono zależało od zwiotczenia tkanek wśród ciąży.

Czy powstanie cierpienia zależało wreszcie od długiego i męczącego chodzenia w owym dniu, w którym pochwa wypadła, niepodobna stanowczo orzec.

W piśmiennictwie nie zdołałem znaleźć drugiego podobnego przypadku.

Oceny i sprawozdania.

E. Gottschalk. **Obecny stan leczenia rentgenowskiego.** (Stuttgart. F. Enke, 1907).

W broszurze swej przedstawia Gottschalk treściwie działanie i lecznicze zastosowanie promieni Röntgena według obecnego stanu nauki. Wpływ promieni Röntgena na drobnoustroje jest bardzo niewielki. Z pierwotniaków tylko niektóre są bardzo czułe na naświetlanie. W ustrojach wyższych tylko pewne tkanki szczególnie wybitnie podlegają działaniu promieni, np. gruczoły płciowe, śledziona, szpik kostny, gruczoły limfatyczne i t. p. Z ciałek białych ulegają najprędzej zniszczeniu limfocyty. Przy rozpadzie ich powstaje we krwi leukotoksyna, wywołująca u innych zwierząt rozpad ciałek białych, a zarazem odporność przeciw dalszemu działaniu tej trucizny. Leukotoksyna działać ma drażniąco na nerki, czego jednak autor nigdy nie stwierdził. Naświetlanie wywołać też może rozmaite jeszcze inne zmiany, jak zapalenie spojówek, zaćmienie rogówki, zapalenie tęczówki, zanik nerwu wzrokowego, a nawet u płodów, naświetlanych w łonie matki — zaćmę. Na skórze wywołują promienie Röntgena przy działaniu ostrem zmiany barwikowe, wypadanie włosów, pęcherze, a w końcu bardzo uporczywe wrzody. Przewlekłe działanie promieni objawia się wysychaniem skóry, przeczosami i zanikiem. Drobnowidowo zmiany rozwijają się głównie w naczyniach krwionośnych, z początku w postaci zakrzepów i nacieku drobnokomórkowego, potem zaś występują wybitne zmiany błony wewnętrznej naczyń.

Leczniczo zastosowano promienie Röntgena przedewszystkiem w białaczce prawdziwej i wrzekomej. Wprawdzie nie

można twierdzić, że osiągnięto wyleczenie, ale bądźcobądź stwierdzano nieraz wpływ wybitny i korzystny, choćby w postaci przybytku na wadze, wzmożenia się liczby ciałek czerwonych i hemoglobiny, oraz przedłużenia życia. Na dowód tego przytacza autor własne spostrzeżenia. W jednym n. p. przypadku utrzymał się chory 5 lat przy życiu w stanie względnie dobrym. Autor naświetla w przypadkach białaczki śledzionę, mostek i kości długie, średnio miękką lampą 3 razy na tydzień przez 10—15 minut z odległości 20 ctm., osłaniając szczelnie sąsiednie okolice ciała. Korzystne wyniki osiągnięto podobno także w chorobie Bantiego. W chorobach krwi osiąga się zdaniem autora poprawę, a nie wyleczenie stałe, dlatego, że w miejscu ważnych dla tworzenia się krwi tkanek tworzy się tkanka łączna. W niektórych przypadkach gośćca i skazy moczanowej daje rentgenizacya dobre wyniki; zwłaszcza w skazie moczanowej miał je autor sam stwierdzić. Natomiast nie uznaje G. korzystnego działania promieni Röntgena w chorobie Basedowa i przy samym wolu. Niektórzy osiągnąć mieli dobre wyniki lecznicze w chorobie Adissona i w przypadkach nowotworów śródpiersia. Bardzo do leczenia nadają się obrzęki gruczołów limfatycznych szyjnych i tu promienie Röntgena, zdaniem autora, wprost współzawodniczyć mogą z nożem. Nie ulega wątpliwości, że raki skórne można wyleczyć naświetlaniem, a dowiódł tego Schiff, zebrawszy około 1000 przypadków. W przypadkach raków sutka znalazły promienie Röntgena zastosowanie przy leczeniu nawrotów pooperacyjnych. Osiągnąć tu jednak można tylko chwilową poprawę i ulgę, ale nie wyleczenie. Natomiast zachęca autor gorąco do leczenia promieniami przypadków jeszcze nieoperowanych, ale oczywiście nieoperowanych z takich powodów, jak wiek, powikłania i t. d. Autor miał w swej praktyce 3 podobne przypadki, gdzie tak guz, jak i przerzuty w gruczołach zupełnie znikły. Sam autor jednak przyznaje, że często znika pod działaniem promieni Röntgena guz pierwotny, ale przerzuty już istniejące pozostają bez zmiany. Stosunkowo bardzo dobry wynik miał autor osiągnąć u pewnego lekarza przy raku żołądka. Kolega ten nie chciał poddać się operacyi. Po leczeniu naświetlaniem przybrał na wadze, żył jeszcze w niezgorszym stanie prawie 8 miesięcy i umarł w końcu na niedomogę serca. Ciekawą jest rzeczą, że naodwrót spostrzegano też tworzenie się raków we wrzodach, powstałych po rentgenizacyi. Na mięsaki działają promienie Röntgena o wiele słabiej, niż na raki i jedynie powierzchowne guzy skóry i gruczołów czasem się zmniejszają. Przerost gruczołu krokowego próbowano także leczyć naświetlaniem, wyniki jednak dotąd niebardzo są zachęcające. W chorobach kobiecych znalazły promienie Röntgena zastosowanie przy mięśniakach macicy; skuteczność rentgenizacyi odnieść należy może do zanikania jajników i następowego zaniku całej macicy. Szerokie pole lecznicze znajdują promienie Röntgena w dermatologii. Wyniki w toczniu skóry są wprost świetne, a i w innych chorobach skórnych, n. p. brodawkach, naczyniakach, wypryskach, nadmiernem owłosieniu, trądziku i t. p. wcale dobre. W toczniu jest leczenie promieniami Röntgena wprost wskazane, jako wstęp do następowego leczenia światłem sposobem Finsena.

Wyniki lecznicze zależą nietylko od tego, co się leczy, lecz i jak się leczy. Sprawy powierzchowne naświetlać należy lampami miękkiemi, głębsze średniemi. Twardych lamp do leczenia używać nie należy. Celem wzmocnienia działania wgłąb używa autor ucisku lub eozyny, chininy, żółci i t. p. Odległość rury od ciała powinna wynosić nie mniej, jak 15 ctm., czas naświetlania 6—15 minut na jednem posiedzeniu. *Klęsk.*

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Prof. Jordan. **Wewnętrzne leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego, a wskazania co do chirurgicznego zabiegu w tej chorobie.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 12). Autor nie zgadza się na zdanie Pfistera, że lekarze praktyczni powinni przedewszystkiem leczyć zapalenie wyrostka robaczkowego wewnętrznie i to lodem i makowcem. Okład lodowy, położony na brzuch, działa co najwyżej kojąco na ból. Na sprawę chorobową korzystniej wpływa raczej ciepło. Podawanie makowca ma więcej wad, niż zalet. Ruchu robaczkowego często makowiec nie uspokaja, zaciera obraz chorobowy, a zmniejszając ból, utrudnia namówienie chorego do koniecznej nieraz operacyi. Leczenie wewnętrzne nie chroni oczywiście od nawrotów, które według zestawienia Katzensteina w 28 prc. przypadków bywają znacznie cięższe, niż poprzednie napady. Po napadzie surowiczego zapalenia nastąpić może zapalenie zgorzelinowe, a temu zapobiedz, ani tego przewidzieć nie można. Przypadki ciężkie dają często nieznaczne objawy, a lekkie naodwrót, bardzo groźne. Przedziurawienie wystąpić może nagle wśród najlepszego stanu chorego. Zawsze proponować odrazu operacyi także nie można, bo nie możemy zapewnić chorego, że jest ona bezwzględnie wskazana. Wskazaniami do operacyi są: deskowate napięcie powłok brzusznych, stale utrzymujące się tętno ponad 100, nieustający ból, ciągłe lub częste wymioty, dreszcze i gorączka stała około 40°, lub nagły spadek ciepłoty poniżej normy. Między 3—6 dniem choroby zwykle jest już albo polepszenie, albo przedziurawienie i zapalenie otrzewnej, albo też ograniczone ropienie. Trzeba wtedy indywidualizować. Ropnego zapalenia otrzewnej, trwającego 4 dni, autor już z zasady nie operuje. Z nacięciem odgraniczającego się ropnia za długo też zwlekać nie należy. Po 7. dniu choroby operuje się jedynie w razie ropnia. Już po pierwszym lekkim napadzie operuje autor takich chorych, którzy muszą dużo używać ruchu i pracować fizycznie; zresztą czeka na drugi napad, a wtedy operuje odrazu. Po napadzie operować można w 4—6 tygodni. Zadaniem głównem lekarza praktycznego jest nietyle leczenie napadu, ile raczej wczesne rozpoznanie wskazania do operacyi. Wypadki niepewne, a ciężkie powinny być najdalej 3. dnia operowane. Na zimno operować się musi: po przebytym ciężkim napadzie lub po kilku lekkich, a należy: po napadzie lżejszym. *Klesk.*

Prof. Riedel **Najwygodniejsze cięcie do operacyi wyrostka robaczkowego i jego zastosowanie do podwiązania tętnicy biodrowej zewnętrznej, operacyi przepuklin udowych i do większych operacyi śródbrzusznych.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 14). Riedel polecił do operacyi wyrostka robaczkowego swoje cięcie tak zwane zygzakowate (spr. Przegl. lek. Nr 45, r. 1905), mające tę zaletę, że wszystkie mięśnie przecina się w kierunku przebiegu włókien, przez co cięcie to nie rani większych nerwów, daje dobry dostęp w głąb, a w końcu ochrania od następowych przepuklin. Obecnie tem cięciem operowano już przeszło 1000 chorych. Z cięcia tegoż można także wygodnie wyjmować gruźlicze gruczoły, podwiązywać tętnicę biodrową zewnętrzną i wykonywać próbne otwarcie brzucha. Cięciem tem także operuje Riedel doszczętnie przepukliny udowe, a to w ten sposób, że nad kanałem prowadzi krótkie cięcie aż do więzadła Pouparta, uwalnia worek i podwiązuje krótko. Potem wykonuje cięcie zygzakowate możliwe środkowo, wyciąga lejek otrzewny i wciąga go do jamy brzusznej, umocowując katgutem do przedniej ściany brzucha w wewnętrznym kącie rozstępu mięśnia skośnego wewnętrznego i poprzecznego. Nie nadaje się zaś to cięcie zygzakowate do zakładania sztucznego odbytu, bo rana goi się za szybko. Powięź mięśnia skośnego zewnętrznego powinna być przecięta 1—1½ ctm. powyżej więzadła Pouparta, a nie wyżej. *Klęsk.*

Sonnenburg. **Dalsze spostrzeżenia nad wartością liczenia ciałek białych przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 81, C. II). S. poleca gorąco uwzględnianie liczby ciałek białych przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, oczywiście wspólnie z innymi objawami klinicznymi. Wartość ma nie bezwzględna liczba, lecz przebieg krzywej zwiększania się lub zmniejszania liczby ciałek białych. Obok liczby ciałek białych należy głównie uwagę zwracać na tętno i gorączkę. Równoczesne polepszanie się tych objawów jest pomyślniejsze, niż nagła zmiana w jednym z nich. Gdy po operacyi spada nagle liczba ciałek białych, a operacya wykonaną była z powodu ciężkich początkowych objawów, nie należy spodziewać się dobrego wyniku. Przypadki takie kończą się bowiem zwykle ogólnem zakażeniem. *Klęsk.*

Sonnenburg. **Zapalenie wyrostka robaczkowego, a ostry nieżyt kiszek.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 14). Często bardzo trudno w początkach odróżnić zapalenie wyrostka robaczkowego od ostrego nieżytu kiszek. Jedynie pilne śledzenie przebiegu i liczenie ciałek białych oddać tu może usługi. Utarło się mniemanie, że przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, zwłaszcza w początkach, nie wolno podawać na przeczyszczenie. Mniemanie to ma niemiłe następstwa, bo z obawy zaszkodzenia nie stosuje się obecnie środków przeczyszczających w przypadkach wątpliwych tam, gdzie one właśnie są wskazane. Wobec tego nie waha się autor w lekkich nieżytowych przypadkach zapalenia wyrostka, a dalej w przypadkach wątpliwych, gdy rozpoznanie waha się między nieżytem kiszek, a zajęciem wyrostka, podawać wprost dla celów rozpoznawczych olejek rącznikowy. Złych następstw nigdy S. nie widywał, a przeciwnie jedynie

dobre. Do operacyi i tak się jest na każdy przypadek przygotowanym. *Klęsk.*

Prof. Papaïoannou. **Odmiana doszczętnej operacyi przepukliny podług Bassiniego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 14). Ulepszenie sposobu Bassiniego osiąga P. w ten sposób, że powięź zewnętrzną przecina nie nad kanałem pachwinowym, lecz trochę powyżej niego, przez co obie linie szwów nie leżą na sobie; worka po podwiązaniu nie zapuszcza wprost do jamy brzusznej, lecz przyszywa 2½—3 ctm. powyżej wewnętrznego pierścienia pachwinowego pod mięśniami. *Klęsk.*

Stubenrauch. **Odradzanie się pęcherzyka żółciowego po częściowem wycięciu.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 82, Z. 2). Przypadek autora dowodziłby, że przy zastojach w drogach żółciowych może się z małego kikuta pęcherzyka żółciowego odrodzić zupełnie prawidłowej wielkości woreczek o tej samej budowie, co prawidłowy. *Klęsk.*

Ehrhardt. **W sprawie etyologii nawrotów prawdziwych i rzekomych po operacyach kamieni żółciowych.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 14). Nawroty po operacyi kamieni żółciowych mogą mieć różne przyczyny i występują jako: 1) nawroty prawdziwe, 2) nawroty rzekome przez *a*) zostawienie i przeoczenie kamieni przy operacyi, *b*) zrosty, wywołujące potem objawy kolki, 3) przypadłości nerwowe. Nawroty prawdziwe należą do rzadkości. Zostawienie kamieni przy operacyi wydarza się w 2—4 prc. przypadków. Zrosty dają również tylko rzadko objawy nawrotów. Objawy natomiast nerwowe dość często łudzą lekarza. O ile nawroty prawdziwe są rzadkie, o tyle znów często spotyka się w tak zwanych przewodach Luschki drobniutkie złogi i te najczęściej są przyczyną nawrotów kolki. Uniknąć ich można jedynie po operacyi doszczętnej, t. j. wycięciu woreczka żółciowego, i ten też zabieg uważa autor przy kamicy żółciowej za najlepszy. *Klęsk.*

Kümmel. **O gruźlicy nerek i pęcherza. Wczesne rozpoznanie i wczesna operacya.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 81, Z. 1). Gruźlica usadawia się zwykle pierwotnie w nerce, a dopiero następowo szerzy się na moczowód i pęcherz. Zakażenie pęcherza od strony narządów płciowych u mężczyzn należy zaliczać do wyjątków, jak również pierwotną gruźlicę pęcherza bez zajęcia nerki. Pomyłki rozpoznawcze powstają z tego powodu, że gruźlica nerki objawia się zwykle dopiero wtedy, gdy rozszerzy się i na pęcherz, przypadłościami pęcherzowemi. Wiele tak zwanych wiewiórowych nieżytów pęcherza, polega na gruźlicy, a często gruźlica rozwija się na tle przebytego wiewióra. Sprawę napewno rozstrzyga tylko cewnikowanie moczowodów, jeżeli zaś tego nie można wykonać, to o operacyi rozstrzyga kryoskopia krwi. Jeżeli punkt marznięcia leży poniżej 0,6, należy wstrzymać się od wycięcia nerki, a wykonać tylko nacięcie, a dopiero następowo, gdy punkt krzepnięcia wróci do normy, operować doszczętnie. K. wykonał z powodu gruźlicy 70 wycięć nerki (5 †) i 10 nacięć (3 †). Przed stosowaniem nowoczesnych metod badania miał śmiertelność 27 prc., obecnie zaledwo 2·7 prc. *Klęsk.*

Goldschmidt. **Właściwości i cele nowego sposobu oglądania cewki moczowej.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 14). Nowe przyrządy, podane przez autora, dozwalają oglądać cewkę nie krok po kroku we wzierniku, jak dotąd, lecz w całości, jakby widok na tunel. Cewkę przy badaniu napełnia się wodą. Autor z metody swej jest zupełnie zadowolony, pozwala bowiem ona oglądać rozwijanie się trypra na błonie śluzowej, zmiany przy tryprze przewlekłym, dalej pozwala ona obejrzeć wzgórek nasienny, całą tylną część cewki, działanie zwieracza i t. p. Badanie jest prawie bezbolesne. Przyrządy autora wyrabia firma »Löwenstein«, obmyślane są zaś na wzór cystoskopu Nietzego. *Klęsk.*

Haenisch. **O leczeniu przerostu sterczu promieniami Roentgena.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 14). Wobec tego, że gruczoł krokowy jest narządem pochodzenia nabłonkowego, polecił Moszkowicz leczyć przerost sterczu naświetlaniami, mając na uwadze silne działanie promieni X na twory nabłonkowe. Wyniki miał otrzymać bardzo dobre. Gruczoł już od pierwszego tygodnia leczenia malał, zatrzymanie moczu ustępowało. Autor w swoich przypadkach miał wyniki dobre, ale nie uważa mimoto tego sposobu leczenia za bardzo pewny. Promienie działają dobrze w przeroście miąższowym, natomiast w przypadkach silnego rozrostu tkanki włóknistej są bezskuteczne. Równocześnie leczyć należy mechanicznie i pęcherz. Do naświetlań używa autor osobnego, przez siebie zbudowanego szkła. Gruczoł naświetla z pomocą 10 ctm. długiego wziernika ze szkła ołowianego. Używa lamp z chłodnicą wodną Müllera. Odległość 26 do 29 ctm., jedno naświetlanie trwa 6 minut. Naświetlań robi autor 6—8 w przeciągu 2—3 tygodni. *Klęsk.*

Okulistyka.

Pechin. **Szczególna postać gruźlicy jagodówki.** (*Arch. d'opht.* 1906, Nr 8). U 2 kobiet młodych, dotkniętych gruźlicą ogólną, widoczne były na całym obwodzie rogówki na błonie Descemeta liczne, drobne, okrągłe plamki barwy cytrynowo-żółtej. Prócz tego stwierdzono inne zwykłe znamiona gruźlicy śródgałkowej, jak gruzełki w tęczówce, szare złogi na tylnej ścianie etc. Autor twierdzi, że w takich przypadkach zmiany w oczach nie są wywołane bezpośrednio obecnością prątków Kocha, lecz są następstwem zatrucia tkanek jadem gruźliczym, krążącym we krwi. *K. W. Majewski.*

Cantonnet. **Wędrówki następowe soczewki zwichniętej pod spojówkę.** (*Arch. d'opht.* 1906, Nr 11). Zestawiając 85 przypadków zwichnięcia soczewki z piśmiennictwa, omawia C. mechanizm takiego zwichnięcia i kierunek wędrówki, jaką odbywa soczewka. Zwichnięcie soczewki pod spojówkę zdarza się rzadko. Wędrówka soczewki odbywa się dopiero następowo i nie bywa bezpośrednio wywołaną przez uraz. Czynnikami sprzyjającymi są: obecność niepękniętej torebki soczewkowej, która utrzymuje soczewkę w całości i łatwiej pozwala się jej wyśliznąć przez ranę twardówkową; obecność nabiegu wodnistego pod spojówką gałki, który spojówkę tę podnosi i stwarza miejsce dla zwichniętej soczewki; wreszcie w pewnych przypadkach odgrywa rolę siła ciężkości, soczewka bowiem własnym ciężarem opuszcza się ku dołowi i zajmuje najniższe miejsce pod spojówką. Bezpośrednią przyczyną, wywołującą wydobycie się soczewki pod spojówkę przez ranę urazową, bywa albo uraz ponowny, wstrząśnienie ogólne, mimowolne uciśnięcie gałki (podczas snu), albo silny skurcz mięśnia obrączkowego. *K. W. Majewski.*

Scrini i Fortin. **Środkowy ubytek w polu widzenia w przypadkach niedowidzenia wrodzonego i związek jego z nieprawidłowościami porodu.** (*Arch. d'opht.* 1906, Nr 11). Autorowie utrzymują, że wrodzona amblyopia polega na niedostatecznym rozwoju, lub też na zaniku skutkiem uszkodzenia w czasie porodu włókien nerwu wzrokowego, zaopatrujących plamkę żółtą. Scrini stwierdził już przedtem, że u noworodków, które przyszły na świat wśród ciężkiego porodu, przy użyciu kleszczy lub innych zabiegów położniczych, często znaleźć można wybroczyny w siatkówce. Powstawaniem takich wybroczyn możnaby zatem objaśnić uszkodzenie pewnych części siatkówki, już od urodzenia istniejące i wywołujące trwałe niedowidzenie. *K. W. Majewski.*

Cantonnet. **Okolica między tarczą, a plamką żółtą i badanie perymetryczne barw przy oderwaniu siatkówki.** (*Arch. d'opht.* 1906, Nr 8). Autor na podstawie szeregu żmudnych badań perymetrycznych w przypadkach częściowego oderwania siatkówki stwierdza, że siatkówka nieoderwana w miejscach sąsiadujących z oderwaniem nie jest zupełnie prawidłową, chociaż wziernik nie stwierdza na niej zmian. Ścisłe badanie perymetryczne pozwala zazwyczaj wykryć osłabienie lub zniesienie poczucia barw w granicach, trzymających się w pewnej odległości od granic rzeczywistego oderwania siatkówki. Zjawisko to oczywiście odnieść należy do ustawicznego pociągania, jakiego doznaje przylegająca część siatkówki ze strony siatkówki oderwanej. *K. W. Majewski.*

Fleischer. **O zmianach w nerwie wzrokowym w przebiegu stwardnienia rozsianego.** (*Opht. Klinik* 1906, Nr 19). Wobec tego, że wielokrotnie stwierdzono, iż w przypadkach ostrego pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego, nieraz dopiero później zjawiają się znamienne objawy stwardnienia rozsianego, zasięgał autor wiadomości co do obecnego stanu chorych, dawniej leczonych z powodu zapalenia nerwu wzrokowego, samoistnego i zapalnego zaniku nerwu, tarczy zastoinowej, a wreszcie kilku przypadków widzenia połowiczego. Dotychczasowe badania nie wykryły w żadnym z powyższych przypadków wyraźnych objawów stwardnienia rozsianego. *Doc. K. W. Majewski.*

Aubineau. **Leczenie surowicą w błoniczem porażeniu akomodacyi.** (*Ann. d'ocul.* 1906. Nr 9). Autor przytacza spostrzeżenie własne, które ma przemawiać za skutecznością surowicy przeciwbłoniczej w przypadkach porażenia podniebienia miękkiego i akomodacyi. Wykonał on szereg wstrzyknięć surowicy i stwierdzał po każdej dawce poprawę, zwłaszcza co do szerokości akomodacyi. Przyznaje jednak, że zupełne wyleczenie nastąpiło dopiero po zużyciu 230 cm^3 surowicy. *Doc. K. W. Majewski.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d. 24 kwietnia 1907.

Przewodniczący prezes prof. Rosner. Obecnych członków 30.

1) Protokół odczytano i przyjęto.

2) Prof. Kader przedstawia *a)* chorego, u którego wykonał **wycięcie krtani z powodu raka**, a potem z powodu nawrotu doszczętną operacyę z wycięciem tętnicy szyjnej wspólnej lewej, *b)* chorą, u której przed dwoma laty z dodatnim wynikiem operował **stopy płaskie.**

3) Doc. Horoszkiewicz okazał **narzędzia sekcyjne nowego typu**, podane przez Simmondsa, mianowicie noże na końcu tępe, kleszcze do pociągania języka, szczypczyki do trzymania mniejszych narządów, kleszczyki do oddzielania opony twardej od kości i grube gumowe rękawiczki.

Dyskusya: Prof. Ciechanowski nie wszystkie z przedstawionych narzędzi uznaje za dobre; rękawiczki przy wszystkich swych zaletach mogą jednak na ręku mniej wprawnego lekarza właśnie stać się dlań niebezpieczne. Prof. Kader zaznacza, iż kilka z tych narzędzi oddawna ma zastosowanie w chirurgii i porusza sprawę używania rękawiczek w chirurgii. Prof. Rosner przyznaje wyższość rękawiczkom nicianym przy operacyach aseptycznych z powodu pewności, z jaką ręką trzyma się przez nie śliskie narządy i narzędzia.

4) Dr Rapoport wyłożył rzecz p. t.: **Enuresis** (przeznaczone do druku).

W dyskusyi przemawiali koledzy Rydel, Kozłowski, Borzęcki i prelegent. Sekretarz: *Dr Owsiński.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe w d. 26. kwietnia 1907.

1) Prym. dr Krzyszkowski przedstawił własnego pomysłu przyrząd **do wygotowywania łopatek**, służących do badania ust i gardła.

2) Prym. dr E. Sawicki mówił **„O psychofizyologii człowieka ze stanowiska klasycznego założyciela tej umiejętności przyrodniczej, Arystotelesa“.** W zajmującym wykładzie skreślił prelegent zarys rozwoju psychofizyologii od najdawniejszych do najnowszych czasów.

Dr Franke przedstawił chorego z kliniki lekarskiej z objawami **niedomykalności zastawki dwudzielnej i trójdzielnej** w stanie względnego wyrównania. Jak wynika z badania tętna, przedstawionego w zdjęciach z tętnicy sprychowej i żyły szyjnej, jakoteż z tętnicy sprychowej i wątroby, jest tętno żylne i wątrobowe dodatniem. Chory jest już od 3 lat w obserwacyi klinicznej. Przyczyną długotrwałego wyrównania jest w tych przypadkach nietylko czynność komory prawej, ale także wątroby i naczyń obwodowych. Łódkowy ruch w okolicy serca i nieznaczne przesunięcie granicy stłumienia na prawo przemawiają w tym przypadku za istnieniem prawdziwej, a nie względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej.

W dyskusyi przemawiali: docent Biernacki i prym. Pisek.

Posiedzenie naukowe w d. 3. maja 1907.

1) Dr Reis przedstawił chorego z kliniki okulistycznej z **nabytym zrostem brzegów powiekowych** (*ancyloblepharon acquisitum*).

2) Dr Sabatowski okazał **rentgenogram piątego kręgu lędźwiowego** młodej osoby, która od 2 lat cierpi na dolegliwości, wzbudzające przypuszczenie próchnienia kręgów. Na obrazie widać nadmiernie rozwinięty wyrostek poprzeczny prawy tego kręgu. Nie jest wyłączone, że ma się przed sobą rozwojową zmianę wyrostka. W dyskusyi przemawiali: prof.: Kadyi, Mars i dr Obtułowicz.

3) Dr Franke przedstawił chorego z kliniki lekarskiej **z tętniakiem łuku tętnicy głównej.** Chory cierpiał na nadzwyczaj silne bole w okolicy górnej części mostka, które ustąpiły zupełnie pod wpływem leczenia przeciwkiłowego. Także wypuklenie, wywołane przez tętniak, znacznie zmniejszyło się w czasie tego leczenia. Rozpoznano więc: tętniak **na tle kiłowem,** ze zmianami dokoła jego ścian, uciskającemi na pnie nerwowe (*aortitis et periaortitis gummosa*).

4) Dr Schneider opisał przypadek **włóknikowego zapalenia płuc u człowieka, dotkniętego policytemią szpikową, u którego poprzednio już wycięto śledzionę.** Na uwagę zasługuje obraz krwi, a mianowicie zachowanie się ciałek białych, których ilość w miarę rozwijania się sprawy zapalnej zaczęła spadać. Prelegent nie odnosi tego wszakże do braku śledziony, ale do choroby szpiku kostnego. Zresztą dowodzi ten przypadek, że śledziona nietylko do życia, ale i do zwalczania chorób zakaźnych nie jest człowiekowi konieczną.

Dr W. Ziembicki.

Sekcya wadowicka Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie w dniu 6. kwietnia 1907.

Obecnych członków Sekcyi 12 i gość z Krakowa, dr Kazimierz Flis.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego posiedzenia administracyjnego, przewodniczący kol. Bukowski udzielił głosu drowi K. Flisowi, który zdał sprawę z zabiegów Tow. Samopomocy, zmierzających do utworzenia **organizacyi wszystkich lekarzy** celem obrony ekonomicznych i społecznych interesów zawodu lekarskiego. Po obszerniejszej dyskusyi, w której jednomyślnie potrzebę tej organizacyi podnoszono, uchwalono na wniosek kol. Bednarskiego, aby Tow. Samopomocy wydrukowało i rozesłało członkom projekt organizacyi i aby dopiero po rozpatrzeniu przez nich projektu ustanowiło na osobnem Walnem Zgromadzeniu sposób organizacyi, ewentualnie przemianę Tow. Samopomocy na organizacyę zawodową centralną.

2) Na Walne Zgromadzenie Tow. lek. gal. we Lwowie (Sekcya wadowicka liczy obecnie 34 członków) wybrano delegatami kol. dra St. Zawadzińskiego i kol. dra Józefa Bednarskiego, zaś zastępcą kol. dra A. Bukowskiego.

3) W sprawie **taryfy za czynności lekarskie,** po obszerniejszej dyskusyi przyjęto za zasadę utworzenie taryfy minimalnej, opartej na zasadach taryfy jarosławskiej; projekt taryfy uchwalono rozesłać wszystkim członkom Sekcyi do poczynienia stosownych uwag. Następnie Biuro Sekcyi na podstawie nadesłanych mu uwag ułoży taryfę i przedstawi ją pod obrady na najbliższem posiedzeniu administracyjnem, z końcem maja lub z początkiem czerwca b. r.

4) W sprawie projektu **organizacyi lekarzy szpitalnych** prowincyonalnych, uchwalono najpierw zapytać się wszystkich lekarzy szpitalnych, czy uznają potrzebę utworzenia takiej organizacyi lekarzy szpitalnych, jakie jej zadania uważać należy za główne, i czy zapytywany przystąpi do takiej organizacyi.

5) Na wniosek kol. Zawadzińskiego uchwalono, aby każdy członek Sekcyi na cele administracyjne Sekcyi złożył za rok 1907 po 2 korony.

6) Uchwalono ponownie zapytać Radę Zawiadowczą Tow. lek. gal., czy i jakie kroki podjęła w sprawie postulatów Sekcyi wadowickiej co do **szczepienia ospy.**

7) Na wniosek kol. Bednarskiego uchwalono sprawę ukrócenia **partactwa lekarskiego** i odpowiedniej zmiany ustawy, dotyczącej partactwa, gorąco polecić Izbom lekarskim.

Sekretarz *Dr St. Żędzianowski.* Przewodniczący *Dr A. Bukowski*

W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego.

III.

Braki i potrzeby.

Zestawił **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

(Dokończenie.)

Jeszcze i teraz gdzieniegdzie »żalą się lekarze, że służba jest nauczona kryć przed nimi wszelkie zdarzenia, tak że dopiero za pośrednictwem Siostry może się lekarz czegoś dowiedzieć, nigdy zaś wprost od służby z pierwszej niejako ręki« [1].

Dodam tu jeszcze tylko jeden, niedawny fakt, że na oddziale zakaźnym pewnego szpitala nie było sposobu przeprowadzić, aby Siostra oddziałowa posługiwała się płóciennym chałatem i by na posiłki nie przechodziła z oddziału do swego »conclave«, zabierając na szorstkim habicie wszystkie nagromadzone zarazki...

[1] Insp. w r. 1906. str. 22.

Olbrzymich, przez Siostry oddawanych usług i wielkiego ich pożytku, nikt nigdy nie przeczył i nie przeczy, a krytyka niedostatków nie powinna być uważana, jak to bywało i bywa, za jakieś uprzedzenie do Sióstr Miłosierdzia lub zgoła niechęć do zakonnej obsługi szpitali, bo krytyka taka, byle słuszna, jest obowiązkiem wobec społeczeństwa. W interesie zaś szpitalnictwa naszego leży, aby wielki pożytek, jaki mu przynoszą Siostry, był jeszcze większy, aby był największy, jaki jest do osiągnięcia.

Lekarz powinien mieć na swym oddziale czy w szpitalu pełną władzę, być panem absolutnym, boć on, nie kto inny, odpowiada za swych chorych, w jego ręku leżeć ma ich śmierć i życie. Nie może tedy w żadnym szpitalu być w rzeczach lekarskich innej władzy, jakiegoś ubocznego rządu, o który najlepsze chęci i najbardziej wytężona praca lekarza rozbijaćby się mogła. A dopóki nie będzie dowiedzione, że nadzór nad chorymi nie należy do zakresu lekarskiego, dopóty służba wszelka lekarzowi ma podlegać w pierwszej i ostatniej instancyi.

Nie rozumiem, dlaczego to, co jest możliwe w Warszawie, nie miałoby być możliwe u nas, dlaczegoby Siostry Miłosierdzia nie mogły się zastosować do tego, do czego bez trudu stosują się i to w naszych właśnie niektórych szpitalach prowincyonalnych Siostry z innych Zgromadzeń, dlaczegoby Siostry Miłosierdzia nie miały posiadać wszędzie tych samych kwalifikacyi fachowych, jakich gdzieniegdzie na prowincyi u nas, czyto dzięki staraniom lekarzy, czy dzięki rozumniejszej i dzielniejszej przełożonej, nabyć potrafiły[1]). Zmiana kontraktu z Siostrami Miłosierdzia, dokładne określenie ich praw i obowiązków, poddanie służby pod władzę lekarza, są rzeczą konieczną i przed 5 laty już podnoszoną. A wykształcenie fachowe sióstr, jako tych, które są »właściwie dozorczyniami chorych«, jest postulatem tak oczywistym, że trudno zrozumieć, jak mogą jeszcze w tym kierunku być jakieś wahania się, czy wątpliwości.

Zdaje mi się, że jeszcze i innych kwalifikacyi niekiedy Siostrom szpitalnym braknie, na których nabycie takżeby nacisk położyć trzeba. Z tego, co przytoczono powyżej o żywieniu chorych, wnosić wolno, że nie wszędzie dość umiejętnie władną Siostry sztuką kulinarną, nawet w skromnym i niewykwintnym szpitalnym zakresie. Toby także godziło się poprawić, jeżeli gdzie szwankuje. A w takiej szkole, w którejby Siostry Miłosierdzia nabywały wszelkich wiadomości, koniecznych do naprawdę umiejętnej pracy w szpitalach, a w którejby nauczali lekarze i inni zawodowcy, z rzeczą dobrze obeznani, nie zapomnianoby w dzisiejszej dobie pewno i o tym czynniku, którego doniosłość dopiero od niedawna ponownie po wiekach zapomnienia doczekała się oceny: o wpływie, jaki na cały ustrój chorego wywiera jego otoczenie[2]), odnoszone wrażenia, o potrzebach jego umysłu i serca, co wszystko tak słusznie i z szerszego stanowiska obecny Inspektor szpitali w swem sprawozdaniu w wielu miejscach podnosi[3]).

Tesame kobiety, które tak chętnie spieszą chorym z pociechą religijną, umiałyby bez kosztów i bez wielkiego trudu urządzać dla nich milsze, niż obecnie, otoczenie, gdyby je o potrzebie tego pouczono i wskazano, co można zrobić bez szkody dla chorego ku jego wygodzie i osłodzie smutnych chwil szpitalnych.

Niezmierzone zasoby ofiarności i poświęcenia, składane na ołtarzu cierpiącej ludzkości, wystarczyłyby Siostrom Miłosierdzia także na poniesienie trudu fachowej nauki dozorowania chorych.

Bez naruszenia świętości idei, która kieruje Zgromadzeniem, bez zamachów na przepisy ich reguły, można jednak i trzeba pamiętać o usterkach, od jakich nie jest wolne żadne wykonawstwo, można i trzeba otwarcie i stanowczo żądać i uzyskać zmiany, które są koniecznością.

Kosztów nie może się kraj i tu obawiać chyba żadnych.

O tych, którzy są osią wszystkiego, o czem się tu mówiło, o chorych samych i postępowaniu z nimi, niewiele już dodać wypadnie. Wszystkie te ulepszenia, które wymieniliśmy jako potrzebne lub pożądane, łatwe czy trudne, kosztowne czy nic nie kosztujące, zmierzają ostatecznie ku dobru chorującej i leczącej się w szpitalach ludności. Uwzględnienie potrzeb szczególnych kategoryi chorych jest rzeczą wiedzy, doświadczenia i gorliwości kierujących lekarzy, którzy jedynie wybrać mogą drogę wiodącą w danych miejscowych, a tak różnych warunkach najlepiej do celu. O dwóch tylko kategoryach chorych, które znajdą się w każdym szpitalu, słów kilka.

Jedną z nich ci, których wykształcenie i sposób życia przyzwyczaiły do większych nieco wymagań duchowych i fizycznych, a których środki lub rodzaj choroby nie pozwalają leczyć się w domu. Ci chorzy »klasowi«, mogący poczęści być dla szpitali źródłem dochodów[1]), zasługują na to, aby o nich przecie więcej, niż dotąd, pomyślano, aby znalazło się dla nich wygodniejsze i estetyczniejsze od dotychczasowego pomieszczenie. To jest nietylko sprawą kosztów, ale także i sprawą sposobu urządzenia t. zw. separatek. Na II klasie oddziałów wewnętrznych w krakowskim szpitalu (nie mówiąc o innych oddziałach i szpitalach) umieszcza się nieraz po kilku chorych w jednym pokoju, narażając ich nieraz na widok cierpień i pasowania się z życiem, czego przecież z czysto ludzkich względów nawet najbiedniejszym chorym powinno się oszczędzać. We Lwowie na II oddz. wewnętrznym »separatka tylko jedna na 2 lub 3 łóżka«[2]). Nie będzie wielkim kosztem obmyśleć przy nowych budowlach dla takich chorych pomieszczenie stosowniejsze i weselsze, niż dotąd bywało, a na ozdobienie i udogodnienie czasowych pomieszkań, gdzie to możliwe, znalazłaby się i bez przyczynienia się funduszów krajowych ofiarność, gdyby o nią umiano zastukać i zerwano z szablonem »szpitalnego« urządzenia. Tak przecie, z ofiar, powstały i (nieliczne) biblioteczki dla chorych po szpitalach prowincyonalnych[3]).

Drugą kategoryą są chorzy na gruźlicę, stanowiący olbrzymi odsetek chorych, co ocenić można z tego, że u $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{3}$ zmarłych w szpitalach gruźlica jest przyczyną śmierci. Są to wszystko przeważnie przypadki daleko posunięte, odosobnienie ich jest ze względu na zapobieżenie szerzeniu się gruźlicy przez szpitale nie najmniej ważne; należałoby dla nich potworzyć osobne sale, co nawet przy dzisiejszem przepełnieniu szpitali choć w części byłoby wykonalne[4]). Z drugiej strony należałoby pomyśleć o stworzeniu korzystniejszych warunków dla wyleczalnych przypadków niedaleko posuniętej lub rozpoczynającej się gruźlicy. Wszak tu chodzi o przywrócenie jaknajwiększej zdolności do pracy olbrzymiemu zastępowi ludzi pracujących. Mimo wszelkich biurokratycznych reguł chorzy tacy do szpitala zgłaszać się zawsze będą i choćby ze względu na gorączkę przyjmowani być muszą. Nie ukrywajmyż się z tem pod śmieszną rubryką statystyczną »Pnemonia catarrhalis chronica«, ale raz otwarcie sprawę postawmy i według tego też postępujmy. Sanatoryów dla takich chorych w dostatecznej liczbie nie stworzymy, bo na to nie stać nawet tylekroć od nas zamożniejsze Niemcy; a jednak chorych tych leczyć musimy jaknajstaranniej z samego już względu na oszczędzenie krajowi kosztów utrzymania niezdolnych do pracy i ich rodzin. Im lepiej ich wyleczymy, tem ta oszczędność będzie większa, a idzie ona, jak w Niemczech obliczono, w dziesiątki milionów rocznie. Dlatego, skoro szpitali od tych chorych uwolnić niepodobna, niechby nie szczędzono niewielkich wydatków na leżalnie i t. d., i na lepsze tych chorych żywienie.

Zdołałem dotknąć zaledwo przelotem niektórych ważniejszych z pośród cisnących się pod pióro spraw. Wiele z nich wymagałoby znacznie obszerniejszego omówienia, wiele drobniejszych zupełnie musiałem pominąć, niejednej nie powiodło się może przedstawić dość jasno i dokładnie wskutek braku całkowitego szczegółowego materyału i nieuniknionego pośpiechu[5]). Ale też nie szło o wyczerpujące opracowanie sprawy, o danie pełnego obrazu stanu szpitalnictwa galicyjskiego i kuszenie się o całkowity program na przyszłość. Zadanie polegało na zestawieniu i podkreśleniu tylko ciemnych stron, jakie pomimo wielu ulepszeń, dokonanych w latach ostatnich i najświeższych propozycyi Wydziału krajowego i uchwał Sejmu jeszcze pozostają i na zwróceniu uwagi w grubym szkicu na to, co wydawałoby się na przyszłość przedewszystkiem konieczne.

Zbierając wszystko, co się wyżej powiedziało, sądzę, że oprócz tegorocznemu Sejmowi przedłożonych i przezeń uchwalonych wniosków, domagałyby się załatwienia:

---

[1]) Por. Insp. w 1906, opinie o stanowisku i działalności Sióstr w rozmaitych szpitalach.

[2]) Por. dziełko prof. Mendelsohna.

[3]) Insp. w 1906. por. wyżej.

[1]) Spr. ank. z r. 1902, str. 28, 32 i i.; uznaje to i Wydział kraj. w spraw. o zakładzie obłąkanych w zachodniej Galicyi.

[2]) Insp. w r. 1906, str. 6.

[3]) Insp. w r. 1906.

[4]) Tylko o jednym szpitalu i to prowincyonalnym czytamy w Insp. 1906, że ma osobne sale dla gruźlicy.

[5]) Uwagi niniejsze wydrukowane zostały jako osobna broszura i rozesłane członkom Sejmu jeszcze z początkiem wiosennej sesyi Sejmu, zanim przyszła pod obrady którakolwiek ze spraw szpitalnictwa.

1. Opracowanie — lub, jeżeli istnieje, rewizya — całkowitego, systematycznego planu zaopatrzenia kraju w nowe szpitale, dostosowane rozmieszczeniem, liczbą łóżek i t. p. do stosunków terytoryalnych, chorobowości i t. d. i systematyczne ich zakładanie według stopnia potrzeb pewnych części kraju, a nie według przypadkowego stanu funduszów powiatowych lub gminnych na to przeznaczonych; w tym celu utworzenie dla zasilenia słabszych finansowo powiatów i gmin funduszu szpitalnego na wzór funduszu melioracyjnego i przemysłowego.

2. Wywarcie nacisku na gminy i powiaty w kierunku zakładania przytułków dla nieuleczalnych i ozdrowieńców, zarówno przez ogólną ustawę o dobroczynności publicznej, jak i przez środki administracyjne; budowa kilku krajowych takich przytułków; założenie przytułków położniczych, a w tym względzie przedewszystkiem przyspieszenie jaknajwiększe budowy domu porodowego w Krakowie.

3. Opracowanie całkowitego, systematycznego planu inwestycyi, dobudów i adaptacyi w już istniejących szpitalach, a niezależnie od tego jaknajrychlejsze przygotowanie równie gruntownej rekonstrukcyi i modernizacyi szpitala krakowskiego, jak przedłożona tegorocznemu Sejmowi rekonstrukcya szpitala lwowskiego, przyspieszenie budowy, rozszerzenia lub rekonstrukcyi szpitali w Bochni, Brodach, Jaśle, Podhajcach, Stanisławowie, Wadowicach i Żółkwi.

4. Zaopatrzenie szpitali w odpowiednie urządzenia wewnętrzne, których znaczna ich większość nie posiada, nowożytne sprzęty i t. d.

5. Reforma głównego zarządu przez wzmocnienie Departamentu V. Wydziału krajowego dostateczną liczbą sił lekarskich pod kierownictwem dotychczasowego inspektora szpitali: rozłożenie czynności doradczych między zwoływane umyślnie ankiety a c. k. Krajową Radę zdrowia z rozszerzeniem stosunku do niej poza sprawy obowiązkowo urzędowe.

6. Jaknajstaranniejszy dobór kierowników szpitali i oddziałów w szpitalach większych, pomnożenie liczby oddziałów i kierowników przy równoczesnem zmniejszeniu wielkości oddziałów, wydatne pomnożenie liczby lekarzy pomocniczych; dalsza wydatna poprawa bytu lekarzy szpitalnych. Stworzenie pracowni naukowych we wszystkich szpitalach, gdzie ich dotąd niema; szczególna piecza o działalność lekarsko-naukową szpitali; przywrócenie sprawozdań naukowych ze szpitali.

7. Dalsza poprawa bytu służby, podwyższenie płac, stworzenie mieszkań; wykształcenie jej zawodowe; pomnożenie jej liczby zarówno w szpitalach głównych, jak i prowincyonalnych.

8. Zmiana kontraktu z Siostrami Miłosierdzia lub zastąpienie ich takiemi Zgromadzeniami zakonnemi, które poddadzą się wymaganiom nowoczesnego szpitalnictwa; poddanie służby niższej pod nieuszczuploną władzę lekarzy; stworzenie szkoły, kształcącej Siostry Miłosierdzia i innych Zgromadzeń w całym zakresie ich zawodu w sposób, zgodny z postulatami nauki.

9. Wykonanie nowoczesnego postulatu, by chorych otoczyć dostateczną wygodą i zmniejszyć im przykre wrażenia szpitalne; oddzielenie i nowoczesne postępowanie wobec chorych na gruźlicę.

Nakoniec, wobec coraz większego wzrostu i rozszerzania się agend autonomicznych władz krajowych w zakresie spraw sanitarnych, uważałbym za pożądane zwołanie ankiety, któraby dostarczyła materyału do planów systematycznego ukształtowania tej działalności. Obok szpitalnictwa stają dziś przed władzami krajowemi nowe, niezmiernie rozległe zadania w zakresie okręgowej służby zdrowia, asanizacyi miast i gmin, zdrojownictwa i t. p., (które także i w Sejmie powinny skupiać się wszystkie w komisyi sanitarnej), do czego mam nadzieję kiedyindziej powrócić.

Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1903, oraz 1901/2.

Streścił **prof. dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

Śmiertelność ze wszystkich chorób zakaźnych wogóle wynosiła w r. 1901 4·73, w r. 1902 — 6·38, w roku 1903 — 5·08 na tysiąc ludności. W ostatnich 30 latach były tylko lata 1900 i 1901 pomyślniejsze, niż rok 1903, a obniżanie się stopniowe śmiertelności z chorób zakaźnych jest tak wybitne i stałe, iż niewątpliwie nie jest przypadkowem zjawiskiem, ale skutkiem wytrwałej działalności władz sanitarnych. Jeszcze w r. 1890 zmarło bowiem z tych chorób 9·6‰ ludności, w ostatnich latach (prócz 1902) już mniej, niż 6‰. Największą śmiertelność z tych chorób mają powiaty czysto ruskie, odznaczające się, rzecz uderzająca, także i najwyższą płodnością.

Choroby zakaźne przenośne ze zwierząt wywołały w omawianych 3 latach śmierć u 45, 28, 31 osób, a mianowicie wąglik w 26, 21, 16 przypadkach, wodowstręt w 18, 16, 15, nosacizna w roku 1902 i 1903 po 1; z włośnicy nie miało być przypadku śmierci. Źródłem wąglika bywa zakażenie przy ratowaniu chorego bydła, przy zdejmowaniu skór z padlin, wskutek tajemnej sprzedaży mięsa z bydlęcia zakażonego (1902 — Lwów), przy sortowaniu i pakowaniu szerści, o czem w Sprawozdaniach przytoczono ciekawe szczegóły. Wśród zmarłych na wodowstręt było leczonych wogóle 19.

Co do reszty przyczyn śmierci, znajdujemy w Sprawozdaniach liczby następujące:

	1901	1902 osób	1903
udar mózgowy	1344	1284	1370
choroby serca i naczyń	2840	2750	2755
nowotwory złośliwe	2160	2181	2289
śmierć wskutek przypadku	1678	1500	1688
samobójstwo	326	332	360
zabójstwo i morderstwo	181	175	153

Zarówno ogólna liczba śmierci z przypadku, jak i rodzaje uszkodzeń z roku na rok prawie się nie zmieniają. Liczba samobójstw wzrasta, zabójstw — wzrastała do roku 1901, odtąd się zmniejsza. Najwięcej samobójstw zdarza się w obu stolicach i w kilku powiatach ruskich.

Osobno zwrócić należy uwagę na to, że rubryka:

»inne naturalne przyczyny śmierci«	1901	1902	1903
obejmuje osób	93.799	100.856	99.752
czyli na sto zmarłych	50·1	48·05	51

Ta rubryka jest ciemną stroną naszych statystyk śmiertelności. Obejmując stale połowę wszystkich zmarłych, odejmuje ona znaczną część wartości statystyce śmiertelności według przyczyn śmierci, i tak już przez znane przyczyny (oglądacze zwłok) osłabionej. Trudno tu spodziewać się rychłej zmiany na lepsze, boć do tego, by oględziny zwłok dokonywane były zawsze przez lekarzy, bardzo jeszcze daleko; zresztą i wtedy, jak pouczają statystyki naszych miast większych, nieprędko przestaną lekarze zbyt liberalnie posługiwać się tą rubryką. Sprawdzanie przyczyn śmierci przez lekarzy rozpowszechnia się niezmiernie powoli; i tak w r. 1900 sprawdzili ją lekarze u 24·6, w r. 1901 u 25·1, w r. 1902 u 25·9, w r. 1903 u 26·07% wszystkich zmarłych. Wszystkich oględzin dokonują lekarze tylko we Lwowie i w Krakowie, a są powiaty, gdzie oglądają zaledwo 8·3% (Dąbrowa — 1901), nawet tylko 7·1% zwłok (Kosów).

W końcu tego działu podają Sprawozdania tabliczki, objaśniające śmiertelność w poszczególnych powiatach. Najwyższą (ponad 30‰) śmiertelność mają stale powiaty wschodnie (ruskie), odznaczające się wysoką płodnością, wielką śmiertelnością dzieci do lat 5 i rozpowszechnieniem chorób zakaźnych i — miasto Kraków (z doliczeniem »obcych«); z powiatów z najniższą śmiertelnością (22·8‰) leżą prawie wszystkie w zachodniej części Galicyi. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska *ogłasza następujące*

Ostrzeżenie!

Lekarze domowi szpitala izraelickiego im. Lazarusa we Lwowie wnieśli do Rady szpitalnej petycyę o poprawienie ich warunków służbowych. W odpowiedzi na to Rada szpitalna w krótkiej drodze uwolniła petentów ze służby. Na podstawie uchwały Wydziału Izby z dnia 6. maja b. r. ostrzega się kolegów przed obejmowaniem posady lekarza domowego w szpitalu izraelickim we Lwowie bez poprzedniego porozumienia się z Izbą.

Prezydent Izby: *Dr Festenburg.*

W sprawie zjazdu lekarzy miejskich *otrzymujemy następujące pismo:*

Z powodu, że zaledwie 5 kolegów oświadczyło listownie swój współudział w urządzić się mającym wiecu lekarzy miejskich we Lwowie, sądzę, że wiec taki nie odpowiedziałby na razie zamierzonemu celowi. Również oświadczam, że z powodu braku czasu nie zajmę się urządzeniem wiecu w przyszłości.

Buczacz, 7. V. 1907. *Dr Krzyżanowski.*

Zarząd Sekcyi dla spraw zawodowych X. Zjazdu lekarzy i przyr. polskich uprasza tych kolegów, którzy zamierzają mieć jaki wykład w tej sekcyi, by zechcieli zgłosić tytuł wykładu u gospodarza sekcyi, dra Festenburga.

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	po 1 h
Od r. 1904 do końca r. 1906	314,765	112,950
W r. 1907 od 1. I. do 31. marca . . .	11,821	12,300
Od 1. do 30 kwietnia 1907	6,275	10,500
razem .	332,861	135,570

Dr Żydłowicz, administrator.

Projekt ubezpieczenia lekarzy rozwija w dalszym ciągu szczegółowo dr Wątorek (»Głos lek.« 9). Zdaniem jego kosztowałoby zabezpieczenie emerytury (3,000 K, po 35 latach), pensyi wdowiej (1,200 K), pensyi sierocej (240 K), na wypadek choroby oraz całkowitej i trwałej niezdolności do pracy, przeprowadzone na wzór zabezpieczona urzędniczego, każdego lekarza 1,200 K rocznie, a po potrąceniu dobrowolnej opłaty na emeryturę (którą dla rzeczywiście niezdolnych do pracy starców zastąpiłaby pensya, ubezpieczona na wypadek niezdolności do pracy), — 700 K rocznie. Każdy lekarz musiałby opłacać pod groźbą egzekucyi tę kwotę, a przynajmniej tę jej część, jaka pozostawałaby po potrąceniu »dywidendy«, z funduszów ubezpieczeniowych mu przypadającej. Do funduszów tych wpływałyby kwoty z przymusowych opłat od recept, świadectw lekarskich i t. d., z opodatkowania ryczałtów lekarskich i z dopłat od każdego lekarza. — (Wykonalność projektu dra Wątorka ocenić może z jednej strony tylko zawodowy znawca ubezpieczeń, któryby orzekł, czy podane w projekcie premie wystarczyłyby na tak wysokie renty, z drugiej zaś znawca stosunków materyalnych naszych lekarzy, któryby ocenił, czy lekarz może rocznie płacić 700, a po odliczeniu n. p. 200 K owej »dywidendy« choćby 500 K. Swego czasu obliczyły nasze Izby premię roczną za znacznie skromniejsze ubezpieczenie podobno na 600 K; wszystko jednak rozbić się musiało o znaczną stosunkowo wysokość tej kwoty). *R.*

Związek lipski święci jedno z pierwszych ważnych zwycięstw w sporze Kasy chorych w Gera z lekarzami. Kasa ta powołała partacza (»Naturheilkünstler«) i zaczęła go opłacać z ryczałtu, wyznaczonego dla lekarzy; a gdy lekarze przerwali wskutego swą pracę w Kasie, zatrzymała im połowę honoraryum kwartalnego na pokrycie szkód, poniesionych przez rzekomo nieprawne postąpienie lekarzy. Po 4-letnim procesie przyznał sąd słuszność lekarzom, skazując Kasę na zapłacenie zaległych 4,000 Mk. z odsetkami i kosztami sądowymi (»M. m. W.« 18). *R.*

Ostrzeżenie przed zapisywaniem się na medycynę ogłosił »Związek medyków« w Wiedniu. *R.*

Rękawiczki gumowe do sekcyi sądowych nie należą do »koniecznych narzędzi lekarskich« w rozumieniu § 2. rozp. min. z 20. III. 1901 D. p. p. Nr 34, ponieważ szybko się niszczą. Na tej zasadzie wbrew orzeczeniu sądu I instancyi przyznał sąd krajowy wyższy w Gracu zwrot kosztów (8 K) za takie rękawiczki lekarzowi, który konieczność użycia ich do sekcyi sądowej uzasadnił tem, iż jako kierownik szpitala musi codziennie wykonywać operacye. (Aerztl. Standsztg. 9). *R.*

Odszkodowania lekarzy za zakażenia przy sekcyach sądowych domagają się Izby lekarskie niemieckie (zachodniopruska, berlińska, brandeburska) od rządu. »Sächs. Corr. Bl.« zwraca uwagę, że na rządzie powinien ciążyć ustawowy obowiązek odszkodowania lekarzy, nie będących lekarzami urzędowymi, za zakażenie nietylko przy sekcyach, ale i przy zwalczaniu chorób zakaźnych. (Aerztl. Stdsztg. 9). *R.*

Dentyści niemieccy podjęli starania u władz, aby zaprowadzono w armii i flocie instytucyę jednorocznych ochotników dentystów. (Aerztl. Stdsztg.« 9). *R.*

Ostrzega się lekarzy przed środkami »antidiabeticum« i »lithosanol«, zalecanymi w rozsyłanych wszędzie broszurkach przez »Dr« Eisenbacha z Salzburga. Ów Eisenbach bowiem, rzekomo mający doktorat würzburski, karany był 3 razy sądownie za kradzież i oszustwo; toż i »leki« owe są chyba godne zalecającego je »doktora«. (Aerztl. Stdsztg. 9). *R.*

Zwalczanie partactwa leczniczego powinno odbywać się nietylko przez karanie partaczy, ale i przez ścisły nadzór nad szarlatańskiem piśmiennictwem, mogącem przynieść znaczną nieraz szkodę. Za taką szkodliwą wprost broszurę uznać należy książeczkę p. t. »Hypnotyzm i suggestya. Krótkie popularne wskazówki do hypnotyzowania, jakoteż do udzielania poddawek (suggestyi) w celach leczniczych i wychowawczych« (!), wydaną właśnie po polsku w Berlinie. Niewiemy, o ile na to wystarczają istniejące przepisy, by położyć kres krzewieniu u nas podobnych piśmideł, którym podobnie, jak »lekom tajnym«, powinien być zamknięty wstęp w granice Austryi, pod rygorem konfiskaty i kar na rozszerzających tak szkodliwe książki. Pozwalając sobie zwrócić uwagę powołanych władz na wspomnianą broszurkę, sądzimy, że należałoby rozciągnąć nadzór także na wcale liczne wydawnictwa »Przewodnika zdrowia«, wychodzącego w Berlinie, którego niewinny napozór tytuł może niejednego laika wprowadzić w błąd, wyrządzając mu szkodę conajmniej na kieszeni. *R.*

Zwalczanie pyłu ulicznego daje się osiągnąć najlepiej i stosunkowo najtaniej przez smołowanie (napajanie teerem według systemu, wypróbowanego we Francyi) dróg bitych. Austr. ministerstwo spraw wewn. (rozp. z 6. III. 1907 L. 50,959 ex 1906) zaleca ten sposób, nadmieniając, że mniej pomyślne wyniki prób, podejmowanych w Niemczech i Austryi, należy przypisać temu, iż nie trzymano się tam dokładnie przepisów, podanych przez inżynierów francuskich. W miarę rozporządzalnych środków ze zwykłej dotacyi na drogi mają władze polityczne we wszystkich krajach austryackich podjąć teraz próby smołowania dróg ściśle według systemu francuskiego. (Öst. San. 17). *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 28. IV. do 4. V. 1907 doniesiono o 59 nowych przypadkach duru plamistego w 18 gminach, a mianowicie: pow. Borszczów (Iwanków 1, Gusztynek 1), Horodenka (Dąbki 3,) Jaworów (Bruchnal 2), Kosów (Jabłonica 4), Lisko (Bezmichowa górna 1), Mościska (Wola małnowska 1), Nadwórna (Dobrotów 4, Pasieczna 4, Zielona 9, Łanczyn 1, Rafajłowa ad Zielona 3), Podhajce (Hnilcze 15, Podhajce 1, zachorował koncepista sanitarny dr Lubowiedzki, który zakaził się delegowany do zwalczania epidemii w Hnilczu), Rawa (Smolin 1, Manastyrek 3, Rzyczki 2), Stryj (Tarnawka 3), oraz o 6 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 6 gminach, a mianowicie pow. Kraków (Krowodrza 1), Mielec (Radomyśl 1), Nisko (Stany 1), Przeworsk (Hucisko jawornickie 1), Strzyżów (Baryczka 1), Żywiec (Sucha 1). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. I w tym tygodniu wykazu nie otrzymaliśmy. *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 28. IV. do 4. V. 1907 urodziło się dzieci żywo 55, nieżywo 4; zmarło osób 48 (w tem obcych 20), wśród nich z gruźlicy 12 (8), zapalenia płuc 1, płonicy 1 (1), duru brzusznego 1 (1). *R.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 28. IV. do 4. V. 1907 przypadków: błonicy 6 (w tem obcych —), płonicy 4, odry 6, duru brzusznego 7 (6), nagmin. zapalenia opon 4. *L.*

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Ażeby tem łatwiej osiągnąć cel, wytknięty wystawie zjazdowej, a mianowicie uprzystępnianie najnowszych zdobyczy nauk przyrodniczo-lekarskich i higieny najszerszym warstwom naszego społeczeństwa, postanowił komitet wystawy urządzać popularne bezpłatne wykłady z demonstracyami, które mają być niejako żywym przewodnikiem po wystawie. Urządzenie tych wykładów objął Uniwersytet lwowski przez swój komitet powszechnych wykładów uniwersyteckich. Dla wykładów tych przeznaczył komitet wystawy środkową halę pałacu sztuki, która będzie odpowiednio urządzona i zaopatrzona w przyrządy projekcyjne. Wykłady odbywać się będą codziennie tuż po zamknięciu wystawy przez cały czas jej trwania od godziny 8 wieczorem i będą bezpłatne w ten sposób, że bilet wstępu na wystawę będzie już uprawniał do uczestnictwa w wykładzie.

Komitet wystawy zjazdowej zawiadamia wszystkich interesowanych, że z dniem 15. maja b. r. upływa ostateczny termin do wnoszenia zgłoszeń, poprzednio zapowiedzianych. Jeśliby zapowiedziane poprzednio zgłoszenia do wzięcia udziału w wystawie nie zostały w tym terminie wniesione, lub też do tego czasu nie zostały uiszczone należytości za miejsca, już poprzednio zgłoszone, komitet nie może przyjąć na siebie odpowiedzialności za to, że zgłoszeń tych nie uwzględni, lub też, że zarezerwowanemi miejscami w inny sposób rozporządzi. Po upływie tego terminu nie będzie też można uwidocznić spóźnionych wystawców w katalogu wystawowym, ani też umieścić w nim spóźnionych ogłoszeń reklamowych.

Dr Kalikst Krzyżanowski, dyrektor wystawy.

Sekcya spraw zawodowych stanu lekarskiego ogłasza, co następuje: Celem ustalenia porządku dziennego obrad Sekcyi spraw zawodowych stanu lekarskiego upraszam tych Kolegów, którzy zamierzają mieć jaki wykład w tej Sekcyi, by zechcieli zgłosić tytuł wykładu u podpisanego.

Dr Festenburg, gospodarz Sekcyi.

W Sekcyi weterynarskiej zgłoszono w dalszym ciągu następujące wykłady: Prof. J. Nowak (Kraków): 1) Prątek Banga i jego biologia. 2) Różnice biologiczne między trzema rasami prątka gruźliczego, a mianowicie między prątkiem gruźlicy ludzkiej, gruźlicy bydła i gruźlicy ptaków. 3) Zwalczanie gruźlicy u bydła rogatego zapomocą rozpoznawczego szczepienia tuberkuliną. 4) Morfologia prątka wąglikowego.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Komisya sanitarna miejska na posiedzeniu w d. 4. V. b. r. wyraziła opinię, że celem zapobieżenia zawleczeniu duru brzusznego z kilku dotkniętych epidemią poblizkich wsi do Krakowa, należy bezwarunkowo zakazać przywozu nabiału i jarzyn z tych gmin do miasta, oraz ostrzedz ludność miasta przed używaniem mleka surowego. Fizyk miejski dr Wilkosz przedstawił projekt instrukcyi dla fryzyerów i golarzy; projekt ten będzie roztrząsany na następnem posiedzeniu.

— Na posiedzeniu Wydziału Polskiego Towarzystwa balneologicznego w dniu 24. IV. b. r. zawiadomił wiceprezes, hr. Jan Potocki, że budowy kolei do Truskawca i Krynicy uzyskały sankcyę, a budowa telefonów w zdrojowiskach jest w toku. III Walne Zgromadzenie Towarzystwa odbyło się d. 5. V. 1907. Do Zarządu Towarzystwa wybrano: prezesem dotychczasowego wiceprezesa, hr Potockiego, wiceprezesem dra Cerchę, sekretarzem dra Zanietowskiego, skarbnikiem dra Piotrowskiego. Do wydziału weszli nadto drdr: Chramiec, Kaden, Zathey, Pelczar i p. Mazurkiewicz. Do komisyi kontrolującej wybrani zostali drdr Regiec i Julian Staniszewski. Radakcyę i administracyę organu Towarzystwa, »Przewodnika kąpielowego«, objęli nadal drdr Wąsowicz i dr Flis. Członkami honorowymi zamianowani zostali: protomedyk r. dw. Merunowicz, były prezes Towarzystwa balneologicznego prof. Ludomił Korczyński i poseł Trzecieski.

— W dziennikach krakowskich pojawiła się z końcem kwietnia następująca wiadomostka: »Surowica tyfusowa. W pierwszym kwartalniku b. r. Akademii Umiej. w Krakowie pojawiła się praca dra J. Czajkowskiego o sztucznym wyrobie surowic. Nowa, nieznana dotąd, surowica tyfusowa, zwraca uwagę powag lekarskich u nas i zagranicą swym dobroczynnym skutkiem i szybką działalnością. Metoda wyrobu surowic ma ogromne znaczenie, gdyż jest ogólną dla wszystkich chorób«.

Niepodobna utaić zdziwienia, że w ten sposób podaje się publicznie wiadomość o badaniach, przez nikogo jeszcze niesprawdzonych i o środkach, które nie przebyły kontroli prób klinicznych. Wrażenie jest tem przykrzejsze, że niedokładnie poinformowana publiczność przyjąć gotowa tę wiadomość, jakby podaną niejako pod firmą Akademii, która przecież ogłasza każdą pracę, o ile tok przedstawienia rzeczy odpowiada wymaganiom metodyki naukowej, ale nie bierze żadnej odpowiedzialności ani za ścisłość i trafność przytoczonych w pracy spostrzeżeń, ani za wysnute z nich wnioski, bo niema ani możności, ani obowiązku przeprowadzać badania kontrolne. Przez podawanie takich wiadomości nadużywa się powagi Akademii i wprowadza publiczność w błąd. Na ogłoszenie wspomnianej wiadomości w każdym razie przynajmniej o wiele jeszcze zawcześnie.

Lwów. Krajowa Rada zdrowia wydała na posiedzeniu w d. 23. b. r. opinię w sprawie zmiany taksy leczenia w szpitalach powszechnych w Złoczowie i Stryju, dalej w przedmiocie aptek domowych i farmaceutycznych aparatów ratunkowych lekarzy, powzięła uchwały w sprawie utworzenia okręgów sanitarnych w Kołaczycach (powiat jasielski) i Łomny (powiat turczański) i w sprawie reorganizacyi okręgów sanitarnych w pow. cieszanowskim, wreszcie przyjęła sprawozdanie o stosunkach zdrowotnych w kraju za r. 1905 wraz z opartymi na niem wnioskami.

— Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej rozdał na posiedzeniu w d. 29. IV., wspólnem z delegatami Tow. lek. gal., 11 zapomóg wdowom i sierotom po lekarzach, na posiedzeniu zaś w dniu 6. V. postanowił udzielić poparcia jednemu lekarzowi Kasy chorych i lekarzom domowym szpitala izraelickiego we Lwowie w ich staraniu o poprawę wynagrodzenia, nadto przeprowadził pierwsze czytanie nowego projektu deontologii lekarskiej.

— Związek lekarzy rządowych galicyjskich, chcąc uczcić ustępującego ze stanowiska członka swego, zasłużonego dra Józefa Barzyckiego, inspektora sanitarnego, postanowił z inicyatywy dra W. Czyżewicza zamiast banalnych pożegnań na kosztownych zjazdach i ucztach, urządzić składkę na fundusz imienia Jubilata. Fundusz ten, na który złożyli się niemal wszyscy lekarze rządowi, złożył Wydział Związku Jubilatowi w dniu 27. IV. b. r., przyczem przemawiał prezes Związku, dr Władysław Czyżewicz, w serdecznych słowach podnosząc zasługi Jubilata i Jego wielkie zalety koleżeńskie. Fundusz, wynoszący obecnie 840 K, ma Jubilat, jak słychać, przelać do Towarzystwa lekarzy galicyjskich z przeznaczeniem na zapomogi dla wdów i sierot po lekarzach powiatowych.

Jubileusz urzędowania dra Barzyckiego zbiega się niemal z czterdziestą rocznicą Jego doktoratu. Czcigodnemu Jubilatowi składamy życzenia, by kraj mógł długie jeszcze lata korzystać z Jego doświadczenia i pracy, równie skutecznej, jak dotychczasowa.

— Do poważnych prac asanacyjnych zaliczyć należy regulacyę przepływającej przez miasto Pełtwi, co wraz z założeniem pól irygacyjnych dokonane będzie w najbliższych latach kosztem 5,770,000 koron. 90 prc. tych kosztów poniesie fundusz krajowy i państwowy. Regulacya ta umożliwi racyonalną kanalizacyę miasta, osuszenie kilku jego dzielnic i dalsze przesklepienie Pełtwi w obrębie miasta, a pola irygacyjne oszczędzą kosztów sztucznego oczyszczania cieczy kanałowej.

Warszawa. Warszawskie Towarzystwo odontologiczne odbyło 3 posiedzenia w marcu (15., 19. i 26.) i jedno w kwietniu (9.). Na posiedzeniach tych odbyły się odczyty p. Krakowskiego: »Trzy przypadki rozrostu miazgi, spostrzegane u jednego osobnika«, Goldberga: »O artykulacyi zębów«, Kona: »O leczeniu zgorzeli miazgi trikrezol-formaliną«, Idzikowskiego: »O zdejmowaniu wycisków«, oraz szereg demonstracyi. — Grono dentystów warszawskich wniosło do władz podanie o legalizacyę zawodowego »Koła odontologów polskich« w Warszawie, do którego mogliby należeć także dentyści, zamieszkali poza granicami Królestwa. Zorganizowało się też w Warszawie Towarzystwo wzajemnej pomocy techników dentystycznych (»Kron. dent.« 5). W ten sposób naukowych i zawodowych stowarzyszeń dentystycznych jest obecnie w Polsce aż pięć. — Na tem jednak nie koniec, bo na Wiecu odontologów warszawskich odbytym 16. III. b. r. w sprawach zawodowych (drożyzna materyałów dentystycznych, byt ekonomiczny dentystów), na których wygłoszono 9 referatów w tych sprawach, uchwalono założyć Związek dentystów polskich. Będzie to więc szóste stowarzyszenie dentystyczne w ciągu niespełna roku.

— Epidemia duru powrotnego, szerząca się w Warszawie coraz groźniej, ujawnia jaskrawo, po raz niewiadomo już który, opłakany stan szpitalnictwa warszawskiego i skutki biurokratycznych w niem rządów. Według »Gazety lek.« (Nr 16) jest szpital św. Stanisława zapełniony prawie wyłącznie chorymi na dur powrotny (25. IV. było ich 104), przez co brak miejsca na innych chorych zakaźnych; chorzy ci, kołatając napróżno kolejno do innych szpitali, roznoszą po mieście zarazy, albo, jak np. chorzy na różę, przyjmowani do rozmaitych szpitali, budzą słuszne obawy wśród chirurgów, którzy teraz »boją się dokonywać operacyi aseptycznych«. A tymczasem pawilon na 100 łóżek, zbudowany na wypadek cholery, zajmują... kozacy. Dzienniki zaś donoszą, że Miejska Rada dobroczynności, bezsilna wobec bankructwa szpitalnego,

żąda, by Magistrat urządził w dawnym gmachu szpitala izraelickiego tymczasową lecznicę epidemiczną na 100 łóżek; Magistrat zaś broni się przed tem energicznie, ofiarując tylko 1,800 rbs. na urządzenie 25 łóżek. A tymczasem wśród tych sporów epidemia duru powrotnego potężnieje.

— Ze świeżo wydanego sprawozdania szpitala Anny-Maryi w Łodzi, które opracował dyrektor szpitala dr J. Brudziński, wynika, że w pierwszym roku działalności szpitala udzielono 20,061 porad ambulatoryjnych 13,022 dzieciom, do szpitala przyjęto 1,195. Śmiertelność wynosiła 9·8 prc., odsetek zupełnych wyleczeń 37·7 prc, poprawy 18·4 prc. Na oddziele chorób wewnętrznych leczono 471 (śmiertelność 23 prc.), na płoniczym 240 († 25 prc., z 35 leczonych surowicą † 11 = 31 prc.), błoniczym 80 i t. d.; przez stacyę obserwacyjną przeszło 65 dzieci. Lekarze szpitala ogłosili drukiem 10 prac. W szpitalu, obliczonym na 120 łóżek, a posiadającym obecnie 90 łóżek stałych i 16 zapasowych, pracowało 8 lekarzy, prócz 3 specyalistów. Koszt leczenia na dzień i głowę wynosił 1,10 rb. Sprawozdanie zawiera ciekawe szczegóły o zastosowaniu jaknajwiększej izolacyi przy przyjmowaniu chorych zakaźnych i t. d.

Z różnych stron. Liczba prenumeratorów »Münchener med. Wochenschrift« przekroczyła w r. 1907 — 11,000. Z czystych dochodów przelali wydawcy niemniej jak 17,000 Mk. na rozmaite cele lekarskie (fundusze wdów i sierot, zapomogi dla Towarzystw, stypendya i t. p.).

— Dla roztrząsania ważnych zagadnień z zakresu medycyny sądowej, a zwłaszcza psychiatryi sądowej, tworzą się w Niemczech coraz częściej związki, złożone z prawników i lekarzy.

— Zjazd międzynarodowy w sprawach ratownictwa (pierwszej pomocy w nagłych przypadkach) odbędzie się z wiosną r. 1908 we Frankfurcie n. M.

— Uniwersytet moskiewski otrzymał zapis bogacza Ledencowa w kwocie miliona rubli.

— Akademię wojskowo-lekarską w Petersburgu znowu zamknięto; wydalono z niej przytem 39 słuchaczy.

— Ministrem oświaty w Hiszpanii jest obecnie lekarz, dr Cabanas.

— Obie Izby sejmowe szwedzkie uchwaliły 13. IV. b. r. ustawę, dopuszczającą kobiety na stanowiska lekarzy szpitalnych.

Mianowani: Dr Edward Żebrowski docentem chorób wewnętrznych w Kijowie;

dr Vicarelli nadzw. profesorem położnictwa w Turynie.

Powołani: Prof. Wagenmann z Jeny na katedrę okulistyki do Strassburga; na miejsce prof. Bergmanna w Berlinie Bier (z Bonn).

Zmarli: Dr Th. H. Wakley, naczelny redaktor pisma »Lancet«; inicyator francuskiego zakładu dla badania raka, prof. Poirier (na raka trzustki) w Paryżu; otyatra doc. Klug w Peszcie; b. prof. kliniki lekar. w Charkowie Kremiański.

Redakcya otrzymała: Doc. Lemberger: Komentarz do VIII. wydania farmakopei austr. Cz. II. Zeszyt 15 (Resina Colophonium — Theobrominum). — Brudziński: I Sprawozdanie roczne z działalności szpitala Maryi-Anny w Łodzi. Odb. »Czas. lek.« 1907. — T. Dunin: Władysław Krajewski. Warszawa 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 15. maja o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Dr Steuermark: Zasady i wskazania nowoczesnej rentgenoterapii (z demonstracyą).

Walne Zgromadzenie galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy we Lwowie odbędzie się **dnia 25. maja 1907 r.** o godzinie 6 wieczorem we Lwowie w lokalu Izby lekarskiej (ul. Dominikańska 11).

Porządek dzienny: 1) Sprawozdanie z ubiegłego roku, sekretarz dr Lilien. 2) Sprawozdanie kasowe, skarbnik dr Schellenberg. 3) Sprawozdanie komisyi kontrolującej. 4) Wnioski wydziału w sprawie zmiany statutów. 5) Ewentualne wnioski członków.

W razie braku kompletu następne zgromadzenie odbędzie się w ten sam dzień o godzinie 6½ wieczorem bez względu na ilość obecnych.

We Lwowie, dnia 4. maja 1907.

Dr Lilien, sekretarz. *Dr Festenburg*, przewodniczący.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Jodofan, nowy organiczny przetwór jodowy, zastępujący jodoform, zaleca dr H. Eisenberg z Berlina (»Münchener medizin. Wochenschrift« Nr 12, 1907). Zdaniem E. środek ten jest wolny od znanych wad jodoformu. Jodofan jestto proszek czerwonawo-żółty, zupełnie bezwonny i bez smaku, nierozpuszczalny w zwykłych odczynnikach, przewyższający o tyle jodoform, że rozwija w całej pełni swe działanie przeciwgnilne także w ranach powierzchownych, wystawionych na przystęp powietrza, co w hodowlach znajduje swój wyraz przez ustanie wzrostu już w odległości 1 ctm. Dotychczasowe doświadczenie poucza, że jodofan jest środkiem zupełnie niedrażniącym i nietrującym. Proszek posypuje się w cienkiej warstwie lub też używa się gotowej gazy 10 prc.

Autor stosował jodofan w 49 przypadkach operowanej zanokcicy, zropiałych kaszaków i czyraków, dalej po oparzeniach, uszkodzeniach przez cięcie, ukąszenie, zgniecenie, w ranach ciętych skóry, mięśni i ścięgien, w wilgotnych wypryskach, we wrzodzie miękkim, we wrzodach goleni, owrzodzeniu odleżynowem pochwy, po zeszyciu krocza, często z nadzwyczajnym wynikiem. Z niektórych przypadków wynika wyraźnie, że jodofan przyspiesza tworzenie się naskórka. Dowodem wielkiej siły odkażającej jodofanu jest przypadek niedającego się operować raka części pochwowej macicy, gdzie można było gazę jodofanową pozostawić w pochwie przez 2 dni bez powstania cuchnienia, które przy używaniu jodoformu dotkliwie uczuwać się dawało. *Hr.*

Antisklerozyna jako środek leczniczy przy stwardnieniu tętnic jest przedmiotem pracy, jaką ogłasza Fr. Kozen (Tidsskriff forkemi, Farmaci og Terapi 1907, Nr 6). K. stosuje środek ten od 2½ lat. Stosował go w wyraźnem stwardnieniu tętnic, jakoteż w 8 przypadkach udarów i był z wyników bardzo zadowolniony. Przypadki te, częściowo ciężkie, dają możność ocenienia dużej wartości antisklerozyny jako środka, prowadzącego do szybkiej i wyraźnej poprawy. *Ll.*

Rok XLVI. Kraków, dnia 18. maja 1907. Nr 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki lekarskiej prof. dra Konrada Wagnera w Uniwersytecie kijowskim.

O rozpoznawczem znaczeniu zmian w moczu, wywoływanych przez uciskanie nerki.

Podał

Dr E. Żebrowski.

Pomimo współczesnych zdobyczy w dziedzinie rozpoznawania chorób nerkowych, trafiają się jednak w klinice przypadki, w których ścisłe rozpoznanie cierpień nerek napotyka na wielkie trudności. Wobec tego każdy nowy sposób badania nerek nabiera niezwykłej wartości. Jednym z takich sposobów jest mechaniczne oddziaływanie na wymacalną nerkę. Przy zastosowaniu tej metody powstają w moczu takie zmiany, które pozwalają: 1) odróżnić wymacalną nerkę od innych guzów, spotykanych w jamie brzusznej, np. nowotworów, 2) odróżnić nietylko zdrową nerkę od nerki zajętej sprawą chorobową, ale nawet rozpoznać ściślej poszczególne zmiany w chorej nerce. Pierwszy C. Menge[1]) przy badaniu 2 chorych z ruchomemi nerkami spostrzegł przypadkowo, iż obmacywanie nerki wywołało u nich białkomocz. Badając dalej chorych w tym kierunku, zauważył Menge, iż białkomocz w następstwie obmacywania nerki jest objawem niestałym: z 21 przypadków w 6 objaw ten nie wystąpił wcale. Z innych badaczy Fr. Engel[2]) w kilku przypadkach ani razu nie wykrył białkomoczu po obmacywaniu nerki. Owa niestałość tego objawu pozbawiałaby go naturalnie wszelkiej wartości dla kliniki. W roku 1904 wyszła praca Schreibera[3]), który dokładnie zbadał tę sprawę, czerpiąc dane z dużego materyału. Schreiber twierdzi, że białkomocz występujący po uciskaniu nerki (»renal-palpatorische Albuminurie« — białkomocz uciskowy) jest objawem stałym. Z 42 badanych przezeń przypadków tylko w jednym (po jednokrotnem badaniu) nie wykrył autor białkomoczu. Niepowodzenie innych badaczy tłómaczy Schreiber niedokładnością techniki badania. Do wywołania białkomoczu niezbędne jest, zdaniem Schreibera, zachowanie następujących warunków: 1) Bezpośrednie uciskanie chociażby części nerki obu rękami przy zupełnem zwiotczeniu mięśni ściany brzusznej; uciskanie nerki przez przykrywającą ją wątrobę, według badań autora tylko w wyjątkowych przypadkach wywołuje nieznaczny białkomocz; częściowe, odruchowe, trudno uchwytne dla badacza skurcze mięśni ściany brzusznej najczęściej stają na przeszkodzie powstaniu białkomoczu. 2) Ponieważ białkomocz uciskowy jest objawem łatwo przemijającym, szczyt jego najczęściej spostrzegać się daje w 10—15 minut po uciskaniu, po 20—30 minutach ilość białka znacznie już się zmniejsza, po 1—2 zaś godzinach białko znika zupełnie. — Należy więc zbierać mocz jaknajrychlej — pierwszy raz najdalej w 10 minut po uciskaniu. Niepowodzenia Mengego, który w znacznej części przypadków (29%) nie wykrył białkomoczu, tłómaczy Schreiber tem, że Menge zbierał mocz po upływie dopiero pół godziny od rozpoczęcia badania. 3) Należy wystrzegać się wszystkich tych warunków, które sprzyjają rozcieńczeniu moczu. Przed badaniem pęcherz musi być dokładnie opróżniony. Obfite moczenie *(polyuria)* często zakrywa zupełnie wynik uciskania.

Białkomoczem uciskowym Schreiber radzi posługiwać się w rozróżnianiu nerki od guzów jamy brzusznej. Według jego spostrzeżeń zjawianie się białka w moczu lub też brak jego po obmacywaniu guza rozstrzyga ostatecznie i stanowczo, czy guz jest nerką, czy też nie.

Chociaż białkomocz uciskowy, jak to udowadnia Schreiber, ma ważne znaczenie dla kliniki, to jednak w piśmiennictwie, o ile mi wiadomo, po pracy Schreibera nie było wzmianek w tej sprawie. Wobec tego Sz. prof. Wagner zaproponował mi jej zbadanie.

Schreiber tylko pobieżnie wspomina o osadzie moczu. Na 42 przypadków badano osad moczowy przed i po uciskaniu tylko 8 razy i co do osadu nie podaje Schreiber żadnych stałych wyników. Niemniej jednak można było przypuszczać, iż obmacywanie nerki może wraz z białkomoczem wywołać pewne zmiany w wydzielaniu składników postaciowych moczu. Wobec tego wraz z badaniem co do białka starannie też badałem i osad moczowy. Badania swoje przeprowadziłem po większej części na chorych kliniki terapeutycznej prof. Wagnera, korzystałem także z materyału ambulatoryjnego. Dwie chore przysłał mi łaskawie do zbadania dr U. Bondarew (oddział chirurgiczny miejskiego szpitala Aleksandrowskiego w Kijowie), jedną dr Czeremuchin (Marjacki szpital Czerwonego Krzyża w Kijowie). (C. d. n.)

[1]) Münch. med. Woch. 1900, str. 789.
[2]) Berl. klin. Woch. 1903, str. 219.
[3]) Zeitschr. f. klin. Med. 1904. T. 55, str. 1.

Kilka uwag o wrodzonem zwichnięciu stawu biodrowego.

Napisał

Doc. Dr V. Chlumsky w Krakowie.

(Dokończenie.)

Podobne przypadki, jak te 5 przezemnie spostrzegane i leczone, spotykali i inni autorowie. Wszystkie one zasługują ze względów praktycznych na uwagę.

W pierwszym z tych przypadków pozostawał opatrunek za długo, co wywołało zesztywnienie stawów biodrowych. W ostatnim zaś postąpiono wprost przeciwnie; z powodu przedwczesnego zdjęcia opatrunku nastąpiło ponowne zwichnięcie.

Godne uwagi są również przypadki z odprowadzeniem i ustaleniem główek ku przodowi. Badanie ich pouczyło nas, że wyniki ich pod żadnym warunkiem nie są tak korzystne, jak sądzono dotąd. Chód takich chorych może być nawet wcale poprawny, o ile się natężają, atoli przy dłuższem chodzeniu następuje znużenie i lekki chód kaczkowaty pozostaje nadal. Również ciekawy jest przypadek ponownego zwichnięcia, gdzie występują bole, przypominające zapalenie stawu biodrowego i zmuszające chorego od czasu do czasu pozostać w łóżku.

Podziwu godną jest cierpliwość i wytrwałość u dziewczyny, 7 względnie 8 razy operowanej, u której w końcu przecież udało się uzyskać zamierzony wynik. Ten przypadek poucza przynajmniej, że nawet liczne nieudałe próby odprowadzenia przecież nie wyłączają tego, że można drogą bezkrwawą dojść do odpowiedniego wyniku.

Ja osobiście na 40 ostatnich moich przypadków 3 razy napotkałem na szczególne trudności.

U dwóch dziewcząt była panewka tak płytka, że ustalenie główki było bardzo trudne. U jednej nastąpiło ponowne zwichnięcie przy zmianie opatrunku, które natychmiast odprowadziłem. Obecnie w 3 lata od operacyi dziecko jest wyleczone i chód zupełnie poprawny. W tym przypadku musiałem jednak pozostawić opatrunek gipsowy prawie przez 10 miesięcy, co pociągnęło za sobą lekkie zesztywnienie w stawie biodrowym, które dopiero przy pomocy miesienia i gimnastyki usunięto, a dziecko obecnie jest zupełnie wyleczone.

Drugi przypadek pozostaje jeszcze w leczeniu. Wprawdzie tutaj nie nastąpiło ponowne zwichnięcie, ale przy pierwszej zmianie opatrunku ruchomość była tak wielka, że należało się jej obawiać; wobec tego założono kilka opatrunków w silnem odwiedzeniu (*abductio*); prawdopodobnie wynik okaże się dobry.

Trzeci przypadek dotyczył dziewczyny, żyjącej w tak niekorzystnych warunkach, że z powodu nieczystości i złej opieki doszło u niej do róży (*erysipelas bullosum*). Wobec tego zmuszony byłem przedwcześnie zdjąć opatrunek i zaleciłem okłady z fenolu z kamforą. Po dwóch dniach ustąpiła róża, ale pozostały znaczne ubytki w miejscu wielkich pęcherzy, wobec czego odesłałem dziecko w półopatrunku, tworzącym rodzaj tacy.

Przebieg reszty przypadków był zupełnie gładki, wszędzie uzyskano zupełne odprowadzenie bez żadnej transpozycyi. Między nimi było 9 obustronnych, wszystkie inne jednostronne, 4 dotyczyły chłopców, reszta dziewcząt. Wiele z nich miałem sposobność później widzieć i wszędzie stwierdzałem chód zupełnie prawidłowy.

W dwóch przypadkach szło o dorosłe dziewczęta. U jednej, 26-letniej, były oprócz tego znaczne zmiany gruźlicze w płucach. Chód był bardzo uciążliwy i jedynie przy zastosowaniu żelaznego pierścienia miednicowego z odpowiedniem urządzeniem dla oparcia krętarzy udało się sprowadzić pewną ulgę. Z powodu uciążliwego chodu, a szczególnie bolów i szybkiego nużenia się, chora zdecydowana była poddać się krwawej operacyi. Ze względu jednak na cierpienie płuc odradziłem jej to stanowczo. Druga, nieco młodsza, nosiła również pierścień miednicowy, a chociaż dolegliwości były znaczne, nie chciała się zgodzić na operacyę.

Dwa razy spostrzegałem zwichnięcie u dwojga dzieci z tej samej rodziny. Raz dotyczyło ono 2 dziewcząt, w drugim przypadku dziewczyny i chłopca. Więcej dzieci rodzice ci nie mieli.

Na zakończenie podam w kilku słowach obecny mój sposób postępowania przy wrodzonych zwichnięciach stawu biodrowego.

Odprowadzenia dokonuję w głębokiem uśpieniu, stosując różne metody odpowiednio do przypadku. W ostatnim $1^1/_2$ roku potrzebowałem na odprowadzenie najwyżej 2—3 minut, z wyjątkiem 2 wyżej przytoczonych przypadków, operowanych już przedtem przez innych chirurgów. Przeważnie posługiwałem się metodą, polegającą na maksymalnem zgięciu nóżki i bezpośrednim ucisku na krętarze. Wyciągania maszynowego i wogóle zabiegów przedoperacyjnych, jak np. miesienia mięśni przywodzących, nie stosuję obecnie wcale. Sądzę nawet, że pewne napięcie mięśni ze względu na utrzymanie główki na właściwem miejscu, jest nader korzystne, albowiem główka wciska się silnie w panewkę, co przy odpowiedniem założeniu opatrunku gipsowego wielce się przyczynia do dobrego ustalenia.

Wyciąganie stosowane przy zakładaniu gipsu, uważam wprost za szkodliwe, albowiem przy niem główkę wyciąga się z panewki i przez to pozbawia się ją jej naturalnego oparcia. Opatrunek musi dokładnie przylegać i silnie ustalać, zwłaszcza okolicę miednicy. Przy jednostronnem zwichnięciu gipsuje się tylko chorą nóżkę, co w zupełności wystarcza. Gipsowanie i zdrowej nóżki nadaje może więcej pewności postępowaniu, jednak według mego doświadczenia jest zbyteczne, a sprawia tylko chorym o wiele więcej niedogodności. Opatrunek zakłada się na nóżkę zgiętą i odwiedzioną i stosownie do przypadku bądź na zewnątrz, bądź na wewnątrz (przeważnie jednak na zewnątrz) skręconą.

Przy zwichnięciach obustronnych odprowadzam obydwie nóżki na jednem posiedzeniu i zakładam gips w ułożeniu żabkowatem. Opatrunek pozostawiam od 2—3 miesięcy, poczem go zmieniam. Wcześniejsza zmiana opatrunku nie jest potrzebna, a nawet szkodliwa. Główka bowiem nie może się w przeciągu dni 14, jak to niektórzy autorowie sądzą, tak ustalić, aby mogła wytrzymać różne zabiegi i manipulacye przy zdejmowaniu i zakładaniu opatrunku, szczególnie, jeźli się je nie dosyć ostrożnie podejmuje. Dłużej niż 3 miesiące również nie radzę opatrunku pozostawiać, ponieważ przez ten czas staje się za ciasnym, o ile był dokładnie założony, i ulega zanieczyszczeniu. Tem bardziej, że w tym czasie można kończynę ustalić już w korzystniejszem ułożeniu i przynieść ulgę choremu.

Po operacyi pozostają chorzy w łóżku tak długo, dopóki uskarżają się na silny ból przy dotknięciu, co zwyczajnie utrzymuje się przez 1—2 tygodni, poczem zaczynają chodzić. Przy zwichnięciach obustronnych nie potrzebują żadnych osobnych trzewików, przy jednostronnych do-

stają zwykle wyższy obcas pod trzewik nogi zdrowej. Im więcej chodzą, tem lepiej, albowiem główka lepiej się przystosowuje do panewki i prawdopodobnie także szybciej rośnie. Opatrunek zmienia się 2—3 razy w dwu-miesięcznych odstępach. O ile główka siedzi dobrze, probuje się delikatnych ruchów w stawie biodrowym po każdem zdjęciu opatrunku i ustala się następnie w pozycyi coraz więcej prostej. W przypadkach panewki płytkiej nie próbuję żadnych ruchów, jedynie nóżkę ustawiam ostrożnie w lepszem położeniu.

Po ostatniem zdjęciu opatrunku pozostaje dziecko parę jeszcze dni w łóżku, a w tym czasie stosuję miesienie chorych nóg, ruchy czynne i bierne. W wielu atoli przypadkach, gdzie to było niemożliwe, wynik był również zupełnie pomyślny. Zalecam jednak zawsze stosować miesienie, zwłaszcza w tych przypadkach, w których wskutek dłuższy czas pozostającego opatrunku wytworzyło się większe lub mniejsze zesztywnienie.

Oceny i sprawozdania.

Księga zdrowia. Przekład polski pod redakcyą dra Władysława Hojnackiego. Wydawnictwo Księgarni Polskiej B. Połonieckiego we Lwowie, 1907, tomów 4, z 432 rycinami i 114 tablicami. Cena w oprawie 30 K.

Zbywało dotąd na książce polskiej, obejmującej całą higienę indywidualną w tej formie, jakiej wymaga wykształceńsza publiczność. Mieliśmy albo dziełka, dostosowane do specyalnych zadań (np. dra Kowalskiego podręcznik dla seminaryów nauczycielskich), albo rozprawki monograficzne, omawiające pewne tylko zagadnienia. Niewątpliwie nie brakło rzeczy doskonałych zarówno wśród rozprawek oryginalnych, jak i trafnie wybranych tłómaczeń; były jednak wśród tłómaczeń i rzeczy słabsze, niektóre znów zbyt pobieżne. W każdym zaś razie z powodu niejednakowego traktowania sprawy przez najrozmaitszych autorów, z powodu nierzadkich sprzeczności między nimi w szczegółach wprawdzie drobniejszych, ale takich, do których laik zwykł przywiązywać wagę, z powodu braku niektórych działów — niepodobna było z tych luźnych książeczek ułożyć żadnej całości i lekarz był zawsze w kłopocie, gdy żądano od niego wskazania jakiegoś dobrego, nowoczesnego, popularnego podręcznika higieny indywidualnej w języku polskim.

Przyjemniej byłoby z pewnością witać nowe dzieło oryginalne. Wobec tego, że coraz więcej piór, i to dobrych, wprzęga się do popularyzacyi różnych działów higieny zarówno w Królestwie, jak i w Galicyi, na książkę taką własnemi siłami zdobyć się możebyśmy mogli. Ale na wykonanie takiej zbiorowej pracy oryginalnej zeszłoby w naszych warunkach sporo czasu; potrzeba zaś była w każdym razie pilna. Dlatego dobrze się stało, że oglądnięto się na razie przynajmniej za książką obcą, zasługującą na przetłómaczenie, które bądźcobądź wymaga mniej trudu, czasu i kosztów, a przy stosownym wyborze większą daje pewność, że wydawnictwo odpowie wymaganiom.

Wybór padł na »Księgę zdrowia«. Wybór to z tego względu dobry, że oryginał opracowało grono rzeczywiście wybornych znawców przedmiotu; wiele rozdziałów wyszło z pod pióra powszechnie uznanych powag lekarskich. Redakcyę przekładu objął dr Władysław Hojnacki, który w naszej literaturze popularno-higienicznej już tak dobrze się zapisał; tłómaczenia poszczególnych działów dokonały dobre siły fachowe.

Całość wypełnia 4 tomy. W pierwszym po ogólnym rozdziale wstępnym, napisanym przez prof. Ortha z Berlina (tłómaczył dr Witold Schreiber), następują: higiena życia codziennego (prof. Grawitz, tłóm. dr Hojnacki), rozdział o środkach spożywczych i higienie żywienia (prof. Rubner, tłóm. docent Panek), o ubraniu (prof. Jaeger, tłóm. p. Konstancya Hojnacka), dalej rozdział p. t. »Powietrze, światło i gimnastyka«. (dr P. Jaerschky, tłóm. p. Hojnacka) i »Woda, jako czynnik pielęgnujący zdrowie« (prof. Rieder, tłóm. dr Schreiber). W tomie drugim znajdujemy następujące działy: przemiana materyi (prof. Dennig, tłóm. docent Panek), krew (dr Walz, tłóm. dr T. Zalewski), serce (prof. Eichhorst, tłóm. dr S. Mikołajski), naczynia krwionośne (prof. Eichhorst, tłóm. dr Ferd. Stankiewicz), płuca (prof. Schrötter, tłóm. dr Wł. Kruszyński), żołądek, jelita, wątroba i nerki (prof. Ewald, tłóm. dr F. Stankiewicz), bakterye i choroby zakaźne (prof. Schottelius, tłóm. p. Marya Felauer). W tomie trzecim pomieszczono rozdziały: oko (doc. Sicherer, tłóm. dr Adam Langie), ucho (prof. Hang, tłóm. dr T. Zalewski), nos, gardło i krtań (doc. Neumayer, tłóm. dr T. Zalewski), zęby i jama ust (prof. Port, tłom. dr J. Offe), skóra, włosy i paznokcie (doc. Riecke, tłóm. dr L. Feuerstein). Wreszcie w tomie czwartym opracowano: choroby kobiece i okres macierzyństwa (doc. Schaeffer, tłóm. dr Hojnacki), wiek dziecięcy i wiek szkolny (doc. Trumpp, tłóm. dr Hojnacki), zniekształtnienia ciała (prof. Lange i doc. Trumpp, tłóm. dr S. Ruff), życie płciowe (prof. Gruber, tłóm. dr L. Feuerstein), w końcu nerwy i umysł (prof. Forel, tłóm. dr E. Brzeziński).

W każdym z rozdziałów szczegółowych uwzględniono w dostatecznej mierze fizyologię i omówiono najważniejsze choroby. Pytania, czy w niektórych rozdziałach nie zanadto daleko wkroczono w obręb właściwego lecznictwa, roztrząsać tu, mówiąc o dziele tłómaczonem, nie będziemy. Przekład zadowolnić może wybredne nawet wymagania. Rycin jest taka obfitość, jaką w piśmiennictwie naszem niestety nieczęsto spotkać można; większość z nich dobra, niektóre nawet doskonałe i bardzo pouczająco pomyślane. Niemniej gdzieniegdzie pragnęłoby się widzieć lepsze, choćby za to odpaść miały inne, mniej potrzebne (np. cały szereg obrazków, dołączonych do pracy Jaerschkyego, które możnaby śmiało pominąć, a które przytem są nienajlepiej odbite). Na uznanie zasługuje staranie, by z rycin, poczerpniętych z oryginału, pousuwać napisy niemieckie.

Bardzo praktycznym jest pomysł wydawcy, by każdy z rozdziałów wydać także jako osobną książeczkę, dostępną nawet dla tych, którychby całość nie interesowała lub odstraszała ceną. *Z.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Schade. **O sposobie działania okładu Prysznicowskiego w zapaleniu.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 18). Uwzględniając prawa, którym podlega zachowanie się ciśnienia osmotycznego w prawidłowym i nieprawidłowym stanie ustroju, można wytłómaczyć dotychczas zupełnie niezrozumiałe, a bezsprzecznie korzystne działanie okładów Prysznicowskich. Ciśnienie osmotyczne surowicy krwi, w warunkach prawidłowych zupełnie stałe, ulega zmianie w stanach chorobowych; i tak, zwiększa się znacznie w tkance, dotkniętej zapaleniem. Nowsze zaś badania dowodzą, że to zwiększenie się ciśnienia osmotycznego nie pozostaje bez wpływu zarówno na wielkość danych pierwocin komórkowych, jak i na ich budowę i czynność, stoi też w ścisłym związku z uczuciem bolu, towarzyszącem zapaleniu. Ale nie każde zapalenie przebiega z podniesionem ciśnieniem osmotycznem. Przy tak zwanych zimnych ropniach gruźliczych niema podniesienia się ciśnienia; przebiegają też one klinicznie zazwyczaj bezboleśnie. Na zasadzie tych praw tłómaczy S. teoretycznie korzystny wpływ okładów wysychających na sprawę zapalną w sposób następujący. W najbliższem otoczeniu tkanki, widocznie sprawą zapalną zajętej, znajduje się okolica tak zw. utajonego obrzęku, blada skutkiem miejscowego niedokrwienia. Otóż pod wpływem okładu wysychającego powstaje w tej okolicy silne przekrwienie czynne; wzrasta tedy różnica w ciśnieniu pomiędzy środkiem, gdzie sprawa zapalna jest najsilniejsza, a obwodem, a ten wzrost spadku osmotycznego ciśnienia, pobudzając żywsze krążenie limfy ku częściom obwodowym, sprzyja szybszemu wydalaniu wytworów zapalnych z miejsc zapaleniem dotkniętych. Przez rozszerzanie przestrzeni limfatycznych przyczyniają się wysychające okłady — zdaniem autora — i do usuwania zapalenia z narządów wewnętrznych, nieraz głęboko położonych. S. uważa za rzecz zupełnie możliwą, że sztucznie, przez okład wysychający wywołane czynne przekrwienie powłok klatki piersiowej przyczyniać się może do zmniejszenia nadmiernego ciśnienia osmotycznego w płucu, dotkniętem stanem zapalnym. *Dr M. Godlewski.*

Jousset. **Rozpoznanie gruźlicy ostrej.** (*La Clinique* Nr 18, str. 275). Autor na podstawie swego długoletniego doświadczenia stara się podać wskazówki, po którychby można rozpoznać gruźlicę ostrą już w pierwszym tygodniu. Gruźlica

ostra może albo pozostać wyłącznie bakteryemią, albo też może obrać sobie siedzibę w pewnym narządzie lub systemie narządów. W tym drugim przypadku niejako wybiórcze (elektywne) sadowienie się sprawy wyróżnia ją od innych podobnych. Przedewszystkiem ulegają zmianom płuca i wtedy zauważa się duszność, bole samoistne albo wywoływane czynnikami zewnętrznymi w międzyżebrzach. Obecność (zwykle w małej ilości) wysięku opłucnego surowiczego obustronnego jest znamienną dla gruźlicy ostrej. Jeśli są jakiekolwiek objawy mózgowe, szczególnie w zakresie wzroku, jak światłowstręt, ból przy uciskaniu gałek ocznych, wzmożone parcie śródgałkowe, zez lub nierówność źrenic, należy koniecznie i zawsze nakłuć kanał kręgowy, wydobyć kilka centymetrów sześciennych płynu mózgowo-rdzeniowego i odrazu szukać prątków gruźliczych, bez uciekania się do cytodyagnostyki. Autor postępuje tak od 18 lat i prawie w połowie przypadków gruźlicy ostrej znalazł prątki. Dla rozpoznania bakteryemii gruźliczej w ścisłem tego słowa znaczeniu podaje autor 3 wskazówki: 1) Gorączka wysoka lub nawet nizka, stała lub zwalniająca, a nawet wahająca się, ale nigdy nie mająca cech gorączki trawiącej. Niema ona żadnego typu, nie da się opisać. 2) Obecność w moczu małej ilości białka. Mocz bywa dość obfity i zawiera mniej indykanu, niż wśród duru. 3) *Polypnoë.* Chory oddycha prędko, nie odczuwając duszności, jak tylko wyjątkowo, nigdy zaś lęku. Chory oddycha prędko zwykle stale, czasem zaś w napadach (*crises respiratoires*), dla których przysłuch nie daje żadnego wytłómaczenia. *Stahr.*

Herz. **W sprawie badania ruchomości serca.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 16). Nadmierna ruchomość serca zdarza się przy stwardnieniu tętnicy głównej w niedokrwistości, a przedewszystkiem w neurastenii. Autor posługiwał się dla stwierdzenia stopnia ruchomości serca badaniem chorych w dwóch położeniach. Oznaczywszy granice serca w zwykłej postawie stojącej, porównuje się je z granicami w postawie silnie wyprostowanej (postawa wojskowa). Skutkiem silnego wyprostowania kręgosłupa rozszerza się dolna część klatki piersiowej (*apertura thor. inf.*), skutkiem czego napina się przepona, a koniec serca przesuwa się nieco ku dołowi i ku wewnątrz. W prawidłowych warunkach przesunięcie to wynosi $1^1/_2$ ctm. *Dr M. Godlewski.*

Bittorf. **Dalsze badania, dotyczące ciśnienia krwi, oraz przerostu serca w przebiegu stwardnienia tętnicy głównej.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 18). Stwardnienie tętnicy głównej przebiega zazwyczaj z przerostem serca, który jednak często z powodów technicznych trudno udowodnić (rozedma, tusza). Badania autora dowiodły jednak, że nawet w takich razach występują zwykle pewne oznaki (głuchy i przedłużony, często rozszczepany ton pierwszy i przedłużona faza skurczu), które przemawiają za przerostem serca. Ów przerost wywołany jest utratą elastyczności tętnicy głównej, skutkiem czego odpada oczywiście jej działanie, wspierające pracę serca; to musi się oczywiście odbić na pracy tego narządu. — Drugi niemal stały objaw stwardnienia tętnicy głównej, t. j. podniesione ciśnienie krwi, wywołany jest nietylko zwiększonymi, przez brak elastyczności tętnicy, oporami w krążeniu, lecz także zmianami w zwojach nerwowych, znajdujących się w zmienionej ścianie tętnicy głównej (w nerwie błędnym przebiegają gałązki obniżające ciśnienie). Autor zwraca też uwagę na nieopisaną dotąd okoliczność, a mianowicie, że w przebiegu stwardnienia tętnicy głównej występuje nierzadko tętno chybkie (*pulsus celer*). Jest to oczywiście w związku ze zmianami w elastyczności zajętej tętnicy. *Dr Maryan Godlewski.*

Stern. **Badanie serca przy wysokiem ułożeniu miednicy, jako środek pomocniczy w rozpoznawaniu chorób serca.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 18). Z badań autora wynika, że ułożenie to może nieraz w rozpoznaniu oddać wielkie usługi. Przedewszystkiem t. zw. nieczysty ton skurczowy traci w tem ułożeniu swój nieczysty charakter, szmery zaś, zwłaszcza w ujściu żylnem lewem, stają się wyraźniejsze, aniżeli przy osłuchiwaniu w zwykłej postawie. Dlatego należy zawsze badanie uzupełniać przy wysokiem ułożeniu miednicy, jeźli prócz niedomykalności przypuszczać można także i zwężenie lewego ujścia żylnego. Wyniki opukiwania zwłaszcza granic prawego serca są w tem ułożeniu o wiele pewniejsze. *Dr Maryan Godlewski.*

Dehler. **W sprawie leczenia osób, roznoszących dur.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 16). Wiadomo, że prątki durowe mogą żyć niekiedy w ustroju ludzkim bez żadnej dla niego szkody, a mimoto ustrój taki szerzyć może wokoło siebie groźną epidemię. Zwłaszcza chorobowo zmieniony pęcherzyk żółciowy może niekiedy być niejako zbiornikiem czystej hodowli prątków durowych, wiadomo bowiem, że żółć sprzyja rozwojowi tych bakteryi. W jednym takim przypadku dopiero operacyjnie powiodło się kobietę, cierpiącą na biegunki, uczynić dla otoczenia nieszkodliwą, poczem zniknęły również i biegunki. *Dr M. Godlewski.*

Hoesslin. **Badania kliniczne i doświadczalne, dotyczące sprawy wydzielania się aglutynin w moczu chorych na dur brzuszny.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 18). Miejsce tworzenia się aglutynin jest jeszcze zupełnie nieznane. Śledzionie, gruczołom limfatycznym, szpikowi kostnemu, oraz ciałkom białym przypisują rolę czynną w tym względzie. Tak samo i sprawa wydzielania się tych substancyi z ustroju jest po dziś dzień bardzo jeszcze niejasna. Z badań na chorych i na zwierzętach wysnuwa H. wnioski następujące: U chorych durowych, u których białkomocz się nie pojawia, nie wydzielają się również i drogą nerek aglutyniny. Wydzielanie się aglutynin idzie równolegle z przepuszczalnością miąższu nerkowego dla białka, oraz z aglutynacyjną wartością surowicy krwi. Wydzielanie się aglutynin tą drogą nie wywołuje ubytku ich w ustroju, straty te bowiem ustrój natychmiast uzupełnia. *Dr M. Godlewski.*

Regina Kahane. **W sprawie włosogłówki** (*trichocephalus*). (*Corresp. f. schw. Aerzte* 1907, Nr 8). Objawy, wywołane przez włosogłówki, mogą być bardzo rozmaite; za najważniejsze jednak uznać należy: niedokrwistość i zaburzenia jelitowe. Rozpoznać sprawę łatwo zapomocą badania drobnowidowego kału, w którym znajdują się bardzo znamienne żółte lub czerwonobrunatne jajka; trzeba tylko na to uważać, żeby przez różne procedury bakteryologiczne przedtem jajek tych nie zniszczyć. Należy więc kał badać przed podjęciem tych procedur, inaczej wynik mógłby być ujemny mimo obecności włosogłówek w jelitach. Powszechnemu mniemaniu, że włosogłówka, najczęstszy pasorzyt jelitowy, niema żadnego znaczenia dla ustroju, przeczą spostrzeżenia ciężkich zaburzeń, mogących kończyć się nawet śmiercią. K. poleca podawanie tymolu (wewnętrznie i przez odbytnicę), zapomocą którego w swoim przypadku uzyskała wyleczenie. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

W. Zimmermann. **Wrzody „z rozciągnięcia"** (Dehnungsgeschwüre) **powyżej zwężeń jelitowych.** (*Corresp. f. schw. Aerzte* 1907, Nr 8). Z. opisuje trzy przypadki takich wrzodów (zwężenie było w jednym z nich skutkiem raka pętli esowatej, w drugim skutkiem raka okrężnicy zstępującej, w trzecim skutkiem raka lewego jajnika). Wrzody powyżej zwężeń jelitowych uważa Nothnagel za odleżynowe (ucisk twardych grud kału); Kocher natomiast nazywa je wrzodami »z rozciągnięcia«, przypuszczając, że są one skutkiem zaburzeń krążenia, wywołanych przez nadmierne rozciągnięcie jelita powyżej zwężenia. — Wrzodów tych niepodobna napewno rozpoznać; nie ustalono dotąd żadnego niezawodnego obrazu ich klinicznego. Spotykane w tych przypadkach w stolcu krew, ropa i strzępy tkanki mogą być zarówno objawem wrzodu »z rozciągnięcia«, jak i rozpadającego się raka. Niejaką wskazówką co do siedziby wrzodu mogłaby być ograniczona tkliwość na ucisk. Zresztą jedyną radą, jak i w rozpoznaniu innych rzadkich zmian, jest to, żeby »nie zapominać o możliwości« takiego wrzodu. Rokowanie jest zawsze poważne; leczenie może być jedynie operacyjne.
Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Styracol. Eter kwasu cynamonowego i gwajakolu. Rozkłada się prawie zupełnie w ustroju i uwalnia gwajakol z połączenia. Bez zapachu i smaku; rozpuszcza się w wodzie i w rozcieńczonych kwasach. Stosują go ze skutkiem w przewlekłych biegunkach i w gruźlicy pierwszego stopnia. Dawki: 1 gram na 4 razy u osesków, 1,50 gr. na 4 razy u dzieci starszych, 4 gramy na 4 razy u dorosłych.

Bromek metylatropiny ($C_{16}H_{20}O_3 = N \equiv CH_3 . CH_3 . Br_2$). Tworzy białe kryształy, zawiera 20,80% bromu, rozpuszcza się bardzo łatwo w wodzie i rozcieńczonym wyskoku. Działa kojąco na ból i na układ nerwowy, rozszerza źrenice, jak atropina, i znieczula. Wewnętrznie można go podawać w dawkach 1 do 2-miligramowych, aż do 6 miligramów na dzień, w proszkach, pigułkach, w płynach, jakoteż w tej ilości wstrzykiwać pod skórę. Zewnętrznie w wodach ocznych, w pomadach do 5%.

Almateina ($CH_2O_2=(C_{16}H_{12}O_5)_2=CH_2$). Proszek lekki, różowy, bez zapachu i smaku. Nierozpuszcza się w wodzie. Działa na jelita odkażająco i ściągająco. Podaje się ją wewnętrznie po 0·2—0·6 gr. na raz, do 5 gramów dziennie. Zewnętrznie używa się jej w proszku albo samej, albo z innymi środkami, albo w roztworze glicerynowym. *Stahr.*

XXIV. Zjazd niemiecki dla medycyny wewnętrznej w Wiesbadenie od 15 do 18 kwietnia 1907.

Podał **Dr E. Stahr.**

Nerwoból i jego leczenie.

Schultze (Bonn), główny sprawozdawca, mówi naprzód o przyczynach mechanicznych nerwobólu [ucisk, przeciągnięcie nerwu (Zerrung)]. Nerwiaki kikutowe wywołują ból przez to, że otoczka nerwu zrasta się z otoczeniem, co utrudnia poruszanie się nerwu. S. nie wierzy, żeby zwykłe przekrwienie mogło wywoływać nerwoból; nie godzi się też z teoryą Nothnagla, że przyczyną bólu w większości przypadków kamicy żółciowej i kolki jelitowej jest podrażnienie nerwu z powodu braku dopływu krwi, wywołanego stałym skurczem warstwy mięsnej jelita, ale raczej pisze się na zapatrywanie Wilmsa, upatrując przyczynę nerwobólu w naciągnięciu nerwów otrzewnych. Zapalenie nerwu i otoczki nerwowej często idą w parze; odróżnienie tych spraw od właściwego nerwobólu często jest niemożliwe. Nerwobóle wśród chorób zakaźnych są prawie zawsze wyrazem zapalenia nerwu. Zagadkowym pozostaje tylko nerwoból zimniczy. S. przyznaje w patogenezie nerwobólu wielkie znaczenie przeziębieniu. Istnieją nerwobóle bez żadnych zaburzeń w samym nerwie, a to na tle histeryi i neurastenii; rzadko w ten sposób bywa zajęty n. trójdzielny. Nerwobóle toksyczne mogą być wywołane już to przez przyczyny tkwiące w ustroju (endogen), już to pochodzące z poza ustroju (exogen). Do pierwszych należy zaparcie stolca (nerwoból twarzowy i rwa kulszowa), chociaż na ogół znacznie autorowie w tym względzie przesadzają. Dalszą przyczyną nerwobólu może być stwardnienie tętnic, nieprawdopodobnym zaś jest wpływ żylaków. Wrodzona skłonność neuropatyczna, ogólna nerwowość, usposabiają do nerwobólów. Wyniki badań anatomiczno-patologicznych są dotąd prawie żadne, zdaje się tylko, że stwardnienie tętnic ma doniosłe znaczenie dla tego cierpienia. Ból wychodzić może z każdego odcinka nerwu czuciowego, nie wiemy tylko, czy szara istota rdzenia może być zajętą. Punkty bolesne nie są stałe, ale ich nigdy nie brak w przypadkach zapalenia nerwu. Mówiąc o leczeniu, nie zatrzymuje się S. wcale przy lekach chemicznych, których liczba jest olbrzymia, chwali tylko jako czasami niezwykle skuteczną akonitynę. Lepsze wyniki dają metody fizyczne: miesienie, galwanizacya, ciepło w różnych odmianach, gorące natryski powietrzne i sposób Biera. Z 20 chorych, przysłanych na klinikę chirurgiczną w Bonn, 12 uleczono powyższymi sposobami. S. nie zna wpływu promieni Röntgena. Próbował z dobrym wynikiem kąpieli piaskowych, szkockich natrysków i t. p. Zarzucił zupełnie wyciąganie nerwu operacyjne, natomiast często stosuje wyciąganie nerwu ortopedyczne. W ostrych przypadkach zaleca przedewszystkiem wypoczynek w łóżku. Wstrzykiwanie niektórych środków w okolicę zajętego nerwu może przynieść ulgę, ale może też wywołać prawdziwe porażenie. Wyskok wstrzyknięty wywołuje zwyrodnienie nerwu i działa jak wycięcie nerwu. Wstrzykiwanie 5% kokainy bywa czasem niebezpieczne. Wstrzykiwania miąższowe sposobem Langego wywołują często gorączkę, choć wyniki są na ogół dobre. Mimo wszystko są przypadki, które wymagają zabiegu operacyjnego: w nerwobolu n. trójdzielnego należy w takim razie uciec się do wycięcia zwoju Gassera, jak to robi Krause. Ale to zabieg niebezpieczny i zniekształtniający; nadto nerw często odradzał się i dlatego polecano plombowanie kanałów kostnych. W przypadkach rwy kulszowej nie można wycinać nerwu, ale dobre wyniki daje sposób Bardenheuera (wycięcie spojenia krzyżowo-biodrowego i zatopienie zwoju krzyżowego w głąb mięśni).

Schlösser (Monachium), drugi sprawozdawca, mówił wyłącznie o leczeniu nerwobólów miejscowemi wstrzykiwaniami wyskoku. Wyskok 70% lub 80%, wstrzyknięty wprost do nerwu, wywołuje jego zwyrodnienie i wessanie całego odcinka otoczki nerwowej, w którą wyskok wstrzyknięto. Nerwy jednak, tak ruchowe jak i czuciowe, później odradzają się od obwodu ku środkowi w różnym przeciągu czasu, zależnie od wielkości zwyrodniałego odcinka. Metody tej używał S. w przypadkach opornych i przewlekłych, nigdy w świeżych. Leczył dotąd 202 chorych na różne nerwobóle. Wstrzykiwał zawsze wyskok 80% w jedno miejsce chorego nerwu i to jak najbliżej ośrodka, a nadto wstrzykiwał bardzo często jeszcze raz w punkt, położony między ośrodkiem a obwodem, i to w ilości od 1 do 4 cm³. Jeżeli szło o nerwy wyłącznie lub przeważnie czuciowe, używał większych dawek (do 4 cm³), do ruchowych nerwów zaś dawek mniejszych, a powtarzanych aż do zjawienia się niedowładu. Otóż właśnie możność pojawienia się niedowładu, a nawet porażenia, są wadami tego sposobu leczenia. U 2 swych chorych widział S. niedowład w zakresie nerwu twarzowego, a 2 razy w zakresie n. okoruchowego wspólnego. Po 3 miesiącach dopiero zupełnie ten niedowład ustępował. Zdarzają się także czasem i głębokie blizny między żwaczami, szczęką, a podstawą czaszki tak, że zjawia się rodzaj szczękościsku. Przypadków nerwobólu w zakresie n. trójdzielnego leczył autor 123, wyleczenie trwało średnio 10 miesięcy i 6 dni. Na 38 przypadków rwy kulszowej miał S. zupełnych uleczeń 36, 2 razy były nawroty po 3—6 miesiącach. Na 16 przypadków nerwobólu potylicznego było 16 wyleczeń; — 8 nerwobólów ramienia, 1 międzyżebrowy, 2 nerwobóle po amputacyi kończyn, 2 nerwobóle przeszywające u chorych na wiąd rdzenia, 1 w zakresie n. udowo-goleniowego wyleczono bez nawrotu. Ale na 11 przypadków drgawek twarzowych było 9 nawrotów. Autor zachęca do dalszych prób, bo sposób ten jest niejako chemiczną resekcyą nerwu, a w każdym razie znacznie mniej niebezpieczny, niż wycinanie zwoju Gassera.

Lange (Lipsk) radzi wstrzykiwać w miąższ nerwu fizyologiczny roztwór soli (z dodatkiem kokainy) w ilości od 50 do 150 cm³. W ten sposób rozciąga się otoczkę nerwu, co wywołując żywy ból, równocześnie dowodzi, że do nerwu dotarło. Chorego tak leczonego należy zostawić w łóżku. Często już po pierwszem wstrzyknięciu następuje poprawa, a uleczenie zupełne często już po 3 dniach. Sposobu tego nie używa autor nigdy w nerwobólu n. trójdzielnego.

Alexander (Berlin) leczy rwę kulszową wstrzykiwaniami roztworu Schleicha. Nie wstrzykuje nigdy ponad 10 cm³. Wstrzykuje zaś zawsze w punkty bolesne. A. nie widział nigdy żadnego odczynu. Nie koniecznie trzeba wstrzykiwać w sam chory nerw, wystarczy wstrzyknąć w okoliczne mięśnie, gdyż bardzo wielu chorych na rwę kulszową okazuje objawy schorzenia mięśni (myopatyi). A. podkreśla z naciskiem współrzędność nerwobólów z objawami schorzenia mięśni zarówno w zakresie twarzy, jak i uda.

Goldscheider (Berlin) podziela zapatrywania Alexandra i zaznacza, że sposób Alexandra o tyle przewyższa sposób Langego, że może być stosowany nietylko przez specyalistę, ale przez każdego lekarza w praktyce codziennej. Sposób ten nie tylko uśmierza nerwoból, jak niektórzy podają, lecz istotnie go usuwa.

Fedor Krause (Berlin) przyczynę różnic w opiniach autorów co do skuteczności różnych sposobów widzi w tem, iż przypadki leczone przez różnych lekarzy były rozmaitego nasilenia. Sam jako chirurg spotyka tylko przypadki rozpaczliwe: na 134 operowanych z powodu nerwobólu w zakresie n. trójdzielnego 17 usiłowało odebrać sobie życie. Z początku wykonywał K. tylko resekcyę obwodową: na 79 takich operacyi stracił tylko 2 chorych (jeden zmarł na zapalenie płuc po wyleczeniu się z rany, drugi na krwotok mózgowy po zabliźnieniu się rany). Zabieg ten dał jednak tylko 14% trwałych uleczeń, w 10% musiano jeszcze usunąć zwój Gassera, reszta chorych zaś miała nawroty nie ciężkie. Zwój Gassera wyciął K. u 56 chorych: 8 zmarło wśród operacyi, 48 żyje dotąd i są najzupełniej zdrowi. K. nie zauważył nigdy, żeby się nerw odradzał i nie wierzy w to. Dzięki technice, jaką K. stosuje, zabieg ten nie oszpeca chorego. W końcu ostrzega K. przed podawaniem morfiny (morfinizm!). (C. d. n)

Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1903, oraz 1901/2.

Streścił **prof. dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

II. Szczepienie ochronne od ospy i zakłady produkcyi krowianki.

Z obowiązanych do szczepienia dzieci (niemowląt) zaszczepiono w r. 1901 — 90·5%, w r. 1902 — 90·70%, w r. 1903 — 91%; w tym względzie był więc, aczkolwiek bardzo drobny, po-

stęp. Ewidencya szczepionych jest we Lwowie i w Krakowie bardzo niedokładna; w dwudziestu kilku powiatach pozostaje nieszczepionych więcej niż 10% dzieci. W niektórych powiatach stwierdza Rada zdrowia wielkie pod tym względem niedbalstwo, tem godniejsze napiętnowania, że nietylko stałe, ale nawet statecznie wzrastające, jak np. w powiecie limanowskim, kosowskim, gdzie pozostaje około 25% (!) nieszczepionych. Zaniedbany jest też powiat tarnowski. Natomiast przodują dobrym przykładem i to od lat wielu powiaty łańcucki, śniatyński, przeworski, a w ostatnim czasie i krakowski. Szczepienie przy przyjmowaniu do szkoły ludowej dzieci, u których nie ma widocznych blizn szczepiennych, nie jest jeszcze dostatecznie rozpowszechnione, np. w r. 1903 w 7 powiatach nie szczepiono ani jednego dziecka szkolnego; jednakże wydane przez Radę szkolną w r. 1903 zarządzenia pozwalają spodziewać się w przyszłych latach poprawy. Szczepienie kosztowało w r. 1901 (bez rewakcynacyi i szczepień z konieczności 130,487 K (jedno szczepienie 30 h), w r. 1902 — 125,672 K (28 h), w r. 1903 — 123,253 K (28 h). Dwa istniejące w kraju zakłady wytwarzają rocznie bezmała ½ miliona porcyi krowianki, dającej wynik pomyślny w 95·3—97·4% u szczepionych, około 87% u rewakcynowanych.

III. Publiczna ochrona zdrowia.

1. Asanacya.

Woda do picia i użytku. W rozdziale tym podają sprawozdania Rady zdrowia z lat 1901—3, jak i dawniej, w alfabetycznym porządku powiatów: zaprowadzone ulepszenia, liczbę i jakość zbudowanych studzien, nawiązując gdzieniegdzie uwagę o warunkach zaopatrzenia w wodę wogóle i stanie tej sprawy w tym lub owym powiecie. Ten sposób przedstawienia rzeczy nie dawał dokładnego obrazu całości tej sprawy w kraju i nie dozwalał czytelnikowi wysnuć dokładnych wniosków o poczynionych postępach, już choćby z tego względu, że relacye, z różnych powiatów rozmaicie opracowane, nie wszędzie podają ścisłe liczby. Np. w sprawozdaniu za r. 1903, zliczywszy nowych studni 1737, dalecy jeszcze jesteśmy od prawdziwej liczby, bo np. o powiecie rudzkim czytamy, że przybyło studni »kilkanaście«, o starosamborskim, że przybyło ich sporo, o kilkunastu innych nawet tego ogólnikowego określenia nie podano, nie mówiąc o oznaczeniu jakości nowych studzien i t. d.

Można jednak obecnie mieć już pewność, że Sprawozdanie z r. 1903 jest ostatniem, w którem braki te się odczuwa i że najbliższe już sprawozdania będą w tym rozdziale niemniej ścisłe i cenne, jak np. są już od lat szeregu rozdziały, dotyczące głównych chorób nagminnych. Równocześnie bowiem prawie ze Sprawozdaniem Rady zdrowia za r. 1903 ukazało się w druku wyborne sprawozdanie, dokonane z ramienia Namiestnictwa przez inspektora sanit., radcę rz. dra Józefa Barzyckiego[1]). Praca ta, wielkiej wartości, daje dokładny obraz tego, jak kraj cały zoopatrzony był w wodę w r. 1905 i co w tym względzie zrobiono w ostatnich latach, oraz wskazówki, co i jak nadal czynić należy[2]). Nietrudno więc będzie na przyszłość uzupełniać co roku tę podstawową pracę, nadając trwałą wartość temu rozdziałowi Sprawozdań Rady Zdrowia, o ile oczywiście uzupełnienia te oparte będą na dokładnych liczbach i wiadomościach. Byłoby pożądane, by główne przynajmniej dane, zebrane w pracy dra Barzyckiego, objęte zostały jednem z przyszłych Sprawozdań Rady zdrowia na pożytek tych czytelników Sprawozdań, którzy pracy dra Barzyckiego nie będą mieli pod ręką. (C. d. n.)

Słów kilka o kobietach lekarkach.

Wykład historyczny.

Napisał

Dr Adam Langie.

Od najdawniejszych czasów kobiety poszczególne zajmowały się medycyną i wykonywały praktykę lekarską, chociaż dopiero w ostatniem stuleciu przypuszczono je do studyów uniwersyteckich i do uzyskania na równi z mężczyznami dyplomów doktorskich. Przeważnie poświęcały się gałęzi, dla nich z natury rzeczy najodpowiedniejszej, więc położnictwu, i dlatego z położnemi spotykamy się w najodleglejszej epoce dziejów świata.

[1]) »Przegląd higieniczny« 1906/7 i osobna odbitka.

[2]) Por. Sprawozdanie w Nr — »Przeglądu« str. —.

Według poetów greckich w bajecznych czasach same boginie zstępują z Olimpu, by nieść pomoc kobietom rodzącym; w czasach historycznych czynią to zwykłe śmiertelniczki. Jedną z takich bardzo cenionych akuszerek (po grecku μαῖα) była matka Sokratesa, nazwiskiem Phaenarethe, żona rzeźbiarza Sophroniskosa. Przechowała się też opowieść o innej młodej kobiecie Agnodike, która w czasach, gdy w Atenach samym tylko mężczyznom zajmować się wolno było leczeniem, przebrała się po męsku i wyuczywszy się położnictwa u znanego lekarza Herophilosa, zaczęła wykonywać praktykę. Wprawdzie, oskarżona o to, stanąć musiała przed areopagiem, ale za wstawieniem się najznakomitszych dam ateńskich została uwolnioną, a wyrok ten przełamał dawny przesąd i otworzył kobietom szerokie pole wykonywania praktyki położniczej. Musiało to dziać się gdzieś w IV wieku przed Chr., bo wtedy właśnie żył Herophilos i odtąd, chociaż mężczyźni nadal poświęcają się położnictwu, położne zdobywają wielką wziętość, bo zrozumiałem jest, że kobiety w tych swoich wstydliwych cierpieniach daleko chętniej u nich, niż u mężczyzn, szukają porady. Że jednak już przedtem musiały być w Atenach położne, tylko może wyjątkowo tolerowane, dowodzi dopiero co przytoczona matka Sokratesa, który żył w V wieku, a więc wcześniej, niż mogło być owo zdarzenie z Agnodike.

W Egipcie położnictwo stało na niższem, pośledniejszem miejscu poza innemi naukami lekarskiemi; przy porodach czynną była starsza położna z trzema pomocnicami. Prócz położnictwa zdaje się wyjątkowo i innemi także gałęziami medycyny trudniły się tam kobiety. Przemawia za tem nazwisko jednej takiej lekarki z okresu piramid, kapłanki bożka Tot, która nazywała się Merisanch. Królowa Kleopatra (* 68 † 30 przed Chr.) zajmowała się też medycyną teoretyczną; studyowała mianowicie trucizny i przysposabiała odtrutki, co w owej epoce było zajęciem ulubionem, zwłaszcza przez głowy koronowane, niepewne srodze swego życia. Kleopatrze też przypisywanem bywa autorstwo dzieła o chorobach kobiecych. dedykowanego córce.

W biblii również są wzmianki o położnych, chociaż rola ich przy porodzie ogranicza się tylko do pocieszania rodzącej.

W Chinach znów przeciwnie do dziśdnia jeszcze praktykę położniczą wykonują wyłącznie kobiety, a lekarz, jeżeli bywa wzywany, zadowalnia się podawaniem środków, łagodzących bole, pozostawiając wszystkie zabiegi i rękoczyny położnej.

W Japonii od najdawniejszych czasów znane są położne, nazywane *Samba*. Prócz pomocy, udzielanej przy porodach, zajmowały się one także spędzaniem płodu. Z końcem VII wieku po Chr. powstają w większych miastach japońskich szkoły lekarskie, w nich nierzadko nauczają kobiety.

W Rzymie za czasów cesarstwa spotykamy obok lekarzy mężczyzn także kobiety lekarki *»medicae«*, rekrutujące się najczęściej z pomiędzy położnych, które prócz swego zawodu zajmują się też leczeniem i innych chorób. Jako pierwsza lekarka słynie tam Valeria Verecunda, nader biegła położna; jako specyalistka do chorób piersi *»medica a mammis«* Forella Melaniona; Galen w pismach swych wspomina o lekarce Antiochis, która była specyalistką do chorób śledziony; Soranus czyni wzmiankę o lekarce Elephantis, specyalistce chorób skórnych. Dalej Salvinia, Lais i Aspasia. Wykształcenie zawodowe położnych rzymskich musiało stać wysoko, jeżeli n. p. Soranus żąda od nich, aby objęły całokształt nauk lekarskich, aby znały farmakologią, dyetetykę i zabiegi położnicze, jeżeli wreszcie faktem jest, że wzywane bywały nieraz jako znawczynie przez sądy w sprawach, tyczących się ciąży, porodu, lub chorób kobiecych (Seneka).

Z czasów chrześciańskich przechowała tradycya nazwiska lekarek: Św. Teodozyi w IV wieku po Chr., św. Niceraty w V w., wreszcie św. Hildegardy († 1178), autorki dzieła p. t. *»Physica«*, a która też zajmowała się praktyką lekarską.

O wiele już późniejsze są słynne położne, autorki wielce za ich czasów cenionych książek, zawierających przeważnie praktyczne wskazówki, oparte na rozległem własnem doświadczeniu, a mianowicie Bourgeois w XVI wieku, du Tertre i Siegemundin w XVII, Boivin i Lachapelle z końcem XVIII i na początku XIX stulecia. O kobietach tych, których działalność piśmiennicza przyczynia się nawet do rozwoju medycyny, a zwłaszcza położnictwa, posiadamy już więcej szczegółowych wiadomości.

Ludwika Bourgeois, po mężu Boursier, ur. 1564 r., uczennica słynnego Paré, położna w Hôtel-Dieu w Paryżu od r. 1598, a później od 1601—1610 nadworna położna Maryi Medycyjskiej, żony Henryka IV., napisała *»Observations diverses*

sur la sterilité.... etc.« w 3 księgach, wydane w Paryżu 1609 r. W dziele tem opisała po raz pierwszy wypadnięcie pępowiny i odprowadzenie jej, podała też bardzo dobry opis położenia twarzowego i stosowanych przy tem zabiegów, obok mnóstwa cennych dla położnych, a nawet dla lekarzy wskazówek, odnoszących się do porodu, chorób kobiecych i noworodków.

Małgorzata du Tertre, po mężu de la Marche, przysięgła położna miasta Paryża, od r. 1660 naczelna położna szpitala Hôtel-Dieu, wydała 1674 r. podręcznik dla położnych, napisany w formie pytań i odpowiedzi p. t. »*Instruction familière....* etc.«, w którym zebrała wszystkie wskazówki i wiadomości potrzebne do wykonywania praktyki położniczej. Powtórzone są tu właściwie nauki Ludwiki Bourgeois z dodatkiem własnych, nieco odmiennych, zapatrywań.

Wielką sławę w XVII wieku zdobyła sobie nadworna położna dworu Wielkiego Kurfirsta w Berlinie Justyna Dittrich, po mężu Siegemundin († 1705), autorka dzieła, które przez długi czas uchodziło za kanon wszystkich niemal europejskich położnych, a nosiło bardzo długi ówczesną modą tytuł, zaczynający się: »*Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter, das ist ein höchst-nöthiger Unterricht von schweren und unrechtstehenden Geburten....* etc.«, wydane 1690 r. Książka napisana jest w formie rozmowy dwóch położnych, z których jedna, przedstawicielka ludowych wierzeń i przesądów, rozmawia z drugą, przedstawicielką racyonalnego położnictwa, opartego na nauce lekarskiej. Siegemundin była samoukiem, praktykowała zrazu bezpłatnie dla ubogich na wsi, później przez lat 12 w Lignicy i tam zyskała sławę, nabywszy czysto doświadczalnie wielkiej wprawy i zręczności. Odbija się to nawet w jej książce, gdzie widoczne braki dokładnych wiadomości teoretycznych wynagradza doskonale opisane badanie i leczenie praktyczne. Ona to wprowadziła nowy zabieg, połączony z obrotem na nóżki przy wypadniętej rączce, nazywany od niej »podwójnym zabiegiem Siegemundin«.

Marya Ludwika Lachapelle, ur. 1769 była naczelną położną w *Hospice de la Maternité*, otwartem w Paryżu 1797 r. przy szpitalu Hôtel-Dieu, a bogate swe doświadczenie złożyła w książce, wydanej 1825 r., więc już po jej śmierci († 1821) przez siostrzeńca jej lekarza Antoniego Dugès, noszącej tytuł: »*Pratique des accouchements....* etc.«.

Uczennicą pani Lachapelle była Marya Anna Boivin (* 1773 † 1847), naczelna położna paryskiego *Maison royal de santé*, która otrzymała nawet tytuł doktora *honoris causa* w 1827 r. od Wydziału lekarskiego w Marburgu. Autorka wielu prac pomniejszych i podręcznika »*Mémorial de l'art des accouchements*«, wydawanego kilkakrotnie (pierwsze wydanie 1812 r.).

Niemal równocześnie odznaczyły się w Anglii: Sara Stone, autorka podręcznika, wydanego 1737 r. »*Complete practice of midwifery*«; Elżbieta Nihell, występująca w broszurach polemicznych przeciw wykonywaniu położnictwa przez mężczyzn; Marya Dunally, która w 1814 r. wykonać miała pierwsze cięcie cesarskie u żywej kobiety; w Niemczech zaś Marya Teodora v. Siebold.

Kobiety wymienione tem więcej podziwiać musimy i tem bardziej oceniać ich piśmiennicze prace, że nauka położnych nie stała wówczas na tym poziomie, co dzisiaj, a nawet brak było przez długie wieki wogóle wszelkich podręczników, z których teoretycznych nabrać mogłyby wiadomości. To, czego się nauczyły, zawdzięczały przeważnie sobie samym, własnej bystrości spostrzegawczej i wybitnym bezwątpienia zdolnościom. W Grecyi i w Rzymie młodsze położne uczyły się u starszych, a chociaż czternasta księga dzieł Soranusa, zatytułowana περὶ γυναικείων, przeznaczona jest prawie wyłącznie dla użytku położnych, to jednak w czasach przed wynalezieniem druku korzystanie z pisanych dzieł było ogromnie niedostępne.

Pierwszą drukowaną książkę, będącą podręcznikiem położnictwa, spotykamy dopiero w XVI stuleciu. Napisał ją i wydał 1513 r. w Strasburgu Eucharius Roesslin p. t. »*Der Swangeren Frawen und Hebammen Rosegarten*«. Zebrał tam autor zwięźle wszystkie dotychczasowe wiadomości położnicze od najdawniejszych czasów i po raz pierwszy wyłączył położnictwo z zakresu chirurgii, ujmując w jedną zamkniętą całość. Przez dwa blizko wieki cieszy się też książka jego wielkiem wzięciem, tłómaczoną jest na kilka języków i z niej uczą się całe pokolenia położnych.

W XVI w. spotykamy się również ze szkołami dla położnych, z których najdawniejsze były, zdaje się, w Paryżu i Frankfurcie. Na początku XVII wieku powstaje szkoła taka w Monachium. Ale i te szkoły początkowo nie musiały stać na wysokości swego zadania, skoro 1745 r. kilkadziesiąt paryskich położnych wniosło podanie do Wydziału lekarskiego z prośbą o reorganizacyę nauczania, co istotnie w dwa lata później nastąpiło przez urządzenie osobnej szkoły, wyłącznie dla położnych przeznaczonej, w *Collège de chirurgie*.

* * *

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska *ogłasza następujące ostrzeżenie:*

Lekarz brodzkiej powiatowej Kasy chorych, zamieszkały w Szczurowicach, podjął starania celem poprawy warunków pracy w tej kasie.

Wzywa się wszystkich Kolegów, aby w razie ewentualnego zatargu tego lekarza z zarządem Kasy i skutkiem tego wypowiedzenia mu tej posady, nie obejmowali tej posady bez poprzedniego porozumienia się z Izbą.

Prezydent Izby: *Dr Festenburg.*

Skuteczności organizacyi lekarzy dowodzi sprawa Kasy chorych we Frysztacie na Śląsku, opisana obszernie przez dra Olszaka w nadesłanem nam przez Związek państwowy org. lek. austr. piśmie. Kasa ta pokrzywdziła już przed kilku laty lekarzy w Boguminie, tworząc w miejsce dawniejszych 2 posad, płatnych po 1,800 K, jedną z płacą 1,600 K; próbowała też obniżyć wynagrodzenie lekarza w Karwinie z 900—1,000 K, na 400 K rocznie, a używała wobec lekarzy 8-dniowego wypowiedzenia. W końcu nawet tych wynagrodzeń, nie dochodzących 2 K za członka rocznie, lekarze nie otrzymywali, gdyż wskutek złej gospodarki wpadła Kasa w długi; zaległości, które kasa winna była lekarzom i aptekom, doszły do 20,000 K w maju 1906. W tymże czasie powiodło się zorganizować lekarzy okręgu frysztacko-bogumińskiego, a gdy żądania organizacyi, stawiane Kasie, nie odnosiły skutku, zebrał Zarząd organizacyi pisemne zaręczenie wszystkich lekarzy z całego okręgu, iż na własną rękę nie wejdą z Kasą w żadne układy. Wtedy lekarze Kasy zagrozili wypowiedzeniem miejsc, a gdy rozpoczęte układy Kasa przewlekała i przez 5 kwartałów zalegała z wypłatą należnych honoraryów, wypowiedzieli istotnie swe miejsca na 14 dni naprzód, od 1. IV. 1907. Równocześnie za pośrednictwem Izby śląskiej ostrzeżono lekarzy innych krajów przed przyjmowaniem miejsc w tej Kasie. To poskutkowało. Ponowne układy, w których pośredniczyło Starostwo, uwieńczył zupełny skutek. Kasa zobowiązała się zapłacić zaległe honoraryę w $^1/_3$ części w ciągu 2 tygodni, w $^1/_3$ po 3 miesiącach, w $^1/_3$ zaś do końca września, na przyszłość za leczenie każdego członka płacić po 4 K rocznie, zgodziła się na 3-miesięczne wypowiedzenie, na udział delegata lekarzy w posiedzeniach zarządu i t. d. *R.*

Piętnaście zgromadzeń lekarzy w różnych miejscowościach Dolnej Austryi urządził w ciągu dwóch tygodni prezes Państwowego Związku organiz. lek. austr., dr Janeczek. W zebraniach uczestniczyło przeszło 450 lekarzy i zaproszeni posłowie sejmowi, którzy ze zdumieniem dowiedzieli się, dla jak skromnych żądań lekarzy podjął z nimi walkę Wydział krajowy dolno-austryacki. Wynikiem tych zebrań będą narady posłów sejmowych w d. 13. i 23. maja, by na Sejmie, rozpoczynającym się 25. maja, sprawę tę poruszyć. Gdyby i Sejm sprawy nie załatwił, chwycą się lekarze dolno-austr. środków ostatecznych. *R.*

Wydział Związku lekarzy rządowych galicyjskich przedłożył 28. IV. b. r. Namiestnikowi petycyę o uregulowanie dyet w podróżach służbowych i wybrał delegatami na Walne Zebranie Związków lekarzy rządowych, w Wiedniu odbyć się mające, drdr Czyżewicza, Obtułowicza, ewentualnie Wursta i Kurasiewicza. (»Tyg. lek.«). *R.*

Lwowska sekcya Tow. Samopomocy lekarzy wybrała 4. V. b. r. swym prezesem dra Sielskiego, wiceprezesem dra Trzcienieckiego, sekretarzem dra Felsa, skarbnikiem dra Skałkowskiego i po wysłuchaniu wykładu dra Flisa z Krakowa »O potrzebie organizacyi lekarzy« uchwaliła do rozpoczętej w tym względzie akcyi się przyłączyć. *R.*

W Stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie odbyła się 19. IV. b. r. konferencya z powodu **projektu ubezpieczenia robotniczego** na wypadek choroby, **opracowanego przez ministeryum** przemysłu i handlu. Sprawozdawcami byli dr Żenczykowski i dr Winiarski.

Dr Żenczykowski streścił naprzód projekt, składający się z 2 części: *a*) o zapomogach na wypadek choroby, *b*) o pomocy lekarskiej, przyczem jednakowe przepisy mają obowiązywać Cesarstwo i Królestwo Polskie, wyjątek może stanowić tylko Kaukaz. Obowiązkowemu ubezpieczeniu podlegają pracownicy, zajęci w fabrykach, kopalniach, na kolejach, okrętach i wogóle przy komunikacyi, dalej bez względu na ilość robotników w przedsiębiorstwach, używających kotłów parowych, maszyn wprowadzanych w ruch siłami natury, lub zwierząt, w przedsiębiorstwach zaś z urządzeniami fabrycznemi bez maszyn, czynnych przy pomocy sił natury lub zwierząt, jeśli liczba stale zajętych robotników jest nie niższa od 10. Nie podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu pracownicy z pensyą powyżej 1500 rs., jak również ci, którzy najęci są na okres krótszy, niż dwa tygodnie. Zapomóg na wypadek choroby udzielać mają kasy chorych, w których uczestniczą i pracodawcy i pracownicy. Główny urząd ubezpieczeń (centralny dla całego państwa) rozstrzyga, które z przedsiębiorstw i kto z pracowników ma podlegać obowiązkowemu ubezpieczeniu (§ 10 a). Kasy chorych przy fabrykach, zatrudniających ponad 100 robotników, zatwierdzają miejscowe urzędy ubezpieczeń, w przedsiębiorstwach z mniejszą ilością pracowników kasy chorych mogą być założone tylko na zasadzie osobnego pozwolenia miejscowych urzędów ubezpieczeń (§ 40 a), mających zresztą prawo łączyć kilka takich mniejszych kas w jedną (§ 41 a), jak również wyłączać drobne przedsiębiorstwa z pod obowiązkowego ubezpieczenia (§ 42). Środki kasy składają się z opłat pracodawców i pracowników w stosunku 1 : 2; wkładki nie mogą w zasadzie być niższe, niż 1 prc., ani wyższe, niż 3 prc. zarobków. W razie likwidacyi kasy przechodzi jej majątek na rzecz osobnego funduszu, zawiadywanego przez centralny urząd ubezpieczeń (§ 44 a), a służącego na zapomogi dla uboższych kas w państwie. Zapomogi w razie choroby wynoszą dla żonatych $1/2$—$3/4$, dla kawalerów $1/4$—$1/2$ dziennego zarobku nie mogą być pobierane jednym ciągiem dłużej, niż 13—26 tygodni, a w ciągu roku najwyżej przez 30 tygodni. Na koszta pogrzebu wypłacana będzie 30-krotna dzienna zapomoga (§ 13 a). Kasy mogą przyjąć na siebie obowiązek wspomagania w chorobie i leczenia rodzin uczestników; wydatki na to nie mogą przenosić $1/3$ wpływów kasy (§ 14 i 15 a). Każda kasa ma zarząd, którego $1/3$ część mianuje pracodawca na 3 lata, a resztę wybierają uczestnicy kasy na walnem zgromadzeniu, któremu przewodniczy pracodawca (§ 27, 26 a). Ci pracownicy, którzy korzystają z obowiązkowego ubezpieczenia zapomogowego, mają prawo korzystać na koszt pracodawców z bezpłatnej pomocy lekarskiej pod postacią pierwszej pomocy w nagłych i nieszczęśliwych przypadkach, leczenia ambulatoryjnego, szpitalnego, pomocy akuszeryjnej, oraz z lekarstw, środków opatrunkowych i innych pomocy lekarskich (§ 1, 2 e). Pomoc lekarską w tym zakresie pracodawcy mają prawo dawać w naturze, albo przelewać na kasy chorych częściowo, lub w całości, opłacając wtedy kasie za każdego robotnika od 3—5 rs. rocznie, albo przelewać na instytucye ziemskie i miejskie, za taksą, przewidzianą w § 21 ustawy o dobroczynności publicznej; wreszcie poszczególni fabrykanci mają prawo łączyć się w celu udzielania wspólnym kosztem pomocy lekarskiej swoim pracownikom. Jeśli pomoc lekarska, udzielana w naturze, nie odpowiada swemu zadaniu, to pracodawca musi przelać swe obowiązki na kasę chorych. Kasy chorych zaś udzielają pomoc lekarską odpowiednio do swych funduszów (§ 9 b). Z pomocy lekarskiej korzystają pracownicy przez czas trwania najmu. Jeśli pracodawca daje pomoc lekarską w naturze, to w razie choroby przewlekłej, czyniącej robotnika niezdolnym do pracy, musi leczyć robotnika na swój koszt przez 4 miesiące po rozwiązaniu kontraktu najmu, a w razie choroby, wynikłej z nieszczęśliwego wypadku, przez 2 lata (§ 4 b). Oprócz sum, przelewanych przez pracodawców na rzecz kas chorych, obowiązani są pracodawcy 10 prc. od tych sum opłacać centralnemu urzędowi ubezpieczeń na rzecz ogólno-państwowego funduszu kas chorych.

Sprawozdawca czyni projektowi rządowemu następujące zarzuty:

1) Projekt wyłącza z obowiązkowego ubezpieczenia wszystkich rzemieślników, dziennych wyrobników, szwaczki, służbę domową folwarczną i handlową, woźniców, nawet robotników fabrycznych, zajętych krócej, niż 2 tygodnie; to daje pole do nadużyć i przy złej woli może pozbawić pomocy lekarskiej większość pracowników fabrycznych, co łatwo osiągnąć przez zawieranie umów na czas krótszy, niż 2 tygodnie. 2) Projekt ministeryalny jest właściwie w obecnych stosunkach w Królestwie krokiem wstecz, a nie postępem. 3) Prawodawca wcale nie zna stosunków Królestwa Polskiego, albowiem przewiduje tylko jeden typ kas chorych, a nie uwzględnia naszych związków zawodowych, kas cechowych, kas gminnych i t. d.; natomiast tworząc urzędy centralne w sposób iście biurokratyczny, chce krępować rozwijające się życie wewnętrzne. 4) Centralistyczny projekt rządowy nietylko ogniskuje w Petersburgu władzę, lecz w dziwny sposób stara się scentralizować w swoich rękach kapitały. Ponieważ Królestwo Polskie liczy mniejwięcej 300.000 robotników fabrycznych, więc według projektu, licząc koszta pomocy lekarskiej po 4 rs. na robotnika, rocznie wynosiłyby opłaty 1,200.000, z czego 10 prc., t. j. 120.000 przelewanoby rocznie podług projektu ministeryalnego do Petersburga na potrzeby całej Rosyi; na takie zaś prezenta nas nie stać. 5) Wyłączając z kosztów pomocy lekarskiej robotników, projekt w dalszym ciągu będzie podtrzymywał wieczne niezadowolenie pracowników wobec pracodawców wtenczas, kiedy chociaż skromny udział pracowników w kosztach i stąd płynące prawo kontroli usunęłyby wiele nadużyć i niezadowolenia ze strony samych robotników.

Sprawozdawca podaje wreszcie następujące wnioski: *a*) Pomoc lekarska dla pracującej ludności powinna być całkowicie obowiązkiem kas chorych, które miałyby jednolity zarząd i dla sprawy leczenia i dla zapomóg, udzielanych chorym. *b*) Należy rozszerzyć obowiązkowe ubezpieczenie (pomoc lekarską i zapomogi) na całą ludność pracującą, nie wyłączając służby folwarcznej. *c*) Do świadczeń kas chorych powinny mieć prawo i rodziny uczestników. *d*) Typ kas chorych dla Królestwa Polskiego nie może być jednolity, lecz różnie zastosowany do potrzeb i środków tej klasy ludności, dla której jest przeznaczony. Każdy z tych typów powinien jedynie czynić zadość pewnym niewielkim wymaganiom zasadniczym i pozostawać pod nadzorem władz samorządnych. *e*) Fundusz, pozostały z likwidacyi kas, jak również 10 prc. dodatki do opłat, wnoszonych przez pracodawców, powinny pozostawać w kraju i być obracane na potrzeby miejscowej ludności pracującej. *f*) Królestwo Polskie powinno posiadać własny główny zarząd kas. *g*) W zarządzie głównym krajowym, jak również w zarządach okręgowych, prócz przedstawicieli władz krajowych, powinni zasiadać przedstawiciele kas chorych z wyboru.

Dr Winiarski czyni prawie te same zarzuty projektowi ministeryalnemu, tylko oświetlając je z innej strony. Szczególnie silnie krytykuje pomysł pomocy lekarskiej w naturze wyłącznie na koszt fabrykanta, w tych słowach: »Pomoc ta, podawana w naturze, wyłącznie na koszt pracodawcy, wypróbowana u nas przez szereg lat, pomimo wielkich nakładów pieniężnych chybiła zupełnie swego celu, a przyczyniła się znacznie do większego zaognienia stosunków pomiędzy pracownikami, a pracodawcami. System ten wpływa bardzo szkodliwie i na samą sprawę leczenia, usuwając z niej tak ważny czynnik, jak wiarę i zaufanie do lekarza, którego robotnicy uważają za urzędnika i obrońcę interesów fabrykanta. System ten prowadzi do lekceważenia pomocy lekarskiej, do podejrzliwości i pogardy względem wszelkich nakładów na pomoc lekarską i do marnowania ich w sposób często niesłychany. Z dotychczasowego systemu niezadowoleni są i fabrykanci, i robotnicy, i lekarze. Nadto system ten, niezmiernie sprzyjając symulacyi, deprawuje robotników. Można z całą pewnością twierdzić, że i nadal tak będzie, dopóki system ten nie będzie całkowicie zarzucony, a udzielanie pomocy lekarskiej ludności pracującej nie będzie całkowicie zaliczone do obowiązków kas chorych, które miałyby jednolity zarząd i dla sprawy leczenia, i dla zapomóg, udzielanych chorym«.

Dyskusya, w której zabierali głos doktorzy Dunin, Bronowski, Chełchowski i inni, nie dała bardziej zasadniczego wyświetlenia rzeczy, niż to uczynili obaj sprawozdawcy.

Dr med. S. Bronowski.

Przedwyborcze żądania lekarzy stosownie do odezw Izb lekarskich przedłożył kandydatom do Rady Państwa z powiatu wadowickiego, dr Łazarskiemu i dr Binderowi, st. lekarz pow. dr Zawadziński, uzyskując od obu kandydatów przyrzeczenie, że żądania lekarzy poprą. Zresztą z żadnego powiatu (prócz Jasła) nie otrzymaliśmy wiadomości o podobnych wystąpieniach lekarzy na zgromadzeniach przedwyborczych. *R.*

W obronie swego projektu ubezpieczenia lekarzy nadesłał nam dr Wątorek następujące wyjaśnienie:

Autor notatki w Nrze 19 »Przegl. lek.« str. 256 zapytuje od siebie czytelnika, czy lekarz może rocznie preliminować w swoim budżecie kwotę 700 kor. na swoje asekuracye, a po

odliczeniu n. p. 200 koron t. zw. »dywidendy«, choćby tylko 500 koron. Autor notatki widocznie nie zrozumiał istoty mego projektu, która polega na tem, że na pewną ściśle określić się mającą grupę ubezpieczeń, przymusową dla członków, lekarz nie będzie płacił ryczałtem rocznym, półrocznym, czy miesięcznym, t. zn. zapomocą większej sumy, czy sum, przez siebie indywidualnie zaoszczędzonych, ale zapomocą drobnych kwot, codziennie przez siebie składanych zapomocą kupowania blankietów Towarzystwa na recepty itp. do wspólnego skarbu Towarzystwa. Towarzystwo zaś, zebrawszy te oszczędności wspólne do swego skarbca, będzie płacić danym Tow. asekuracyjnym, na rachunek grupy asekuracyi przymusowych, za każdego członka równą ilość pieniędzy, czyli t. zw. »dywidendę«, zaś resztę należytości, rozmaitą dla rozmaitego wieku członków, Towarzystwo to, mając cechy stowarzyszenia pożyczkowego, każdemu członkowi zaliczy, czy pożyczy na pewien prc., a następnie ściągnie z niego należytość w stosownych ratach, a w razie oporu choćby zapomocą egzekucyi, przy zastosowaniu innych zwykłych w takich razach obostrzeń, jak np. prc. zwłoki itp. — Oczywiście, ten sposób płacenia wspólnego, według zasady »Jeden za wszystkich, wszyscy za jednego«, pewnego oznaczyć się mającego »minimum asekuracyi«, przymusowego dla każdego członka, ma obok dogodności w płaceniu premii kwotami minimalnemi, a częstemi, tę dodatnią stronę, do naszego niepewnego zawodu przystosowaną, że: *a*) bogatsi będą płacić częściowo na uboższych (czyli stworzy się tem samem dla członków asekuracyę na wypadek zubożenia, czy spadku dochodów z powodu np. konkurencyi), *b*) koledzy chorzy i przez to samo niezdolni do zarobkowania, przestają tem samem płacić premie na poczet swoich polic, i to dosłownie przez czas swej niezdolności do zarobkowania. (Jest to przeto asekuracya tego rodzaju, że w razie czasowej niezdolności do pracy ustaje automatycznie płacenie premii, a zatem idziemy o krok dalej, aniżeli te Tow. asekuracyjne, które biorą na siebie ryzyko, iż obowiązek płacenia premii ustaje w razie trwałej niezdolności do pracy).

Uwaga autora notatki, iż lekarz na swe przymusowe minimum asekuracyi będzie płacił gotówką 500 kor., do czego jako dodatek doliczy się dywidendę 200 kor., świadczy, iż autor istoty całego projektu nie zrozumiał. Rzecz się ma wręcz przeciwnie. — Dążę do tego, aby członkowie najmłodsi nic nie dopłacali gotówką do minimum zabezpieczenia, a jedynie chyba, aby gotówką dopłacali starsi koledzy, których asekuracya będzie droższą z powodu i stosownie do wieku. Wydatność dywidendy trudno z góry obliczyć. Na razie w pierwszym roku trwania Towarzystwa proponuję na próbę przyjąć podatek: 10 centów od recepty, 25 centów od świadectwa lek. i 10 prc. od ryczałtów. Jeżeli się okaże po roku, że podatek ten jest zanadto wydatny tak, iż np. najmłodsi koledzy z dywidendy mieliby nadwyżkę, to się podatek obniży, lub stworzy jakieś rezerwy specyalne. Jeżeli zaś zajdzie ewentualność przeciwna, to się podatek za zgodą Walnego Zgromadzenia Stowarzyszenia podwyższy do tej wysokości, jaka się okaże potrzebną. Inna rzecz, gdyby kraj stworzył fundusz emerytalny. W takim razie w naszym interesie leżałoby, by podatek za recepty był jak najniższy. Przy tej wysokości opodatkowania się wzajemnego, jaki proponuję, może nawet pesymista obliczyć dochód roczny co najmniej na 700 kor. rocznie na każdego członka. Kwota ta najzupełniej wystarczyłaby na pokrycie ubezpieczenia osobistego każdego lekarza. Jednakowoż ja z całym naciskiem wiążę w jedną całość osobistą asekuracyę z asekuracyą wdów i sierot tak wydatną, aby przedstawiała 20.000 koron, w nadziei, że podobnie, jak urzędnicy, zgodzą się na ewentualne dopłaty i lekarze nieżonaci. Ta asekuracya wdów i sierot, wprost konieczna dla żonatych, jest również konieczną i dla nieżonatych. Każdy z nich, gdy się ożeni, słusznie będzie mógł żądać: Zapłaciłem na wdowy i sieroty, gdym był nieżonaty, niech obecnie inni nieżonaci dopomogą mi do zabezpieczenia mojej rodziny.

Czy dużo naogół znajdzie się członków Towarzystwa? Nie wiem, bo nie mogę przewidzieć, ilu z lekarzy płacących dziś asekuracye indywidualne, umie logicznie myśleć. Jako urodzony optymista sądzę, że wszyscy lekarze logicznie myślą i na tym fundamencie buduję mój gmach. Z mej strony staram się tłómaczyć wszystkim i każdemu z osobna jasno korzyści z tego rodzaju zabezpieczenia. Dziwię się, dlaczego zwłaszcza w Krakowie rzecz idzie opornie, skąd mam na 63 zgłoszeń dopiero 4. Dotychczas mam 63 zgłoszeń. Czy to dużo? Sądzę, że tak. Proszę sobie wyobrazić, że buduję hotel lekarski o 1000 pokojach. Budynek dopiero w grubszych zarysach, a już mam 63 ofert na mieszkania. Na razie ideałem moim jest zdobyć 100 członków tak, abym z dniem 1 lipca już mógł Towarzystwo w ruch puścić. Dlaczego 100? Bo wtedy koszta administracyi Towarzystwa w zupełności się opłacą z samych tylko prc. od inkassa i prc. od agencyi Tow. asek., tak że nawet mimo inwestycyi, koniecznych przy założeniu Towarzystwa naszego, mam nadzieję rok zamknąć nadwyżką z owych procentów. Jeżeli w czasie Zjazdu lekarzy zdobędę dalszych 100 członków, Towarzystwo nasze będzie prosperować świetnie. Jeżeli zaś liczba członków dojdzie 500 i jeżeli między tymi 500 członkami znajdzie się połowa lekarzy szpitalnych, wybierzemy delegacyę i pomówimy ze Sejmem i Wydziałem krajowym.

Z autorem notatki nie chcę polemizować, chcę go przekonać, równie jak przekonałem kol. Pacynę, który się kartką na członka zgłosił. Lubię niewiernych Tomaszów, bo z tych bywają najlepsi współwyznawcy. Pierwsze Zgromadzenie organizacyjne Towarzystwa odbędzie się we wtorek dnia 21-go maja o godzinie 6 wieczorem we Lwowie w sali Tow. lekarskiego ul. Dominikańska 8. *Dr A. Wątorek* (Lwów, Szeptyckich 34, I p.).

Towarzystwo „Pomocy koleżeńskiej“ w Poznaniu liczyło w r. 1906 członków 145, udzieliło 1,400 Mk na zapomogi stałe i jednorazowe wdowom i sierotom po lekarzach, posiadało 11,867 Mk. funduszów żelaznych. Prezesem Towarzystwa jest dr Buski, sekretarzem dr Pomorski, skarbnikiem dr Krysiewicz (Now. lek. 5).

Drugi Związek felczerów w Królestwie, mianowicie w Zagłębiu Dąbrowskiem, ukonstytuował się 28. IV. b. r. na zebraniu w Sosnowcu; trzeci powstaje w Warszawie. *K.*

Biura sanitarne miast Rzeszowa, Buczacza i Podgórza wydały drukiem sprawozdania za rok 1906. Sprawozdanie z Rzeszowa opracowali r. s. dr Zagórski i dr Teller, z Buczacza r. c. dr Krzyżanowski, z Podgórza dr Smorągiewicz.

W Rzeszowie wynosiła śmiertelność (przy ludności 21.400 m.) 15‰; stosunki więc były bardzo pomyślne pod tym względem, zarówno, jak i co do chorób zakaźnych, których zgłoszono tylko 104 przypadki, a z których jedna tylko odra miała charakter nagminny (zgłoszono 50 przypadków). Wobec chorób zakaźnych stosowano odpowiednie, a energiczne sposoby zwalczania. Na odkażanie wydano 2907 K. W szpitalach (powszechny, więzienny, izraelicki i 2 wojskowe) leczyło się 3156 osób; w ambulatoryum dla ubogich w biurze sanitarnem 736, w ambulatoryum ocznem w szpitalu, prowadzonem przez członka biura sanitarnego, 1885 osób. Na ukończeniu jest nowy wzorowy budynek nowej szkoły miejskiej, dla której urządzenie wewnętrzne (ławki i t. d.) obmyślono starannie, uwzględniając możność finansową gminy. Lekarze miejscy zbadali stan zdrowia 4732 uczniów szkół miejskich (sprawozdanie podaje statystykę stwierdzonych cierpień, głównie oczu), nadzorowali pilnie szkoły i stancye studenckie, zakłady przemysłowe, środki spożywcze, (których wiele skonfiskowano), prostytucyę (wykonano 1697 rewizyi; oddano 45 kobiet do szpitala, gdzie oddział weneryczny żeński prowadzi lekarz miejski, mając przez to doskonałą kontrolę nad wyleczonemi, co znacznie wpływa na zmniejszenie się chorób wenerycznych w Rzeszowie). Miasto wkrótce otrzyma dobre łazienki, subwencyonując ich budowę (10.000 K.), rozpoczęło roboty wodociągowe (wydano 18.975 K.), zasklepia i reguluje przerzynający miasto potok (27.108 K.), kładzie bruki i buduje kanały (około 70.000 K.), dba o czystość ulic (16.222 K.) i t. d. Jednem słowem nie są przesadą słowa sprawozdania, że r. 1906 był istotnie »dalszym ciągiem asanacyi miasta«, a ze sprawozdania widać, że energiczna praca biura sanitarnego trafia na zrozumienie i poparcie u władz miejskich. Zdawałoby się nam pożądanem, by przyszłe sprawozdania zawierały szczegółowsze zestawienia istniejących jeszcze braków sanitarnych i zamierzonych środków ich usunięcia.

W Buczaczu pomimo energicznej inicyatywy i gorliwej pracy Biura sanitarnego stosunki zdrowotne są mniej pomyślne. Przyczyną jest zarówno wielkie ubóstwo niewielkiego tego miasta (liczącego 12.098 mieszkańców), jak i niższa kultura ludności. Śmiertelność w r. 1906 dochodziła 24‰. Z chorób nagminnych grasowały panujący bez przerwy od 13 lat dur brzuszny (103 przypadki † 9) i płonica (150 przyp. † 25). Na odkażanie wydano jednak tylko 350 K. Miasto zbudowało wprawdzie ½ klm. kanałów i projektuje dalszy kilometr, ale »czyszczenia i odkażania kanałów nie przeprowadza się dla braku funduszów«. Gdzie działalność sanitarna zależy wprost od biura sanitarnego, tam sprawa lepiej stoi; widać to n. p. z wykazu skonfiskowanych nieodpowiednich środków spożywczych, choć i tutaj skarży

się sprawozdanie, że niema sposobu zwalczyć oszustw handlarzy buczackich, wysyłających »łój zamiast masła, a ochłapy zamiast mięsa« z sąsiednich stacyi kolejowych. Z 2561 dzieci szkolnych zbadano co do zdrowia 1507. Starano się też widocznie poprawić higienę szkół, o ile to możliwe przy takiem przepełnieniu, że na dziecko wypada gdzieniegdzie ledwo 2·13 m.³ przestrzeni. W szpitaliku powiatowym leczono 169 chorych stałych, 380 przychodnich, w izraelickim 76 stałych, 375 przychodnich. Troskliwie nadzorowano zakłady przemysłowe, które widocznie bardzo tego potrzebują, skoro »prawie wszystkie piekarnie należałoby ze względów higienicznych pozamykać«. Także i »higiena budownictwa, kanalizacyi, wody do picia jest słabą stroną« Buczacza. Ogrodów publicznych i plantacyi niema żadnych i t. d. Trudno wreszcie temu wszystkiemu się dziwić, skoro Buczacz »należy do najuboższych miast, majątku niema żadnego, długów zaś przeszło ½ miliona koron, opłaca po 240 prc. (!) dodatków do podatków». Rzeczywiście bez wydatnej pomocy na cele asanizacyjne ze strony rządu, czy kraju, niepodobna marzyć w tych warunkach o znaczniejszej poprawie stosunków; od żądania tej pomocy zaczyna się też szereg kończących sprawozdanie wniosków.

Już w zeszłym roku podnosiliśmy, że inne nasze miasta powinnyby pójść za dobrym przykładem Rzeszowa i Buczacza i zdawać publicznie sprawę ze swych stosunków sanitarnych i poczynionych postępów. To też z uznaniem należy powitać wydane po raz pierwszy »Sprawozdanie o stosunkach zdrowotnych m. Podgórza w r. 1906«. W mieście tem, liczącem 20.984 mieszkańców, a zabudowanem ciasno i wązko wzdłuż Wisły i pobliskich wzgórz, warunki nie sprzyjają ogólnej zdrowotności. Jeżeli mimoto śmiertelność wynosiła tylko 17‰, to przyczyną tego jest, iż statystyka nie obejmuje mieszkańców Podgórza, zmarłych w szpitalach krakowskich (w Podgórzu szpitala niema). Z chorób zakaźnych umarło osób 28; przeważnie przyczyną była tu płonica, która nieustannie się odnawia, krzewiąc się głównie wśród izraelitów przez chajdery (w r. 1906 zgłoszono przypadków 104, † 15). Drugie miejsce zajmuje dur brzuszny (16 † 3); można jednak oczekiwać tu poprawy, bo miasto rozpoczęło wstępne badania celem budowy wodociągów. Zagrażający dur plamisty zwalczono przez zastosowanie bardzo energicznych środków (ścisłe internowanie wszystkich mieszkańców zakażonego domu). Po chorobach zakaźnych odkażanie wykonywa się bardzo dokładnie dzięki ustanowieniu w r. z. osobnego stałego sanitaryusza; wydano na odkażanie 975 K. Sprawozdanie wskazuje na postęp, jaki uzyskać można co do stanu zdrowia dzieci, oddawanych na wychowanie, jeżeli się roztoczy pilny nadzór nad wychowawczyniami. W Podgórzu prowadzi się rejestr żywicielek, które muszą mieć na swój proceder pozwolenie lekarza miejskiego, kontroluje się ich mieszkania i t. d. To też, gdy przed 10 laty zmierało rocznie po 70 dzieci, oddanych na wychowanie, w r. z. zmarło już tylko 10. Środki żywności troskliwie nadzorowano; nieodpowiednie konfiskowano. O czyszczeniu miasta, brukach i t. d. nie zawiera sprawozdanie danych, wymieniając tylko kary, nałożone na stróżów i właścicieli domów za nieporządek. Kanalizacya miasta przeprowadzaną jest konsekwentnie od r. 1896; zbudowano dotąd 4 klm. kanałów (z tego ½ klm. w r. z.); na 564 domów jest 300 połączonych z kanałami. Młodzież szkolna (3082) mieściła się w 7 niedawno pobudowanych odpowiednich budynkach. Wszystkie sale szkolne razem miały 3246 m. »powierzchni kubicznej« (?). Sprawozdanie podaje co do zdrowia dziatwy tylko dane o płonicy. — Skoro raz zrobiono dobry początek, to zapewne w przyszłych sprawozdaniach znajdą się szczegóły także o sprawach, w tym roku mimochodem tylko dotkniętych.

Krajowa Rada Zdrowia podaje (w Sprawozdaniu za r. 1903), że także miasta Przemyśl i Tarnów wydawały doroczne sprawozdania sanitarne. Niestety sprawozdań tych nie nadesłano nam ani w tym, ani w zeszłym roku i nie wiemy, czy sprawozdania te dalej wychodzą. Gdyby nawet jednak tak było, to 5 publicznie zdających sprawę na 65 samoistnych gmin sanitarnych w kraju jest liczbą stanowczo za małą. Przedewszystkiem zaś nie mieliśmy jeszcze nigdy w ręku dorocznych sprawozdań sanitarnych ze Lwowa i Krakowa. Nie wiemy, czy miasta te, mające przecie świecić krajowi przykładem, wogóle sprawozdania takie wydają. *R.*

Lekarze szkolni w Galicyi ustanowieni będą prawdopodobnie najrychlej w seminaryach nauczycielskich, gdzie już obecnie są lekarze »docentami higieny i somatologii«. Natomiast sprawa lekarzy szkolnych w szkołach ludowych, gdzie rząd także radby ich wprowadzić, weszła na tory niepomyślne. Rząd bowiem (ministerstwo oświaty) z góry oświadczył, że na ten cel żadnych wydatków ponosić nie będzie i proponując uregulowanie tej sprawy w drodze ustawodawstwa krajowego, postawił zasadę, że koszt lekarzy szkolnych powinien być pokrywany tak, jak inne wydatki na szkolnictwo ludowe. Wydział krajowy zaś zajął również stanowisko odporne, gdyż niepodobna całego kosztu lekarzy szkolnych przenieść na strony konkurencyjne, a krajowy fundusz szkolny, i tak już nadmiernie obciążony, nie może się do kosztów tych przyczynić. *R.*

Premie dla matek. Rada m. Krakowa przyznała instytucyi »Kropla Mleka oraz Biuro porady dla matek« oprócz zwykłej rocznej subwencyi pewną kwotę na premie dla matek, uznane dziś ogólnie za jeden z najdzielniejszych środków w walce ze śmiertelnością niemowląt. Premie po 10 K rozdzielane będą co 3 miesiące (po raz pierwszy w lipcu b. r.) pomiędzy matki, uczęszczające do »Biura porady«, a wyróżniające się starannością w pielęgnowaniu niemowlęcia.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 5. do 11. V. 1907 doniesiono o 4 nowych przypadkach ospy w 2 gminach, a mianowicie w m. Krakowie 1 i w pow. Brody (Brody 3); o 45 przypadkach duru plamistego w 20 gminach, a mianowicie: we Lwowie 1, w pow. Bohorodczany (Markowa 2), Drohobycz (Drohobycz 1), Gródek (Wiszenka mała 4), Horodenka (Dąbki 6), Jaworów (Bruchnal 1, Nahaczów 1, Czołhynie 1, Przyłbice 4), Kamionka (Niesłuchów 1), Kosów (Szeszory 2), Lisko (Manasterzec 1, Baligród 1), Mościska (Małnów 2, Wola małnowska 6), Nadwórna (Łuk 1), Przemyśl (Bachów 1), Rawa (Biała 4, Smolin 1, Hujcze 4) i o 11 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 7 gminach, a mianowicie w m. Lwowie 2 (z tych 1 stwierdzony bakteryol.), w pow. Chrzanów (Czerna 1), Gorlice (Gorlice 1), Nowy Sącz (1 stwierdz. bakter.), Rawa (Poddubce 3), Zbaraż (Zbaraż 2), Żydaczów (Mikołajów 1). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. I w tym tygodniu wykazu nie otrzymaliśmy.

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 5. do 11. V. 1907, urodziło się dzieci żywo 63, nieżywo 7; zmarło osób 57 (w tem obcych 24), wśród nich z gruźlicy 15 (8), zapalenia płuc 6 (2) płonicy 2. *R.*

Dur powrotny w Warszawie. Na około 260 przypadków, pomieszczonych w szpitalach, oblicza »Gaz. lek.« (Nr 18) śmiertelność dotychczasową na 2%, donosząc zarazem, że od chorych zaraził się lekarz i 4 posługaczy.

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Na posiedzeniach publicznych Zjazdu wygłoszone być mają następujące wykłady:

I. Posiedzenie ogólne: 1) dr Władysław Biegański (Częstochowa): O współczesnej filozofii przyrody. 2) R. Dw. prof. dr Henryk Jordan (Kraków): Temat zastrzeżony. 3) R. Dw. prof. dr Ludwik Rydygier (Lwów): Zagajenie w sprawie akcyi przeciwrakowej.

II. Posiedzenie ogólne: Prof. dr Stanisław Rothert (Odessa): O nowoczesnej ewolucyi poglądów na sprawę sposobów odżywiania się organizmów roślinnych.

Komitet gospodarczy otrzymał zawiadomienie, że delegatem Uniwersytetu w Zagrzebiu na X. Zjazd przyrodników i lekarzy polskich został wybrany dr Gustaw Janeček, profesor chemii i dziekan Wydziału filozoficznego. Jako delegat lekarzy polskich w Chicago przybędzie na Zjazd do Lwowa dr W. J. Sieminowicz.

Stan prac organizacyjnych w sekcyach: W sekcyi medycyny wewnętrznej (XII) zgłoszono oprócz już wymienionych (por. »Przegl. lek.« Nr 11 str. 142) następujące wykłady: 26) Sterling (Łódź): Rola tuberkuliny w leczeniu gruźlicy płuc. 27) Sokołowski (Warszawa): Z dziedziny gruźlicy. 28) Jakowski (Warszawa): Z dziedziny chorób zakaźnych. 29) M. Flaum (Warszawa): O utajonych postaciach zapalenia wyrostka robaczkowego. 30) Tenże: Temat zastrzeżony. 31) Wretowski (Warszawa): O inoskopii. 32)

Dyr. Trochanowski (Tarnów): Iwonicz na podstawie rozbioru z r. 1907.—(O wewnętrznem leczeniu niedrożności kiszek — zgłosił wykład nie dr Sterling, jak pierwotnie podano, lecz dr Ledmanowski [Zagorów]).

XXII. Sekcya dentystyczna (ciąg dalszy). Temat oficyalny: Która metoda leczenia zgorzeli miazgi daje najlepsze wyniki? Ref. doc. Bohosiewicz (Lwów); koref. dr Jakubowski (Lwów). Zgłoszone wykłady: 1) Blikle (Warszawa): Jak powinien pracować dentysta, by zachować swe zdrowie? 2) Doc. Bohosiewicz (Lwów): Temat zastrzeżony. 3) Cieszyński (Monachium): Zastosowanie promieni rentgenowskich w celach rozpoznawczych w dentystyce. 4) Tenże: Technika ekstrakcyjna w trudniejszych przypadkach (zastosowanie prostej dźwigni, z demonstracyami). 5) Doc. Gońka (Lwów): W sprawie leczenia pyorrhoea alveolaris. 6) Dr Meschel (Lwów): O zastosowaniu i sposobach wykonywania plomb porcel. Jankinsa. 7) Dr Jakubowski (Lwów): O obturatorach. 8) Dr Turnau: O replantacyi zębów. 9) Zieliński Włod. (Warszawa): Szyny przy złamaniach szczęk.

X. Sekcya fizyologiczna. Zgłoszone wykłady: I) Doc. dr Michalina Stefanowska (Genewa): O prawie, według którego przybywa waga u młodych zwierząt i roślin w okresie rośnienia. II) Z zakładu fizyologicznego Uniwersytetu lwowskiego: 1) Prof. Beck: Badanie nad nużeniem się nerwu. 2) Tenże: Wpływ ciepłoty otoczenia i innych czynników na zjawiska galwanotropizmu. 3) Tenże: Nowy przyrząd do badania odruchu kolanowego. 4) Tenże: Niektóre demonstracye z dziedziny optyki fizyologicznej. 5) Prof. Bikeles i dr Fromowicz: O drogach dośrodkowych dla odruchów tylnej części ciała. 6) Dr W. Fromowicz: Badania nad czuciem temperatury w błonach śluzowych. 7) Dr W. Moraczewski: Zależność indykanu w moczu od zawartości indolu w kale. 8) Dr Piasecki: Przyczynek do wiadomości o prawach pracy mięśniowej. 9) Dr T. Zalewski: O zdolności chłonienia błony śluzowej jamy bębenkowej. 10) Tenże: Ilościowe badania nad wessaniem kokainy z dróg oddechowych.

XIV. Sekcya chirurgiczna (ciąg dalszy). Zgłoszono w d. c. wykłady: 42) Dr A. Wątorek (Lwów): Historya anty- i aseptyki w Galicyi. 43) Tenże: Sprawa decentralizacyi medycyny operacyjnej. 44) Dr L. Karwacki (Warszawa): Badania przyczynowe nad etyologią nowotworów i stosunek ich do leczenia spraw nowotworowych. 45) Dr W. Stankiewicz (Warszawa): O krwiomoczu. 46) Tenże: Wrodzony brak pęcherza moczowego. 47) Niektóre uwagi o litotrypsyi.

Utworzono nową Sekcyę medycyny wojennej. Na przewodniczącego uproszono szefa sanitarnego XI. korpusu we Lwowie, dra Ignacego Linka. Do komitetu ściślejszego powołano lekarza sztabowego, dra Edwarda Karchezego.

XVIII. Sekcya okulistyczna. I. Tematy oficyalne: 1) Uszkodzenie narządu wzrokowego wobec ubezpieczenia od wypadków ze szczególniejszem uwzględnieniem ustawy austryackiej. Ref. Prof. Machek. 2) Zespolenie sił okulistycznych polskich przez utworzenie Towarzystwa okulistycznego. Ref. Prof. Wicherkiewicz.

II. Zgłoszone wykłady: 1) Dr Kramsztyk (Warszawa)- O wadach dzisiejszego mianownictwa i układu chorób w okulistyce i o potrzebie reformy. 2) Dr Ziemiński Br. (Warszawa): Sprawozdanie o dotychczasowych pracach przygotowawczych wydziału »Walki ze ślepotą« warszawskiego Towarzystwa higienicznego. 3) Dr Noiszewski (Dynaburg): Zmiany w odczuwaniu światła w stanach zapalnych siatkówki. 4) Dr Zajdenman (Lublin): O jaglicy jako klęsce społecznej. 5) Dr Górski Romuald (Piotrków): O niesieniu pomocy lekarskiej chorym na oczy na prowincyi w Królestwie Polskiem. 6) Prof. Wicherkiewicz (Kraków): O przemieszczaniu gałek króliczych do woreczka Tenona po wyłuszczeniu gałek chorych. 7) Tenże: O znaczeniu tenotomii wszystkich czterech mięśni prostych pod względem leczniczym, zapobiegawczym i kosmetycznym. 8) Tenże: O zwiotczeniu skóry powiek (blepharochalasis) i tegoż leczeniu. 9) Tenże: Wyższe stopnie niezborności po operacyi zaćmy pod względem etyologii, pochodzenia i leczenia. 10) Dr Witaliński (Kraków): Zaćma czarna pod względem etyologicznym, mikrochemicznym, histologicznym i prognostycznym. 11) Dr Berezowski (Kraków): Zaćma spowodowana długiem karmieniem. 12) Rosenhauch (Kraków): Przetwory nadnercza i wpływ ich na oko. Część doświadczalna. 13) Dr Matusewicz (Kraków): Znaczenie przetworów nadnercza pod względem terapii okulistycznej. Część kliniczna. 14) Dr Bałłaban (Lwów): Wartość zastrzykiwań podspójówkowych i ich teorya. 15) Dr Zion (Lwów): Przypadek ruchomego ciała w przedniej komórce oka. 16) Dr Burzyński (Lwów): O patogenezie zaćmień rogówkowych i dzisiejszem ich leczeniu. 17) Tenże: Krytyczny pogląd na dzisiejszy stan leczenia jaglicy. 18) Dr Dybuś-Jaworski (Lwów): Związek chorób dróg łzowych z chorobami jamy nosowej. 19) Prof. Machek (Lwów): Zmiana refrakcyi oka w rozpoczynającej się zaćmie korowej. 20) Doc. Szulisławski (Lwów) Utrata oka w rozumienieniu § 156 a) austr. ust. karnej. 21) Doc. Bednarski (Lwów): Uwagi nad zaćmą wieku dziecięcego. 22) Tenże: O sztucznem dojrzeniu zaćm przez dyscysyę. 23) Dr Markowski (Lwów): O wartości wstrzykiwań podspojówkowych jodku potasu w przypadkach rozpoczynającej się zaćmy. 24) Tenże: O cyklodyalizie. 25) Dr Reis W. (Lwów): Uodpornienie Römera w przypadkach wrzodu sierpowego rogówki. 26) Tenże: Całkowite zwichnięcie gałki ocznej z rozległemi zmianami krwotocznemi w gałce i nerwie wzrokowym.

III. Demonstracye: 1) Dr Noiszewski (Dynaburg): Chromofotometr. 2) Tenże: Szczypczyki dla ręcznego leczenia skrzydlika. 3) Doc. Bednarski (Lwów): Przedstawienie preparatów anatomicznych. 4) Dr Bałłaban (Lwów): Nowy przyrząd własnego pomysłu do naparzania ócz. 5) Dr Zion (Lwów): Nowe hebrajskie wzory do badania bystrości wzroku według zasady Snellena. 6) Dr Reis W. (Lwów): Fotografie stereoskopowe przypadków chorobowych i preparatów anatomicznych, sporządzone w klinice okulistycznej. 7) Tenże: Przekroje gałek ocznych ludzkich i zwierzęcych z zachowaniem przeźroczystości środków łamiących. 8) Tenże: Preparaty mikroskopowe z zakresu histologii patologicznej oka.

Sekcya prasy lekarskiej (gospodarz: prof. dr Józef Szpilman, zastępca: prof. dr Mieczysław Grabowski, sekretarz: dr Stanisław Jasiński) przyjęła następujący porządek obrad:

1) Ujednostajnienie mianownictwa w czasopismach lekarskich polskich. Ref.: prof. dr Kryński (Warszawa).

2) Błędy językowe w naszem piśmiennictwie lekarskiem. Ref.: dr Markiewicz (Warszawa).

3) Prasa lekarska wobec spraw zawodowych. Ref.: dr S. Sterling (Łódź).

4) Przeszkody w rozwoju czasopiśmiennictwa lek. pol., sposoby ich usunięcia; potrzebne reformy. Ref.: dr Jaworski (Warszawa), dr St. Skalski (Łódź), prof. dr Ciechanowski (Kraków).

5) Sprawozdania z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Ref.: prof. dr Ciechanowski (Kraków), dr Guranowski (Warszawa).

6) Sprawa pism popularnych. Ref.: prof. dr Panek (Lwów).

7) Założenie Związku przedstawicieli prasy lekarskiej polskiej. Ref.: dr Kwaśnicki (Kraków), prof. dr Wicherkiewicz (Kraków) i dr Zawadzki (Warszawa).

8) Sprawa wydawnictwa podręczników lek. polskich. Ref.: prof. dr Browicz (Kraków).

Komitet gospodarczy sekcyi uchwalił na posiedzeniu dnia 3. lutego 1907, aby dopuścić wszystkich członków Zjazdu do brania udziału w sekcyi prasy lekarskiej, lecz zastrzegł sobie prawo przydzielenia pewnych spraw wyłącznie decyzyi delegatów, oraz prawo rewizyi uchwał w sekcyi zapadłych przed przedłożeniem ich ogólnemu Zebraniu Zjazdu.

Zastępca gospodarza sekcyi: *Prof. dr W. Grabowski.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 15. V. b. r. posiedzenie, na którem 1) uchwalono polecić mączkę dla dzieci wyrobu p. Gurgula na zasadzie rozbiorów chemicznych, wykonanych przez doc. Lembergera; 2) prof. Kader przedstawił chorych: a) po wycięciu sterczu przez cięcie nadłonowe, b) po resekcyi pętli esowatej z powodu nowotworu, c) po resekcyi kątnicy i jelita cienkiego (razem 280 ctm.) z powodu gruźlicy, d) po operacyi przewlekłej niedrożności jelit. 3) Dr Steuermark miał wykład p. t. »Zasady i wskazania nowoczesnej rentgenoterapii«. W dyskusyach przemawiali prym. Bogdanik, Borzęcki, Wachtel, dr Rapoport, prof. Ciechanowski i Kader.

— Z powodu epidemii duru brzusznego w kilku gminach powiatu krakowskiego ostrzegł Magistrat mieszkańców miasta zapomocą publicznych ogłoszeń przed spożywaniem mleka surowego.

Lwów. W lwowskiej klinice chirurgicznej są do objęcia 2 posady bezpłatnych elewów, a w zakładzie dla obłąkanych w Kulparkowie kilka płatnych posad asystentów (dostępnych po części i dla kobiet-lekarek). (»Tyg. lek.« 19).

— Doktorat wszech nauk lekarskich otrzymał p. Henryk Igel rodem z Rawy Ruskiej.

Warszawa. Jak już donosiliśmy, dobiegły kolonie letnie dla dzieci warszawskich 25 lat istnienia. Dopiero jednak w r. 1897 zezwoliły władze na zawiązanie osobnego Towarzystwa, które zajmuje się tą sprawą. Towarzystwo ma 200,000 rb. funduszu żelaznego, 100,000 rb. w nieruchomościach, a w r. z. wysłało na kolonie 3,304 dzieci. Twórcą kolonii, a potem prezesem Towarzystwa był wielce zasłużony dr Stanisław Markiewicz, którego też Towarzystwo obrało obecnie swoim członkiem honorowym. (»Med.« 18).

— W Stowarzyszeniu lekarzy polskich mówił 4. V. b. r. dr J. Zawadzki: »O kasach i ubezpieczeniach dla lekarzy«.

— Kilkunastu lekarzy zakłada »stałą pomoc lekarską«, t. j. stacyę pomocy lekarskiej, działającą bez przerwy w dzień i w nocy. Założycielami są drdr Dałecki, Dobrzyński, Fiszer, Grundhand, Konwerski, Nowakowski, Świątecki, Szerypo, Wagner i Wróblewski.

Z różnych stron. Donosiliśmy już swego czasu o pochlebnych ocenach znakomitego dzieła dra A. Sokołowskiego »O chorobach płuc« przez pisma lekarskie niemieckie, angielskie i francuskie. Pojawiające się dalsze oceny brzmią niemniej korzystnie, a zawierają pochwały tak gorące, wobec dzieła cudzoziemca tak niezwykłe, że godzi się przytoczyć n. p. kilka zdań z najświeższej oceny pióra R. Koehlera (w »Zeitschrift f. Tuberkulose« 1907, T. XI). »Bogate swoje doświadczenie« — pisze recenzent — »złożył Sokołowski w nadzwyczaj gruntownem i wyczerpującem dziele, któremu równocześnie przez niebywałe owładnięcie całego piśmiennictwa nadał piętno dzieła zbiorowego o ogromnem znaczeniu«, stwarzając »rzecz doskonałą«. »Zamierzałem z początku w sprawozdaniu mojem wspomnieć o tych ustępach, które szczególnie godne są uwagi, zaznaczywszy je sobie przy czytaniu ołówkiem; ale przekonałem się, że to niemożliwe, istotnie bowiem w dziele ustępów takich jest poprostu niezmierne mnóstwo«. W rozdziałach o gruźlicy płuc »wszystko przedstawione jest tak przejrzyście i wybornym stylem, że rozdziały te należy uznać wprost za klasyczne«. »Nagroda Akademii umiejętności w Krakowie przypadła autorowi, który na nią w pełnej mierze zasłużył, a który obdarzył nas dziełem niezmiernie wielkiej wartości naukowej. Nauka i jej adepci winni mu za nie serdeczne dzięki«.

— W Niemczech coraz mniej osesków karmionych jest piersią. W r. 1885 karmiły matki 50·7 prc. osesków, mamki 2·6 prc.; w roku zaś 1900 matki już tylko 31·4 prc., mamki 0·7 prc. Resztę dzieci karmiono sztucznie. W ciągu lat 15 spadła przeto liczba osesków karmionych piersią z 57·8 na 32·1 prc.

— Niemiecki parlament odrzucił petycyę o zniesienie przymusu szczepienia krowianką.

— Międzynarodowe czasopismo lekarskie »Internationale med. Revue« wychodzi w Berlinie w 5 językach (niemieckim, francuskim, angielskim, włoskim i hiszpańskim, a ma wychodzić także po rosyjsku) pod redakcyą dra H. Neumanna jako wydawnictwo Leonharda Simona. W piśmie tem proponuje prof. Kossmann, by powrócić do łaciny, jako międzynarodowego języka lekarskiego (»Nowiny lek.« 5).

— W Wiedniu zawiązało się Towarzystwo pielęgnowania chorych, zmierzające m. i. do założenia szkoły dla świeckich dozorczyń i do zorganizowania bezpłatnej opieki nad chorymi po domach. Towarzystwo zaś ratunkowe wiedeńskie prowadzi wykaz zawodowych dozorców i dozorczyń chorych i wskazuje bezpłatnie ich adres potrzebującym. (Przykłady to godne naśladowania, szczególnie u nas, gdzie wielki jest brak odpowiednio wykształconych dozorców i dozorczyń, a publiczność w razie potrzeby nie wie, gdzie ich szukać).

Mianowani: R. rz. dr Józef Barzycki lekarzem zakładowym w Szczawnicy. Dr Tadeusz Gabryszewski burmistrz m. Bóbrki i dr Samuel Aronson w Podgórzu otrzymali tytuł radców cesarskich.

Zmarli: Internista prof. Jürgensen w Tübingen, płodny pisarz, autor powszechnie znanego podręcznika.

Dr Karol Jonscher

wychowaniec Szkoły Głównej warszawskiej, zmarł nagle w Łodzi w 58 r. ż. S. p. Jonscher był jednym z najwybitniejszych lekarzy łódzkich; otaczał go powszechny szacunek kolegów, którzy dali temu wyraz, obierając go prezesem Towarzystwa lekarskiego łódzkiego. Niezmiernie czynny na polu społecznem, należał ś. p. Jonscher do założycieli zakładu dla obłąkanych w Kochanówce, był prezesem zarządu tego zakładu i prezesem chrześcijańskiego Towarzystwa dobroczynności. Przez śmierć tego zasłużonego filantropa i zacnego człowieka ponoszą wielką stratę zarówno koła lekarskie łódzkie, jak i uboga ludność Łodzi, której był serdecznym opiekunem. Cześć Jego pamięci!

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 22. maja o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Sprawozdanie komisyi w sprawie położnych w naszym kraju, przedstawionej przez dra T. Piotrowskiego. 2) Dr H. Uromski: Regulacya Wisły pod Krakowem ze stanowiska sanitarnego.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Vioform poleca dr G. Piquand (*Arch. génér. de Méd.* 1906, Nr 44) na podstawie doświadczeń klinicznych w miejsce jodoformu i dochodzi do następujących wniosków: Vioform jest energicznym i wygodnym w użyciu środkiem przeciwgnilnym. Własności jego przeciwropne i odwaniające są silniejsze, niż jodoformu; zachowuje też swe własności przeciwgnilne przez czas dłuższy, niż jodoform. Jest środkiem o wiele mniej trującym, niż jodoform i pokrewne środki i można go dlatego stosować bez szkody w dużych dawkach. Vioform nie działa drażniąco, nie wywołuje nigdy wyprysku, nie cuchnie i może być wyjaławiany przy 140° bez rozkładu i utraty swych własności.

Wskazania: rany przypadkowe (cięcia, nakłucia, ukąszenia, uderzenia i t. d.), rany narażone na zakażenie (przetoki, krwawnice, pęknięcia krocza i t. d.), owrzodzenia (szczególnie wrzody goleni i odleżyny), oparzenia, tamponada jam zakażonych (macica, pochwa), cierpienia uszu, gardła, krtani, nosa i zatok jego. *Ll.*

Ichthynat „Heyden“ jest to nowy przetwór siarkowy organiczny o znanem działaniu ichtyolu. Na podstawie dokładnego badania chemiczno-farmakologicznego dochodzi dr H. v. Hayek, asyst. zakł. farmak. w Innsbruku (Wien. klin. Rundschau 1907, Nr 7, 8) do następujących wniosków: Ichthynat otrzymuje się przez proces analogiczny i z materyału zasadniczo identycznego, jak ichtyol. Własności fizyczne i chemiczne obu przetworów są jednakie. Działające składniki ichtyolu znajdują się w ichthynacie ilościowo i jakościowo w równej mierze. Wszędzie zatem, gdzie ichtyol jest wskazany, może być zastąpiony przez ichthynat. *L.*

Bernatzika maść formaldehydowa okazała się środkiem pewnym przeciw nadmiernemu poceniu się rąk i nóg. Wypróbowano ją klinicznie, poczem znalazła szerokie zastosowanie. Wszystkim, cierpiącym na silne pocenie się, można przetwór ten, zapobiegający zarazem przeziębieniu, najgorręcej polecić. Maść tę nabyć można w każdej aptece. *Ll.*

Rok XLVI. Kraków, dnia 25. maja 1907. Nr 21.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

†

HENRYK JORDAN.

Ur. 23. lipca 1842, zm. 18. maja 1907.

Ciężki, nad wyraz ciężki cios poniósł przed kilku dniami świat lekarski polski. Henryk Jordan nie żyje. Kiedy złożony ciężką niemocą walczył ze śmiercią, kiedy z dnia na dzień pogarszający się stan zdrowia kazał przewidywać katastrofę, nie chciało się, nie mogło się wprost wierzyć, żeby ten człowiek, mimo lat sześćdziesięciu pięciu zawsze młody, mimo olbrzymiej pracy, jaką miał za sobą, zawsze energiczny i niezmęczony i do nowej pracy gotowy, mógł zamknąć oczy na wieki.



Henryk Jordan; w tem nazwisku, które stało się pojęciem, mieściła się siła, żywotność, wola, ruch, same zaprzeczenia śmierci. Ale śmierć sięgnęła i po tę ofiarę i okryła serdeczną, szczerą żałobą — całe społeczeństwo polskie, a w pierwszym rzędzie lekarzy polskich, których był dumą i chlubą.

Henryk Jordan urodził się d. 23. lipca 1842 w Przemyślu. Już w młodzieńczych latach gimnazyalnych bujna i burzliwa natura groziła Mu wykolejeniem. Gorące uczucia patryotyczne i odwaga, z jaką je wypowiadał, spowodowały wydalenie go z gimnazyum, podówczas niemieckiego. Młody chłopiec, wyrzucony tą pierwszą burzą poza kraj rodzinny, oparł się aż w Tryeście, gdzie mimo trudności, jakie pokonać musiał przez nauczenie się języka włoskiego, zabłysnął wkrótce jako najlepszy uczeń. Tam też skończył gimnazyum. Medycyny uczył się w Wiedniu i w Krakowie, ale jeszcze przed ostatnim egzaminem temperament Jego i chęć poznania świata przerzuciły go na drugą półkulę. W Nowym Yorku przebywał Jordan ciężkie chwile. Pozbawiony środków do życia, jął się zarabiania przez grywanie na fortepianie zrazu w restauracyach, później w zakładzie gimnastycznym dla dziewcząt, gdzie wygrywał melodye, znaczące takt ćwiczeń zbiorowych. Jak z własnych Jego opowiadań wiem, te ćwiczenia, które dzień w dzień widział, nie pozostały bez wpływu na późniejsze zabawy w Parku. Zerwawszy z ciężkiem i męczącem zarobkowaniem grą na fortepianie, rozpoczął ś. p. Jordan praktykę lekarską w Nowym Yorku. Powodzenie miał wielkie, a chęć do pracy tak wybitną, że, jak sam mi kilkakrotnie opowiadał, praktykował w dzielnicy ludzi zamożnych jako H. Jordan, zaś w dzielnicy robotniczej jako J. Henry w godzinach wczesnych porannych i późnych wieczornych, t. j. przed pracą fabryczną i po niej. Jednak myśl o kraju nie dawała mu spokoju. Tęsknota ogarnęła tę wrażliwą duszę i wkrótce opuścił ś. p. Jordan gościnną Amerykę. Zachował pobyt swój w nowym świecie w pamięci wdzięcznej i miłej i nieraz mówił mi, że tam przedewszystkiem nauczył się pracować i pracę szanować. Stamtąd wywiózł pogardę dla próżniactwa i nieraz patrząc na ludzi, bez celu snujących się po ulicach, mawiał żartobliwie: »Tych należałoby na koszt społeczeństwa wysłać na parę lat do Ameryki i kazać im tam pracować«.

Powróciwszy do kraju, zdał ś. p. Jordan doktorat w Krakowie w r. 1869 i wkrótce potem objął asystenturę w klinice położniczo-ginekologicznej, będącej podówczas pod kierunkiem ś. p. prof. Madurowicza. Pracował tak, jak ś. p. Jordan pracować umiał, sumiennie, energicznie, gorączkowo, i po kilku latach pracy klinicznej wyszedł z kliniki jako

doskonały specyalista, który bardzo prędko zdobył sobie ogromną praktykę we wszystkich sferach naszego społeczeństwa. Praktyka nie dawała Mu jednak zupełnego zadowolenia, nie była w stanie wypełnić Mu życia i oto w r. 1880 habilitował się jako docent w Uniw. Jagiellońskim. W dziesięć lat później został profesorem nadzwyczajnym, a po śmierci profesora Madurowicza w r. 1894 objął klinikę jako dyrektor i profesor zwyczajny.

Przez pierwsze dwa lata patrzyłem jako asystent zbliska i codziennie na Jego pracę w klinice, na Jego stosunek do chorych, asystentów, studentów i służby. W stosunku tym była przedewszystkiem niezmierna dobroć, życzliwość, rzekłbym miłość, z jaką odnosił się do nas, młodych podówczas lekarzy i do studentów. *Severus sibi, aliis indulgens.* Było dalej szczere współczucie dla chorych i cierpiących i serdeczna, gorąca chęć ulżenia im. W Jego klinice chora nie była nigdy »materyałem«, była osobą, była człowiekiem i to godnym współczucia i szacunku, bo nieszczęśliwym. Ś. p. Jordan nie widział nigdy »choroby«, jako takiej, widział całą chorą, odczuwał nietylko jej ból fizyczny, ale i cierpienia moralne, odczuwał i szanował jej wstyd niewieści. Ten człowiek krewki, energiczny, popędliwy, stawał się łagodnym i spokojnym wobec grozy i majestatu choroby. Wielkie Jego doświadczenie nie było »bawełną w uszach od ludzkiego jęku«.

Pedagogiem był wytrawnym, doświadczonym, sumiennym i życzliwym. Ogromny zasób fachowej wiedzy, niezwykła inteligencya, wielka jasność i stanowczość, z jaką wyrażał swoje myśli i doskonała wymowa z jednej strony, z drugiej szczera dla młodzieży życzliwość, odłam tego przywiązania i tej miłości, jaką miał wogóle dla całego młodszego pokolenia od dzieci w szkołach ludowych aż do skończonych akademików, oto, co cechowało Jego pedagogię. I młodzież odpłacała mu uznaniem i miłością za Jego trudy i życzliwość.

Ś. p. Jordan był w całem tego słowa znaczeniu człowiekiem czynu. Nawet Jego działalność naukowa i publicystyczna nosiła na sobie cechy czynu. Do tej kategoryi należą dwa Jego podręczniki położnictwa, jeden dla uczniów, drugi dla uczennic akuszeryi w 5 wydaniach, Jego prace, jak: »O szerzeniu się chorób połogowych etc.», »Jakiem postępowaniem można gorączce połogowej zapobiedz«, »O wpływie higieny na zdrowie, życie i pracę człowieka«, »O błednicy«, »O szpitalnictwie krajowem« etc. Ta kategorya prac miała na celu jużto podniesienie u lekarzy i akuszerek znajomości położnictwa, tej praktycznie chyba najważniejszej gałęzi nauk lekarskich, już też starała się usunąć niebezpieczeństwo skarlenia lub charłactwa, zwłaszcza w kobiecej połowie naszego społeczeństwa.

Prócz tych prac pisał »O porodzie bliźniaczym«, »O leczeniu cierpień kobiecych metodą Thure-Brandta«, »O ciąży pozamacicznej«, »O leczeniu włókniaków« i t. d. Przeważną część swych prac wydał w »Przeglądzie lekarskim«.

W pracy społecznej brał też nieraz pióro do ręki. Już w latach 1863—1868 wydawał z matką swoją Salomeą pisma, przeznaczone dla ludu: »Włościanin« i »Zagroda«. W latach dziewięćdziesiątych zeszłego wieku wydawał »Przewodnik higieniczny«, organ założonego przez siebie Towarzystwa higienicznego. Zabierał też niejednokrotnie głos w dziennikach politycznych.

Służbę swoją publiczną rozpoczął w r. 1881 jako radca miejski krakowski, odtąd nieprzerwanie w Radzie zasiadający. W latach 1895—1902 posłował na Sejm krajowy. Od roku 1902 był członkiem Rady szkolnej krajowej, od r. 1906 członkiem Najwyższej Rady Zdrowia wiedeńskiej. W licznych towarzystwach tak społecznej, jak i naukowej pracy oddanych, w których bądź zasiadał jako członek, lub którem kierował jako prezes, pracował gorliwie. Był towarzystw tych duszą, stwarzał w nich inicyatywę, a niektóre z nich powołał wprost do życia. Wymienię tu tylko Tow. muzyczne, Tow. nauczycieli szkół wyższych, Tow. budowy tanich domów dla robotników katolickich, Tow. kolonii wakacyjnych dla młodzieży szkół średnich, Tow. samopomocy lekarzy i wiele innych.

Był członkiem Tow. lek. krak., któremu przewodniczył naprzód w roku III. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie 1881, potem 1882, wreszcie znów w roku IX. Zjazdu 1900, był członkiem i prezesem Tow. ginek. krak., członkiem Tow. ginek. niemieckiego, członkiem honorowym Tow. lek. krakowskiego, warszawskiego i lubelskiego.

Nazwisko Jordana spopularyzowały istotnie wielkie dzieła, jakie sam stworzył: Park Jordana, domy robotnicze, warsztaty dla młodzieży, i te, przy których stworzeniu myślą i czynem współdziałał, jak kolonie wakacyjne, opieka nad głodnemi dziećmi i wiele innych.

Nie tu miejsce rozwodzić się nad doniosłością tych wielkich dzieł społecznych, z których każde wypełnić mogło innemu całe życie, a które ten niezwykły człowiek, lekarz, profesor i dyrektor kliniki, stworzył własną myślą, własną pracą, najczęściej własnymi funduszami.

W ogromie tej pracy, którą ś. p. Jordan wykonał, było tyle koncepcyi myślowej i pomysłowości, tyle znakomitej organizacyi, tyle w instytucyach tych tętniło życia i tak błogie były prac tych owoce, że mimowoli nasuwało się na myśl pytanie: jaka siła działa w tym człowieku, jakim sposobem umie On w tem społeczeństwie, do pracy zbiorowej mało skłonnem, a pracy jednostek nie ułatwiającem, dokonywać dzieł tylu i tej miary?

Tajemnica leżała w Nim samym. W tej niezwykłej postaci skupiły się najróżnorodniejsze cnoty społeczne, których zwykle szukać musimy poszczególnie u rozmaitych ludzi. Ażeby dzieło społeczne powstało, trzeba naprzód myśli, koncepcyi, która zrodzić się musi z miłości. To uczucie daje jeden człowiek. Trzeba dalej rozumu, który tę myśl, to uczucie przybiera w kształty wykonalne, przystosowane do potrzeb społecznych. Ten rozum daje drugi człowiek. A dalej trzeba, żeby to dzieło, powołane do życia uczuciem i rozumem, przez twórców ukochane, dla reszty ludzi obce i obojętne, spopularyzować; trzeba społeczeństwo o jego potrzebie przekonać, trzeba nieraz wymusić dla niego sympatyę, jeżeli nie poparcie. Tym heroldem bywa trzeci, raczej bywają trzeci ludzie. A co najtrudniejsze, trzeba, żeby to dzieło ciągle żyło, rozwijało się, potężniało, trzeba, co u nas najrzadsze, konsekwencyi, cichej, żmudnej, jednostajnej, a ciągle miłością dla sprawy płonącej pracy. To znowu zadanie innych ludzi, całego ich szeregu. Tak działają towarzystwa.

Ś. p. Jordan był sam dla siebie Towarzystwem. Wszystkie te cnoty mieścił w sobie: uczucie gorące i serdeczne, które Mu poddawało ideę dzieła, rozum niezwykły, który Mu wskazywał, jakie namacalne kształty dziełu temu dać należy, wolę niezłomną i energię niespożytą, które zapewniały dziełu przez Niego stworzonemu, byt trwały i uznanie społeczeństwa. Ś. p. Jordan był uczuciowym, gorącym, serdecznym, kiedy w sercu Jego rodziła się idea; był refleksyjnym, zimnym, logicznym, kiedy ją przybierał w kształty realne; był twardym, konsekwentnym, kiedy dziełu temu gruntował trwały byt.

Jordan potrzebował współpracowników, jak ten, który mając dziesięć godzin czasu, ma wykonać dzieło, wymagające godzin stu. Ale dzieła był nietylko twórcą, ale i właścicielem. Był ziarnem i był glebą, był słońcem i był deszczem, a społeczeństwo było żniwiarzem. Dzieła Jego rodziły się z niezmiernej miłości Ojczyzny. Chciał ją widzieć odrodzoną, potężną, a przytem czystą i szlachetną. Wstrząśnienia i tragedye walki narodowej przejmowały Go do głębi. Ten człowiek czynu rwał się do walki. Zwątpienie ogarniało Go tylko wtenczas, kiedy widział nieprawość w obozie, w którym walczył i wtenczas »łzy na dno duszy kielicha spływały niepostrzeżone«. Na nieprawość reagowała ta czysta dusza nie gniewem, ale bolem, wierząc, że każdy człowiek odpowiada choć w małej części

»Nawet za cudze zbrodnie i szaleństwa,
Bo każdy nosi w duszy swojej, na dnie,
Odpowiedzialność wspólną człowieczeństwa«.

Lekarze polscy, a w pierwszym rzędzie krakowscy, tracą w Nim niezmiernie wiele. Przedewszystkiem ten blask i tę chwałę, jaka choćby w pewnym stopniu spływała na cały stan lekarski z dzieł i życia tego wielkiego lekarza. A potem tracą znakomitego przewodnika, doradcę, przyjaciela. Roczniki Towarzystwa lekarskiego opowiedzą przyszłym pokoleniom o zasługach ś. p. Jordana jako organizatora Zjazdu z r. 1881, o Jego czynnej, wydatnej w Towarzystwie pracy. Akta Towarzystwa Samopomocy przedstawią Go, jako tego, który wyniesiony pracą własną, niezwykłym rozumem i uznaniem społeczeństwa na najwyższe szczyty uznania, czuł się lekarzem i członkiem społeczności lekarskiej; i czuł się sercem blizkim każdego stołecznego czy prowincyonalnego, uznanego czy o uznanie walczącego lekarza, byle prawego, zacnego. Akta Samopomocy pokażą, ile myśli, ile uczucia, ile organizatorskiej pracy poświęcił temu Towarzystwu i to w tych latach, w których sam nie walczył już pracą praktycznego lekarza o chleb codzienny. Jeśli śmierć Jego okryła całe społeczeństwo żałobą, to w pierwszym rzędzie my lekarze żałobę tę odczuliśmy najciężej.

Jeżeli życie jest walką, w której się zwycięża lub ginie, to ś. p. Jordan zeszedł z tego świata zwycięzcą. Nie zdeptał On i nie pokonał nikogo, bo nie walczył o siebie i dla siebie — ale walczył duchem dla idei i potężne duchowe odnosił zwycięstwa.

»Szczęśliwy! Palmy zwycięstw z dłoni,
Nie wydrze ramię mu niczyje!«

Aleksander Rosner.

Z kliniki lekarskiej prof. dra Konrada Wagnera w Uniwersytecie kijowskim.

O rozpoznawczem znaczeniu zmian w moczu, wywoływanych przez uciskanie nerki.

Podał

Dr E. Żebrowski.

(Ciąg dalszy.)

Ogółem zbadałem 39 nerek (u 30 chorych: 22 kobiety i 8 mężczyzn). Wyniki podaję w poniżej załączonej tablicy (Nr I). Zanim jednak przystąpię do rozpatrywania wyników, muszę dać niektóre wyjaśnienia co do samych tablic.

W badaniach swych stosowałem się do przyjętej w klinice prof. Wagnera następującej klasyfikacyi nerek ruchomych (stopień ruchomości oznaczyłem w tablicach rzymskiemi cyframi I, II, III). Przy pierwszym stopniu ruchomej nerki czuć można tylko dolny jej odcinek, przyczem nerka staje się lepiej dostępną dopiero przy głębokim wdechu; taka nerka łatwo przesuwa się ku górze (nerka »wysoko stojąca« według Botkina). Przy stopniu II. nerkę czuje się wyraźnie, nie całą jednak, gdyż górny jej odcinek ukrywa się w podżebrzu (»nizko stojąca« według Botkina). Wreszcie III stopień oznacza zupełne przemieszczenie nerki, w którym to stanie można ją obejść dokoła ręką (»nerka wędrująca«).

Badałem nerki w trzech położeniach ciała: 1) u chorych stojących, 2) przy leżeniu nawznak z pewnem wzniesieniem górnej części tułowia badanego osobnika, 3) przy leżeniu chorego na przeciwnym boku. Często nerkę czuć było można tylko w tem ostatniem położeniu. Uciskanie nerki w tych przypadkach, w których była ona położona nizko i łatwo dostępna, wykonywałem przy leżeniu chorego nawznak; o ile zaś nerka nie była łatwo dostępna — w położeniu na przeciwnym boku. W tym drugim przypadku postępowałem w ten sposób: lewą rękę kładłem na okolicę lędźwiową tak, by końce palców leżały na 12 żebrze, prawą zaś wsuwałem jaknajgłębiej w podżebrze i kazałem choremu głęboko oddychać; nerka przy tem częściowo, albo też cała wychodziła ze zwykłego swojego miejsca i trafiała pomiędzy palce rąk. Szybko zbliżałem wtedy palce obu rąk ku sobie i uciskałem dość silnie nerkę; przy wydechu nerka wymykała się ku górze. Czasami po kilku takich obmacaniach, już nawet przy głębokim wdechu nie udaje się wyczuć nerki. W takich przypadkach można ją znów wymacać, o ile chory zmieni położenie ciała (wstanie, położy się nawznak) i powtórzymy powyżej przytoczony zabieg. Z małymi wyjątkami, w tych przypadkach, w których mogłem przypuszczać kamicę, nowotwór, sprawę zapalną, wykonywałem zwykle niemniej, niż 10—15 takich uciskań na nerkę. Przy uciskaniu chory odczuwa nieznaczny ból, który znika natychmiast po skończeniu uciskania.

W badaniach moich trzymałem się następującego po-

Tablica 1.

Liczba	Nazwisko, wiek i zawód badanego	Rozpoznanie	Stopień ruchomości nerki (siedziba badanego guza)	Data	Wynik badania moczu przed uciskaniem nerki		Mocz po uciskaniu nerki				Stan nerki zgodnie z wynikami otrzymanymi po uciskaniu	Dane z dalszej obserwacyi (operacya, badanie pośmiertne i t. d.)
					Białko	Osad	Zebrane po upływie minut	Ilość sz. c.	Białko			
1	W. P., 28 l. (klin. terap.) pisarz	Neurasthenia spinalis	Ren. mob. dex. II. gr.	1905 25. XI.	nie wykryto	Pojedyncze płaskie nabłonki i białe krwinki.	60′	155	nie wykryto	Bez zmiany.	Prawidłowa.	
				4. XII.	„	To samo co d. 25. XI.	30′	43	wyraź. zmętn.	„		
2 i 3	M. Z., 37 l. (klin. terap.) gosp. dom.	Pneum. chr. tub. Abscessus retroperitonea is tub. Splanchnoptosis	Ren. mob. sin. II.	20.XII.	nieznaczne ślady	Nabł. płaskie, białe krwinki 3—4, z osobna czerwone krwinki.	30′	31	0,066$^0/_{00}$	Nabł. płaskie i wrzecionowate (3—7), krwinki białe 5—8, krwinki czerwone 1—2.	?	
			Ren. mob. dex. I.	22.XII.	„	To samo co d. 2. XII.	30′	22	wyraźne zmętnienie	Bez zmiany.	Prawidłowa.	
4	U. L., 41 l. (klin. terap.) kupiec	Neopl. gland. retroperiton. Arteriosclerosis III.	Ren. mob. dex. II.	29.XII.	„	Pojedyncze białe krwinki i czerwone krw., nabł. płaskie, szczawiany, śluzowe twory wałeczk.	30′	42	0,066$^0/_{00}$	Krwinki białe (2—3), pojedyncze czerwone, nabłonek płaski i wrzecionowaty (3 – 5, twory wał. ziarn. pojed. tłuszcz, zwyrodn. nabł. nerkowe, twory wał. śluz., szczawiany.	Nephr. chr.	
5	M. N., 22 l. (klin. terap.) żołnierz	Sinuitis frontalis purulenta acuta.	Ren. mob. dex. I.	1906 6. I.	nie wykryto	Pojedynczo białe krw. i nabł. płaski.	12′	15	0,066$^0/_{00}$	Nabł. płaskie, białe krw. 1—2, pojed. wał. śluz, ziarn. wałeczki (5 w prep.), tłuszcz zwyr, nabł. nerkowe, wałeczki nabłonkowe.	Nephr. chr.	
6	J. Z., 41 l. (klin. terap.) krawiec	Calculi renis.	Ren. mob. dex. I.	3. II.	0,66$^0/_{00}$	Czerw. krwinki 5—10, dużo białych krwinek, gdzieniegdzie nabł. płaski i szczawiany. Prątków gruźliczych nie wykryto.	15′	28	6,6$^0/_{00}$	Dużo czerwonych krwinek, znaczna ilość białych krw. (czerw. znacznie więcej), dużo szczawiawianów. Prątków gruźliczych nie wykryto.	Calculi renis.	Choremu od 9. I. do do 15. IV. 1906 r. przybyło wagi 20 f. 7 razy było dokł. badanie na prątki gruźl. bez wyników dodatnich.
7	J. K., 24 l. (klin. terap.) uczeń szkoły felczerskiej	Reconvalescentia post influenzam	Ren. mob. dex. I.	5. I.	niezn. ślady	Nabł. płaski, ciałka ropne 1—2, gdzieniegdzie tw. wałecz. i niezmieniony nabł. nerkowy.	20′	22	wyraź. zmętn.	Bez zmiany.	Prawidłowa.	
8	W. G., 25 l. (klin. terap.) żołnierz	Pyelitis cat. ac.	Ren. mob. sin. I	6. I.	„	Pojedyncze białe krwinki, nabł. płaski, niewiele śluzu.	12′	13	3.3$^0/_{00}$	Dużo białych krwinek. Wykryto dwoinki Neissera.	Pyelitis purulenta gonorrhoica ac.	7. III. opuścił klinikę, przyb. 32 f. wagi. Mocz po ucisku nieco mętny, zawiera nieznaczne ślady białka.
9 i 10	J. P., 56 l. (klin. terap.) duchowny	Tumor abdom.	Tumor abdom. sin. I.	20. I.	0,5$^0/_{00}$	10– 20 czerw. krw., 5—6 białych, pojed. nabł. płaskie	10′	10	1,5$^0/_{00}$	Dużo czerw. krwinek pojedyn. i w grup.; biał. krw. 10—15.	Neoplasma malignum renis. sin.	29. I. Chory zmarł. Pośm. badania nie dokonano.
			Tumor abdom. dext.	27. I.	0,5$^0/_{00}$	15—20 czerwonych krwinek, 20—30 białych krwinek, nabł. płaskie i wrzecionowate.	12′	40	1,5$^0/_{00}$	Główna masa czerw. krwinek pojed. i grup; białych krwinek 20—30, pojed. nabłon. płask. i wrzecionowaty.	Neoplasma malignum renis. dex.	
11	T. J., 45 l. (ambulator.) gosp. dom.	Anacid. Atonia ventr. et intestin.	Ren. mob. dext II.	29. I.	niezn. ślady	10—15 ciałek ropnych, nabł. płaskie.	10′	10	0,099$^0/_{00}$	10—15 białych krwinek, 5—6 czerw., 1 – 2 nabł. wrzec., nabł. płaskie.	?	
12	A. M., 41 l. (klin. terap.) gosp. dom.	Carcin. ventr.	Ren. mob. sin. I.	27. I.	„	Wiele nabłonków płaskich, 30 białych krwinek	10′	5	wyraź. zmętn.	Bez zmiany.	Prawidłowa.	

13	E. Sz., 38 l. (klin. terap.) gosp. dom.	Tuberc. pulm. Nephr. chr.	Tumor abdom. dext.	5. II.	0,25⁰/₀₀	Dość dużo płaskich nabłonków 20—30 białych krwinek, 2—3 czerwonych; 1—2 wałeczk. szklistych, tw. wałeczk. ziarn.
			Ren. mob. dext. I.	29. II.	0,33⁰/₀₀	To samo co d. 5. III.
14	S. Sz., 21 l. (klin. terap.) żołnierz wolentarz	Neurasth. cerebrospinalis	Ren. mob. dext. I.	11. II.	niezn. ślady	Pojedyncze nabłonki płaskie, białe krwinki, szczawiany.
15	O. P., 30 l. (klin. terap.) wdowa, gosp. dom.	Sten. ost. ven. sin. et insuff. aortae	Ren. mob. dext. I.	11. II.	"	Nabłonki płaskie, 1—2 biał. krwinek, zrzadka szczawiany.
16	J. A., 26 l. (ambulat.) gosp. dom.	Hysteria gastr. chr.	Ren. mob. dext. I.	11. II.	"	Dużo nabłon. płaskich, 7—10 biał. krwinek, zrzadka szczawiany.
17	K. Ł., 41 l. zam., (szpital aleks.) gosp. dom.	Neoplasma renis sin.	Tumor abdom. sin.	27. II.	0,165⁰/₀₀	Czerw. krwinek 20—30, biał. 10—16, wrzecion. nabłonków 1—3, szczawiany rzadko, śluzowe wałeczki; lasecz. gruźlicz. nie wykryto.
18 i 19	A. Z., 28 l. (szpital aleks.) gosp. dom.	Calculi renis dext.	Ren. mob. dex. III.	27. II.	niezn. ślady	4—5 białych krwinek, płaskie nabł., czasami nabłonki wrzec., szczawiany
			Ren. mob. sin. I.	1. III.	"	5—8 biał. krwinek, dużo nabł. płaskich, mało wrzecion., twory wałeczk., szczawiany.
20 i 21	A. Jw., 44 l. (szp. Maryacki) zam., służąca	Tumor renis	Tumor abdom. sin.	28. II.	0,33⁰/₀₀	Dużo nabł. płaskich, 15—20 biał. krwinek.
			Ren mob. dex. I.	28. II.	0,33⁰/₀₀	To samo.
22	Zm., 29 l. (ambulat.) panna		Ren. mob. dex. II.	5. III.	nie wykryto	2—3 płask. nabł., szczawiany.
				17. III	"	2—3 płask. nabł.
23	Ak., 26 l. (ambulat.) zam., gosp. dom.	Cat. ap. dext. Splanchnoptosis	Ren. mob. dex. I.	10. III	"	3—4 ciałek ropnych, dużo płaskich nabł.
24	Ek. D., 28 l. (ambulat.) panna, masażystka		Ren. mob. dex. I.	12. III	niezn. ślady	5—10 ciał. rop., dużo nabłon. płaskich, szczawiany
25	D. J., 48 l. (ambulat.) zam., gosp. dom.	Neurasth. spin. Aton. intest. Oophoritis dupl. chr.	Ren mob. dex. III.	15. III	"	1—2 białych krwinek, dużo płaskich nabłonków.
26	K. P., 13 l. (ambulat.) uczennica		Ren. mob. dex. I.	15. III	"	5—10 białych krwinek, płaskie nabł., bardzo dużo twor. wałecz.

10′	7	0,25$^0/_{00}$	Bez zmiany.	Guz nie jest nerką.	Dalsze badania dowiodły, że guz był wątrobą przewężoną.
15′	15	1,32$^0/_{00}$	Wałecz. ziarn. znacznie więcej (5—10 w polu widz.).	Nephr. chr.	
10′	20	0,033$^0/_{00}$	Bez zmiany.	Prawidłowa.	
10′	12	wyraź. zmętn.	„	„	
10′	15	0,033$^0/_{00}$	„	„	
40′	26	1,32$^0/_{00}$	Dużo czerw. krw. w grupach i pasach, leukoc. 10—15, wrzecionow. nabł. 3—5; lasecznika Kocha nie wykryto.	Neoplasma malign. renis. sin.	14. IV. Operacya: Adenocarcinoma papilliferum renis sin.
30′	8	0,033$^0/_{00}$	Bez zmian.	Prawidłowa.	4. III. Operacya: Prawa nerka nieco powiększona. Prawidłowa. Miedniczki niezajęte.
20′	10	0,066$^0/_{00}$	„	„	
20′	20	4$^0/_{00}$	Wyłącznie ropne kulki i miazga, zrzadka nabł. płaski, bakteryi nie wykryto.	Pyonephrosis (tub.?)	8. III. Operacya: Pyonephrosis, tuberculosis et calc. renis. sin.
20′	5	0,66$^0/_{00}$	Bez zmian.	Prawidłowa.	11. III. Mocz zup. przejrzysty, białka nie zawiera.
15′	110	nic wykryto	„	„	
15′	12	0,033$^0/_{00}$	„	„	
15′	25	wyraź. zmętn.	„	„	
15′	12	„	„	„	
20′	24	„	„	„	
15′	16	„	To samo i gdzieniegdzie krwinki czerwone.	?	

Tablica I. (C. d.)

Liczba	Nazwisko, wiek i zawód badanego	Rozpoznanie	Stopień ruchomości nerki (siedziba badanego guza)	Data	Wynik badania moczu przed uciskaniem nerki		Mocz po uciskaniu nerki				Stan nerki zgodnie z wynikami otrzymanymi po uciskaniu	Dane z dalszej obserwacyi (operacya, badanie pośmiertne i t. d.)
					Białko	Osad	Zebrane po upływie minut	Ilość sz. c.	Białko			
27 i 28	Ł. Ck., 56 l. (klin. terap.) zam.	Carcin. pylori	Ren. mob. sin. I.	15. III.	niezn. ślady	15—20 białych krwin., płaskie nabłonki.	15′	60	0,033°/₀₀	To samo, białe krwinki w grupach 20—30.	?	
			Ren. mob. dex. I.	19. III.	"	5—10 białych krwinek, dużo nabł. płask.	15′	30	0,033°/₀₀	To samo i 2 (w 2 prepar.) wał. ziarnkowate ze stłuszczonymi nabł. nerkowymi.	Nephr. chr.	
29	H. W., 31 l. (ambulat.) siostra miłosierdzia		Ren. mob. dex. I.	17. III.	"	3—5 białych krwinek, dużo nabł. płask.	15′	36	wyraź. zmętn.	Bez zmian.	Prawidłowa.	
30 i 31	A. W., 30 l. (ambulat.) zam.	Hysteria. Atonia intest.	Ren. mob. dex. III.	22. III.	"	3—6 białych krwinek, dużo nabł. płask.	15′	25	"	"	"	
			Ren. mob. sin. II.	24. III.	"	3—5 białych krwinek, dużo nabł. płask.	15′	18	"	"	"	
32	L. C., 21 l. (klin. terap.) zam., gosp. dom.	Appendicitis chr.	Ren. mob. dex. I.	22. III.	"	3—5 białych krwinek, dużo nabł. płask.	15′	8	0,033°/₀₀	5—8 białych krwinek, dużo płask. nabł.	?	
33 i 34	M. L., 34 l. (ambulat.) gosp. dom.	Hysteria. Cystoma ovarii sin.	Ren. mob. dex. III.	24. III.	nie wykryto	1—2 białych krwinek, dużo nabł. płask.	10′	20	0,033°/₀₀	2—3 biał. krwinek, dużo płask. nabł., miejscami czerw. krwinki.	?	
			Ren. mob. sin. III.	25. III	niezn. ślady	3—5 białych krwinek, dużo nabł. płask.	15′	35	wyraź. zmętn.	Bez zmian.	Prawidłowa.	
35 i 36	C. P., 40 l. (klin. terap.) zam., gosp. dom.	Hysteria.	Ren. mob. dex. III.	4. IV.	"	1—2 białych krwinek, dużo nabł. płask.	15′	18	"	"	"	
			Ren. mob. sin. I.	5. IV.	"	8—12 białych krwinek, dużo nabł. płask.	13′	16	"	"	"	
37 i 38	A. Kr., 30 l. (ambulat.) panna, nauczycielka	Chlorosis. Gastritis chr. mucosa.	Ren. mob. dex. III.	29. III.	"	5—10 białych krwinek, dużo nabł. płask.	15′	32	0,165°/₀₀	10—15 białych krwinek, płaskie nabł., 1—2 nabłon. wrzecion., miejscami niezm. nabłonki nerkowe, gdzieniegdzie wałeczki szkliste, 4—6 tworów wałeczk. śluzowych.	?	
			Ren. mob. sin. III.	6. IV.	"	3—5 białych krwinek, dużo nabł. płask.	15′	13	wyraź. zmętn.	Bez zmian.	Prawidłowa.	

rządku: Przekonawszy się, że nerkę można wymacać w tem lub owem położeniu ciała, zalecałem choremu opróżnienie pęcherza. Następnie uciskałem nerkę 10—15 razy i znowu prosiłem chorego, by zbierał mocz porcyami co 10—15 minut.

U wszystkich prawie chorych badałem conajmniej 4, następujące po sobie porcye moczu, przyczem badania każdego chorego powtarzałem w ciągu kilku (2—5) dni. W tablicach umieściłem wyniki badania tej tylko porcyi moczu, w której wykryłem największą ilość białka. Badanie moczu w celu wykrycia białka dokonywałem zapomocą 4 odczynów, które co do czułości następują po sobie w takim porządku: 1) próba z odczynnikiem Spieglera, 2) gotowanie z kwasem octowym, 3) próba z kwasem sulfosalicylowym i 4) próba ze zgęszczonym kwasem azotowym. Według moich spostrzeżeń odczynnik Spieglera jest zbyt czuły, gdyż w każdym prawie moczu zdrowego człowieka wykrywa on białko. Z tego też powodu nie stosowałem go stale. Najlepsze do naszych badań okazało się gotowanie moczu z kwasem octowym, o ile wykonywa się je w następujący sposób: Do probówki z moczem dodaję ostrożnie 1—2 kropel kwasu octowego stężonego (lodowatego) i ogrzewam do wrzenia tylko górną, zaprawioną kwasem warstwę moczu. Jeżeli potem patrzy się przy świetle przepuszczonem na probówkę z moczem, umieszczoną na czarnem tle, to najmniejsze nawet zmętnienie górnej zagotowanej warstwy moczu daje się łatwo odróżnić od zupełnie przejrzystej dolnej. Zmętnienie takie oznaczyłem w tablicy jako »nieznaczne ślady«.

Wyraźne zmętnienie górnej warstwy moczu, przyczem ilość białka nie może być jeszcze określoną według metody Brandberga, oznaczyłem w tablicy słowami: »wyraźne ślady«. Jako kontroli próby zapomocą gotowania używałem odczynu z kwasem sulfo-salicylowym (20% rozczyn wodny). Odczyn ten według moich spostrzeżeń jest tak samo czuły, jak wyżej przytoczona próba z gotowaniem, ma jednak tę zaletę, że rozstrzyga poniekąd o jakości białka, gdyż zmętnienie moczu pod wpływem kwasu sulfo-salicylowego, zależne od obecności albumozy, która, wchodząc w skład nasienia, często może, według spostrzeżeń Słowcowa[1]) znaleźć się w moczu, znika zupełnie pod wpływem gotowania; zmętnienie zaś, zależne od białka, nie zmienia się. Odczynu z kwasem azotowym używałem do ilościowego określenia białka według metody Brandberga. W sposobie tym, jak wiadomo, powstawanie kółka po upływie 2—3 minut odpowiada ilości białka, wynoszącej 0,033‰. Sposobu Essbacha nie stosowałem, ponieważ nie daje on ścisłych wyników. Osad, otrzymany, częściowo zapomocą odstawania się moczu, częściowo zapomocą wirownicy, badałem pod mikroskopem zawsze przy jednakowem powiększeniu (270 razy: 0 ok., 7 objektyw Leitza), przyczem określałem w przybliżeniu ilość składników postaciowych w polu widzenia.

Uciskanie nerki, jak widać z przytoczonej tablicy, wywoływało dwojakiego rodzaju zmiany w moczu: 1) białkomocz zjawiał się w tych przypadkach, w których go przedtem nie było; w tych zaś przypadkach, w których znaleziono go przed obmacywaniem, zwiększał się. 2) W niektórych przypadkach można było spostrzegać zmiany w składzie osadu moczu. Rozpatrzmy więc każdą z tych zmian z osobna. (C. d. n.)

[1]) Russkij Wracz, 1906, str. 1908.

Oceny i sprawozdania.

Popularne wydawnictwa higieniczne księgarni M. Arcta w Warszawie.

Niewątpliwą zasługą wydawnictwa M. Arcta w Warszawie jest to, że wśród swoich »Książek dla wszystkich«, ukazujących się na wzór popularnych »Bibliotek uniwersalnych« Reclama i in. w postaci tanich broszurek kieszonkowego formatu, wyznaczono poczestne miejsce popularyzowaniu higieny. Dział ten wydawnictw Arcta, obejmujący obecnie bezmała już 40 tomików, jest stosunkowo nawet większy i lepiej dobrany, niż w podobnych wydawnictwach zagranicznych. Pominąwszy bowiem jedyne, zupełnie wśród »Książek dla wszystkich« zbędne »dzieło« księdza Kneippa i dwie brosurki o homeopatyi, które przynajmniej bezpośrednio może szkody nie zrobią, ale mogły bezpiecznie pozostać rękopismem — przyznać trzeba, że wszystkie inne popularno-higieniczne »Książki dla wszystkich« mogą czytelnikom rzetelny przynieść pożytek. Na uznanie też zasługuje wydawnictwo »Książek dla wszystkich« za to, że nie ogranicza się w dziale higieny do przekładów, lecz że zdobywa się tu i na rzeczy oryginalne, dobrem i wprawnem kreślone piórem.

I tak w ostatnich czasach wydał zasłużony już w naszem piśmiennictwie higienicznem dr. Stanisław Kopczyński rzecz p. t. »Higiena i szkoda« (cena 20 kop. = 52 h.) według własnych wykładów' wygłoszonych w Warszawie i w Łodzi. Autor postanowił w ogólnym zarysie dać obraz nowoczesnych dążeń higieny szkolnej i nakreślił ideał szkoły higienicznej. Podaje więc treściwie zasady higieny budynków szkolnych i ich urządzenia, higieny nauczania, przechodzi pokrótce ważniejsze choroby szkolne, określa stanowisko i zadanie lekarza szkolnego, kończąc przez wzmiankę o przepisach higienicznych wiekopomnej Komisyi Edukacyjnej. Jako zarys ogólny wypełnia dziełko Dr. Kopczyńskiego zakreślone z góry zadanie, a jest bardzo na czasie wobec odradzania się polskiego szkolnictwa w Królestwie. — Dr. Kazimierz Niedzielski rozpoczął druk swych szkiców p. t. »Uwagi i rady lekarza, przydatne w życiu codziennem« (Część I. cena 25 kop. = 65 h.). Uwagi te, napisane gładko, jasno i przejrzyście bez zbytecznego balastu, nie tworzą systematycznej całości, lecz są szeregiem wskazówek w różnych zagadnieniach, jak je życie w różnym porządku nasuwa. Znajdą się więc tu rozdziały i z higieny żywienia (»Wegeteryanizm, a zdrowie«, »Słówko o kuchni«, »Ile jeść trzeba«) i z higieny mieszkań (»Jak zimą palić należy«, »W sprawie sypialni naszych« i t. p.) i z higieny umysłu i t. d. Za zbyteczne uważać należy tylko dodane w niektórych rozdziałach wzmianki z zakresu właściwego lecznictwa, bo choć sam autor ostrzega przed partactwem (»Łysina i środki cudowne«), to wzmianki, choćby ogólnikowe, n. p. o kuracyi karlsbadzkiej (»W sprawie migreny«), mogą zachęcić czytelnika-laika do nieumiejętnych prób, a więc lepiej ich zupełnie unikać. Te nieliczne usterki nie zmniejszają zresztą zalet dziełka, któreby powinno znaleźć przyjaciół zwłaszcza wśród osób, nielubiących lub niemogących czytać systematycznie. — Broszurkę dr. L. Przedborskiego p. t. »Zmysł słuchu i dźwięk« (cena 15 kop. = 40 hal.) już z tego względu polecić można, że — może po raz pierwszy u nas — zwraca uwagę laików na higienę ucha i w pewnej mierze przyczynić się może do zapobiegania jego chorobom, tak często, zwłaszcza u dzieci, przez nieświadomość wychowawców, zaniedbywanym.

Z dziełek tłómaczonych ukazała się rozprawka Dr. Gotthilf-Traenharta p. t. »Jak zachować się wiosną, latem, jesienią i zimą?« (opracował Dr. Wolberg; cena 20 kop. = 52 h.). Tytuł broszurki wskazuje na pomysłowy jej układ, który zarówno, jak i dobra wogóle treść, zalecał ją do przekładu na polskie. Szkoda tylko, że tłómacz nie usunął niektórych drobnych usterek dziełka; nic dziwnego np. że autor pod wpływem obyczajów swej ojczyzny, zaleca w gorącej porze roku zupy piwne, zachęca do pijania jabłecznika, a więc napoju wyskokowego, stale w »celach leczniczych« (!), ale trudno to pochwalić w tłómaczeniu polskiem, choćby się nie propagowało abstynencyi. Narodowość autora tłómaczy też jego szczególne przywiązanie do pewnych rodzajów ubrania i t. d., co jednak w tłómaczeniu należałoby może objaśnić jakąś uwagą. — Drugą tłómaczoną broszurką, wydaną w ostatnich czasach, jest rzecz znanego działacza Dr. Bungego: »Zatrucie alkoholem i zwyrodnienie«.

Do innej seryi tanich wydawnictw księgarni M. Arcta należą wydane świeżo dwie książeczki E. Hubeau p. t. »Nauka o zdrowiu«, spolszczone przez J. Polakównę. Są to czytanki

dla dzieci szkolnych (na niższym i średnim stopniu nauki), podające bądź w formie opowiadań, bądź zwięzłych reguł wskazówki higieniczne. Niedrogie te książeczki (3 i 10 kop.) rozpowszechnią się zapewne głównie w Królestwie, bo w galicyjskich czytankach szkolnych są już obecnie ustępy i z tego zakresu.

Godzi się tu wreszcie podnieść jedną niemałą zaletę wydawnictw M. Arcta, którą przewyższa ono wiele podobnych wydawnictw, zwłaszcza niemieckich: oto druk bardzo czytelny, dużemi czcionkami, zwłaszcza w obu książeczkach dla dzieci. Druk ten możnaby nazwać doskonałym, gdyby interlinie były jeszcze nieco szersze. *Z.*

Dr Feliks Hahn, lek. pułkowy. **Obecny stan aseptyki w chirurgii.** (Wiedeń 1907. Šafář), stron 40.

Broszura niniejsza, napisana w języku niemieckim przez autora, znanego w naszem piśmiennictwie, prócz rzeczowego przedstawienia przedmiotu odznacza się jeszcze tą zaletą, że uwzględnia na każdym prawie kroku chirurgię polską. Wstęp obejmuje krótki zarys rozwoju antyseptyki, a potem aseptyki. Dalej omawia autor urządzenia sal operacyjnych, przygotowanie do operacyi, jak wyjaławianie narzędzi, opatrunków, miednic, materyału do szycia i t. p. Rozdziały dalsze traktują o metodach wyjaławiania rąk i pola operacyjnego, o kosmetyce rąk chirurga, przedstawiają przebieg operacyi aseptycznej i przygotowania do niej tak w zakładzie, jakoteż w domu chorego. Ten zwłaszcza rozdział jest cenny dla lekarza, poucza bowiem, jak nawet w najgorszych warunkach zewnętrznych operować można jałowo. Pracę kończy rozdział o jałowem leczeniu ran na polu bitwy. Krytyczne zestawienie dozwala szybko rozpatrzeć się w przedmiocie, a dokładna znajomość rzeczy i umiejętne jej przedstawienie czynią z broszury autora użyteczny podręcznik dla lekarza, pragnącego zapoznać się z nowoczesną aseptyką. *Klęsk.*

Piśmiennictwo bieżące.

Prof. Gerber. **Kosmetyczne operacye nosa.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 13). Autor opisuje swe operacye kosmetyczne nosa, dołączając fotografię. Obecnie operuje się krwawo, lecz podskórnie nos garbaty, zapadnięty, skrzywiony na bok, wystającą przegrodę chrząstkową, za szeroki lub za długi nos i t. p. Operacye te nawet z częściowem wycięciem rusztowania kostnego wykonać można podskórnie lub śródnosowo. Cięcie skórne, acz najwygodniejsze, nie nadaje się ze względu na bliznę i możliwość zakażenia rany, po którem pozostają zawsze szpecące ślady. *Klęsk.*

Prof. Hinsberg. **Zapalenie zatok pochodzenia usznego z przerzutowem zapaleniem całego oka** (*panophthalmitis*). (*Allg. med. Ctr. Ztg.* 1907, Nr 14). W przypadku H. pojawiły się w toku zapalenia gardła bole w lewem uchu, trwające kilka dni. Po zniknięciu bolów utrzymywała się dalej gorączka. Przy nakłuciu błony bębenkowej nie wydobyło się nic z jamy bębenkowej. Ponieważ poza uchem lewem znaleziono punkt bolesny, przeto wydłutowano wyrostek sutkowy, docierając do zatoki, która jednak wyglądała napozór prawidłowo. 21. dnia choroby wystąpił dreszcz i przerzut w oku prawem. Dopiero w 2 tygodnie po operacyi spostrzegł H. po raz pierwszy przy zmianie opatrunku kroplę ropy, a wykonawszy zaraz próbne nakłucie zatoki, wydobył z niej szczerą ropę. Po rozcięciu zatoki znaleziono w końcu obwodowym skrzep, z dośrodkowego zaś końca wylewała się obficie ropa. W 4 tygodnie po operacyi nastąpiło wyleczenie sprawy w zatoce, utrzymywała się tylko przerzutowa sprawa w oku. Przypadek H. zasługuje na uwagę zarówno ze względu na siedzibę przerzutu, jak i ze względu na to, że zapalenie zatoki miało wyraźną skłonność do samorodnego wyleczenia się. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Caro. **Wycinanie gruczołu tarczowego i ciąża w stosunku do tężyczki i zapalenia nerek. Uwagi w sprawie czynności ciałek nabłonkowych.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. 17, Z. 3—4). C. na podstawie swych doświadczeń na psach sądzi, że tężyczkę i zapalenie nerek wywołuje nie brak czynności wyciętych ciałek nabłonkowych, lecz wycięcie zbyt wielkiej części gruczołu tarczowego. Konieczna dla ustroju część gruczołu tarczowego jest ilością bardzo zmienną, i to tak w ciąży, jak i w stosunkach zwykłych. Ciąża niema wybitnego wpływu na stan po wycięciu gruczołu, podobnie jak i wycięcie na ciążę, nawet u zwierząt bardzo oddziaływających na ten zabieg, t. j. u kotów. Po usunięciu nerki psy żyć mogą nawet z $^{3}/_{8}$ częściami jednego płatu gruczołu tarczowego. *Klęsk.*

Elischer i Engel. **Dalsze uwagi o leczeniu guzów śródpiersia promieniami Röntgena.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 13). Autorowie opisują dalsze swoje przypadki guzów śródpiersia, leczone promieniami Röntgena. Naświetlania trwały dziennie 10 minut; posiedzeń kilkanaście. Wybitna poprawa. U jednego z chorych, zmarłego z innego powodu, sekcya zamiast guza wykryła tylko tkankę bliznowatą. W drugim przypadku drobnowidowo powiodło się w tkance bliznowatej stwierdzić resztki rozpadającego się nowotworu. Najłatwiej ulegają działaniu promieni Röntgena mięsaki szybko rosnące, obfitujące w komórki. Komórki nowotworowe pod wpływem leczenia ulegają następującym zmianom: najpierw rozpada się jądro, potem komórka cała pęcznieje i nie daje się barwić, a w końcu rozpada się na ziarnistą masę. W otoczeniu tworzy się naciek drobnokomórkowy i wreszcie tkanka bliznowata. *Klęsk.*

Fabricius. **Operacyjne leczenie przepuklin udowych.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 17, 1907). Swój sposób operowania przepuklin udowych ogłosił F. jeszcze przed 11 laty. W leczeniu przepuklin udowych ze względu na rokowanie pooperacyjne ważną jest rzeczą rozróżniać 3 ich rodzaje: 1) przepukliny bardzo małe, wychodzące z pod brzegu wyrostka sierpowatego lub przez szparę w powierzchownej blaszce powięzi szerokiej. Przepukliny te mają szyjkę bardzo wązką, ustępują często same, a operacyjne leczenie jest proste, bo wystarczają 2 szwy, założone na wrota przepuklinowe. 2) W przepuklinach drugiego rodzaju treść ukazuje się wprost w lejku naczyniowym. Przepukliny te rzadko ulegają uwięźnięciu, paskami utrzymać się nie dają, znikają przy położeniu na wznak. 3) Przepukliny trzeciego rodzaju mają duże wrota i zapełniają całą przestrzeń od mniejszego wyrostka sierpowatego, aż do naczyń. Sposób autora nadaje się do wszystkich 3 rodzajów przepuklin, a zasada jego polega na usunięciu lejka udowego i umocowaniu więzadła Pouparta do poziomego brzegu kości łonowej. W tym celu po podwiązaniu worka nacina F. brzeg wyrostka sierpowatego mniejszego i więzadło Pouparta przy jego przyczepie na guzie łonowym, przez co umożebnia ścisłe zeszycie więzadła z wewnętrznym brzegiem poziomej gałęzi kości łonowej. Szwy zaczyna się zakładać od strony naczyń. W razie braku więzadła Pouparta przyszywa F. mięśnie (skośny zewnętrzny i wewnętrzny) do kości łonowej od wypukłości biodrowo-grzebieniowej aż do guza kości łonowej. Sposób Fabriciusa jest prosty i pewny, a nawroty mają być po nim najrzadsze. *Klęsk.*

Lieblein. **Krwawienia żołądkowe po wycięciu śledziony. Przyczynek do kazuistyki zranień śledziony.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. 17, Z. 3—4). Krwawienia żołądkowe po wycięciu śledziony (spostrzegał ich L. 2) odnosi L. do podwiązania tętnic żołądkowych krótkich, odchodzących często od mniejszych gałęzi tętnicy śledzionowej tuż przy wnęce. — Szew śledziony przy jej zranieniach jest wykonalny, wymaga jednak jeszcze ulepszeń. *Klęsk*

Prof. Lange. **Sztuczne więzadła z jedwabiu.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 17). Z końcem zeszłego roku wystąpił Herz ostro przeciwko więzadłom sztucznym z jedwabiu, stosowanym przy stawach cepowatych, twierdząc, że już po 4—6 tygodniach nie spełniają swego zadania i polecił dlatego operacyjne zespolenie stawu wiotkiego. L. broni znów więzadeł jedwabnych, ale radzi nie zawcześnie używać kończyny. Przy zwiotczeniu stawu kolanowego uzyskał on zapomocą więzadeł sztucznych lepsze wyniki, niż przez operacyę, która nie chroni wcale od nawrotów lub dalszych zniekształtnień. Przed 20. rokiem życia zespolenia stawu wogóle nie powinno się wykonywać. *Klęsk.*

Deutschländer. **Leczenie gruźlicy kości i stawów przekrwieniem.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 15 i 16). Przy stosowaniu zastoiny odpowiedniem, t. j. nie zadługo na raz, lecz za to mocno, otrzymał autor w gruźlicy wcale dobre wyniki. Wogóle najlepiej oddziaływa na zastoinę gruźlica części miękkich. Z gruźlicy kości, próchnienie suche i gruźlica palców wcale nie nadają się do leczenia przekrwieniem. Zastoinę stosować należy w gruźlicy dziennie najwyżej przez 1—2 godzin. Bardzo dobre wyniki daje leczenie przez użycie opaski wspólnie ze ssawkami przy przetokach gruźliczych. W razie gojenia się nie należy odrazu zaprzestać leczenia zastoiną, lecz jeszcze pewien czas ją stosować. Po kilkutygodniowem leczeniu trzeba zawsze na kilka dni leczenie przerwać. Przy leczeniu ropni gru-

żłiczych ssawkami nie należy stosować jodoformu. Podczas leczenia zastoiną nie potrzeba ustalać stawów; ruchy są nawet wskazane z wyjątkiem zbyt forsownych, n. p. używania stawów do chodzenia. *Klęsk.*

Ritter. **Powstawanie odmrożeń i leczenie ich sztuczną zastoiną.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 19). W leczeniu odmrożeń panuje wielki nieład, a to z tego powodu, że zapatrywania na powstawanie tego cierpienia są mylne. I tak w leczeniu unika się przekrwienia, a nawet stara się wywoływać niedokrwienie przez wysokie umieszczanie kończyny. Przyczyną odmrożenia jest według autora przedewszystkiem niedokrwienie, leczenie też odmrożeń przekrwieniem tak czynnem, jak biernem ma wszelką podstawę. Do leczenia przekrwieniem biernem nadają się głównie przypadki ostre. Przekrwienie działa bardzo dobrze i to nietylko jako środek leczniczy, lecz i zapobiegawczy, tak że wśród przekrwienia mogą ludzie n. p. na mrozie dalej pracować. Leczniczo stosuje autor zastoinę 6—12 godzin z przerwą 2-godzinną. Rozpadliny i wrzody leczą się przytem zupełnie dobrze i szybko.

Przekrwieniem czynnem leczyć należy znów głównie przypadki odmrożenia przewlekłego. Stosować je zapomocą ciepła należy energicznie przez $^1/_4$—1 godziny dziennie. Zwykle po 14 dniach już skutek leczniczy bywa wybitny. *Klęsk.*

Prof. Tilmann. **Leczenie tężca.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 14). Nawet bardzo wcześnie wykonana amputacya kończyny nie chroni od zakażenia. Surowicę stosować należy w sporej ilości i to wstrzykując śródoponowo i w nerwy obwodowe. Zapobiegawczo T. surowicy nie radzi stosować, bo tężec jest cierpieniem stosunkowo nieczęstem; trzebaby każdemu zranionemu wstrzykiwać surowicę w nerwy, a jeszcze nie jest w końcu rzeczą pewną, czy takie wstrzykiwania są dla niezakażonego ustroju obojętne. *Klęsk.*

Holländer i Pecsi. **Nowy wynik w leczeniu chorób rakowych.** (*Wiener med. Wochs.* 1907, Nr 11). Podobieństwo charłactwa rakowego do wyniszczeń przy cierpieniach przewlekłych na tle zakażenia pierwotniakami nakłoniło autorów do stosowania atoksylu i chininy przy rakach, nie nadających się do operacyi. Po 4—6 tygodniach leczenia nastąpić miała poprawa stanu ogólnego i zmniejszenie się guza. O wynikach końcowych nie mogą donieść H. i P. z powodu za krótkiej jeszcze obserwacyi (!). *Klęsk.*

Scholtz. **Nowe wskazania do leczniczego stosowania promieni Röntgena.** (*Verein f. wissensch. Heilkunde. Königsberg* 3/XII, 1906). 6 przypadków nawrotów raka sutka leczył autor promieniami Röntgena i obserwował potem przez dłuższy czas. Wynik wszędzie był jednaki. Guzki w skórze znikały, a w głębi przerzuty rozszerzały się dalej. Leczyć naświetlaniem można tylko raki skórne, nie głęboko usadowione i to w takich przypadkach, w których operacyi z powodu innego cierpienia, wieku, siedliska choroby lub trudności plastycznego pokrycia wykonać nie można. Natomiast dobre wyniki daje naświetlanie w zgrubieniach i rozpadlinach, połączonych z wypryskami, na rękach i nogach, w szponowatości paznokci, czasem w gruźlicy kości. Promienie R. nie działają zaś zupełnie leczniczo w gośćcu zniekształtniającym, naczyniakach, zesztywnieniach stawów i t. p. *Klęsk.*

Wolf. **Thiosinamina jako środek leczniczy.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 82, Z. 1). Thiosinamina nie działa tak wybitnie na tkankę bliznowatą, jak o tem powszechnie się mówi. Działa głównie limfopędnie, hemotaktycznie i wywołuje przekrwienie. Stosowana wraz z miesieniem i kąpielami może istotnie coś zdziałać przy bliznach, mniej już pewnie działa w przykurczeniu palców, a zupełnie nie należy się spodziewać wyniku przy zbliznowaceniach narządów wewnętrznych. Spostrzegano też już po stosowaniu tego środka wybuch utajonego cierpienia, n. p. gruźlicy. *Klęsk.*

Biberfeld. **O dawkowaniu wstrzykiwanej do kanału kręgowego suprareniny.** (*Deutsche med. Wochs.* 1904, Nr 14). B. badał działanie suprareniny, wstrzykując ją do kanału kręgowego kotom i królikom. U kotów wypadła dawka śmiertelna 0,005, u królików 0,003. U królika suprarenina, wstrzyknięta do kanału kręgowego, działa 10 razy silniej, niż wstrzyknięta podskórnie. Wynika z tego najwyższa rdzeniowa dawka dla człowieka 0,075. Uboczne działania i powikłania po znieczuleniu lędźwiowem, jak porażenia nerwów i t. p. odnosi autor do działania suprareniny (?). D. poleca nowy przetwór, znacznie mniej trujący, który jest suprareniną, pozbawioną grupy metylowej, wiążącej się z azotem. *Klęsk.*

Coenen. **O przeszczepianiu nadnerczy.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 81, C. II). Przeszczepienia nadnerczy u psów dały wynik niepomyślny. C. wszczepiał psom nadnercze do śledziony, a po kilku dniach drugie wycinał zupełnie, lub też wszczepiał do śledziony. Wszczepiona tkanka obumierała, a psy ginęły. *Klęsk.*

Fink. **Stopniowane prostowanie garbu Potta w położeniu leżącem.** (*Deutsche Zeitschr. f. orth. Chir.* T. XVI, Z. 1 i 2). F. zaleca leczenie garbu Potta zapomocą łóżka gipsowego Lorenza. Postępowanie Calota uważa za nieodpowiednie, chociaż bowiem szybko osiąga się zachęcający wynik, to jednak, pominąwszy smutne przypadki przy samym zabiegu, zwykle powstaje odleżyna w opatrunku gipsowym, a garb wytwarza się na nowo. Ponieważ na powstawanie garbu składają się, oprócz ciężaru ciała, działającego na zniszczony kręg, ciśnienie śródbrzuszne, głębokie oddechy przy płaczu i kaszlu, tłocznia brzuszna i wzdęcie jelit, dlatego w leczeniu należy wszystkie te czynniki uwzględniać. Leczenie zapomocą łóżka gipsowego jest jedynie stosowne, a dla każdego dostępne. Aby osiągnąć zupełne wyrównanie się garbu, podkłada F. mniejwięcej co 1—2 tygodnie dwa plastry waty złożone na krzyż, tak by wierzchołek garbu przypadał na miejsce ich skrzyżowania się. Uzyskawszy wygięcie ku przodowi, robi zwykle nowe łóżko o wygięciu znaczniejszem. Do zupełnego wyrównania garbu potrzeba około 12 miesięcy. Wszelkie zmiany i poprawki opatrunku robi się w ten sposób, że dziecko, leżąc na brzuchu, podpiera głowę na łokciach, poczem łóżko układa się na plecy i wraz z niem odwraca się dziecko z powrotem. Dziecko musi bezwarunkowo, zwłaszcza w początkach leczenia, zawsze leżeć poziomo; przy przenoszeniu nogi powinny swobodnie zwisać z opatrunku. Leczenie to jednak odnosi się tylko do garbów świeżych, około pół roku trwających, gdzie nie wytworzyły się jeszcze wtórne zmiany narządów sąsiednich. Starsze natomiast, około 4 lat trwające garby przygotowuje F. do tego leczenia zapomocą wyciągania (ekstenzyi). Po wyrównaniu garbu, przyczem nie należy przerywać leżenia za wcześnie, sporządza F. wysoki gorset, podtrzymujący głowę i sięgający jaknajniżej na uda, poczem pozwala dzieciom stopniowo coraz dłużej chodzić, nigdy jednak ponad 6 godzin dziennie. Resztę czasu muszą przepędzać w łóżku gipsowem aż do zupełnego wyleczenia, które F. oblicza na 3 lata. W 75 przypadkach, dokładnie i dostatecznie długo obserwowanych, oblicza F. wyleczenie na 90 prc. *Kasprzyk.*

XXXVI. Zjazd Chirurgów niemieckich w Berlinie.

(Sprawozdanie »Przeglądu lekarskiego«).

Napisał **Dr Radliński** z Warszawy.

Na porządku dziennym tegorocznego Zjazdu chirurgów w Berlinie w d. 3—6. IV. znajdowały się 4 główne tematy: 1. Chirurgia serca i osierdzia. 2. Chirurgia płuc. 3. Leczenie złamań kości udowej. 4. Chirurgia przerostu sterczu.

Pierwszy z tych tematów (**Chirurgia serca i osierdzia**) referował Rehn (Frankfurt n. M.). Na wstępie zaznaczył R. wielki postęp w przedsiębiorczości chirurgów w dziedzinie ran serca i wskutek tego znaczną ilość przypadków operowanych, które w ostatniem dziesięcioleciu ogłoszono. Operacya przy ranie serca jest jedynym ratunkiem dla rannego; niestety wskutek trudności technicznych nie może się ona stać tak popularną i nawet, jak tego niektórzy wprost żądają, obowiązującą dla lekarza-praktyka, jak operacya przepukliny. Doświadczenie kliniczne i próby na zwierzętach dowiodły wbrew dawnemu, z góry powziętemu mniemaniu, że zabiegi dokonywane na sercu nie wiodą same przez się do zatrzymania czynności serca. Rozpoznanie rany serca nieraz nastręcza poważne trudności. Zwracać należy uwagę na położenie rany, wstrząs, objawy krwotoku wewnętrznego. Ostrożnie wprowadzony zgłębnik może nauczyć, czy rana drąży w głąb w kierunku serca; opukiwaniem należy określić, czy i w jakim stopniu worek osierdziowy jest wypełniony krwią. Około 200 cm³. krwi w worku osierdziowym może na czynność serca pozostawać bez wpływu; ilości większe utrudniają ruchy serca, wywołują jego zmęczenie i wreszcie ustanie działalności (ucisk serca, »tamponada serca« Roser); objawy podmiotowe: trudność oddechu, uczucie ucisku, osłabienie, czasem bole w brzuchu.

O ile w ranie serca tkwią ciała obce, n. p. ostrze noża, igła, nie należy ich usuwać przed zupełnem udostępnieniem sobie powierzchni serca, a to dlatego, że po usunięciu tych ciał najczęściej występuje powstrzymywany przez nie krwotok, którego bez dobrego dostępu nie można opanować.

Wyleczenia samorodne zdarzają się, ale po doraźnem wyleczeniu często występuje wewnętrzny krwotok wtórny wskutek rozstąpienia się słabej blizny, co, znacznie rzadziej, zdarza się również po zeszyciu serca, jeżeli do szwu użyto niewłaściwego materyału.

Z rozmaitych cięć, podanych w celu obnażenia serca, nie poleca R. żadnego; jest zwolennikiem jak największego indywidualizowania i rozszerzania istniejącej rany w niezbędnym kierunku i wymiarach. Opłucnę należy oszczędzać w miarę możności. Bezwarunkowo poleca R. tamponowanie osierdzia. W czasie zabiegu należy starać się o to, by strata krwi była jaknajmniejsza, ponieważ główne niebezpieczeństwo polega właśnie na ostrej niedokrwistości. Krwotok można zmniejszyć przez ucisk na żyłę główną dolną i górną i przedsionek; doświadczenia dowiodły, że przez $1\frac{1}{2}$ minuty zwierzęta znoszą taki ucisk dobrze. Szyć należy w czasie uciskania. R. zaleca szew z cienkiego jedwabiu, węzełkowy. Przytacza 124 przypadki operowane; śmiertelność 60%. Z tych przypadków 109 było ran kłutych (od noża i t. d.), reszta postrzałowe. Śmiertelność w obu rodzajach mniej więcej jednakowa. Rany komory lewej dają rokowanie lepsze, niż prawej. W końcu poleca R. otwarty sposób leczeniu rany osierdzia i opłucnej. Najgorsze wyniki dało zaszywanie osierdzia z pozostawieniem opłucnej otwartej.

Sauerbruch (Gryfia). **O zastosowaniu metody ciśnienia ujemnego w chirurgii serca.** Stwierdziwszy doświadczalnie, że wystąpienie odmy opłucnej zmniejsza krwotok z rany serca, dalej że przy istnieniu odmy siła czynności serca stopniowo słabnie, i wreszcie, że rozdęcie płuca, (skurczonego skutkiem odmy) przez zastosowanie ciśnienia ujemnego ma wybitnie podniecający wpływ na czynność serca, usiłował S. znaleźć taki stopień ciśnienia ujemnego, przy którymby zalety metody przeważały. Doszedł do wniosku, że przy ciśnieniu 3 mm. rtęci krwawienie z serca niezbyt się wzmaga, a jednocześnie rozdęcie płuca daje sercu dostateczną, wspomnianą wyżej podnietę. Po założeniu szwu sercowego należy ciśnienie jeszcze obniżyć. S. przekonał się na zwierzętach, że znoszą one dobrze 10-minutowy ucisk na żyły główne, który tak bardzo ułatwia szew sercowy, zmniejszając krwotok.

Gluck (Berlin). **O chirurgii osierdzia.** Ponieważ serce przylega bezpośrednio do przedniej ściany osierdzia ściennego, należy nakłucie próbne robić ku zewnątrz od linii sutkowej. G. opisuje dwa swoje przypadki, operowane z powodu ropnego zapalenia osierdzia. W jednym dziecko zniosło sam zabieg dobrze, następnie jednak zmarło z zakażenia ogólnego, w drugim chory wyzdrowiał. Cięcie prowadził G. w międzyżebrzu.

Thiemann (Jena). **Przypadek zranienia serca igłą.** W 3 godziny po wypadku stwierdzono w klinice zapad, znaczne rozszerzenie stłumienia sercowego, tony serca zaledwie słyszalne. Rozpoznano ranę serca. Operacya. Po resekcyi 4. i 5. żebra stwierdzono, że igła, zwrócona ostrzem ku sercu, tkwiła pod 4. żebrem. W worku osierdziowym znaczna ilość krwi. Znaleziono ranę komory prawej, a następnie jeszcze drugą w przedsionku prawym. Obie rany zeszyto katgutem. Wyzdrowienie, pomimo że wtórnie wywiązało się ropne zapalenie lewej opłucnej, z powodu którego resekowano żebro od tyłu.

W dyskusyi Sultan (Moguncya) stwierdza trwałe wyleczenie u swego chorego, którego przedstawiał na poprzednim zjeździe. — Goebell (Kiel) zaznacza, że przy ranach serca komora pneumatyczna Sauerbrucha bynajmniej nie jest konieczną. Ranę w opłucnej G. zaszywa, a powietrze potem wysysa przyrządem Dieulafoy. Do szycia zaleca jedwab, ponieważ katgut daje słabszą i bardziej rozciągliwą bliznę. Szew należy zakładać nie głęboko w mięśniu, ujmując tylko warstwę powierzchowną, ponieważ szew przecina grubsze warstwy kruchego mięśnia. — Küttner (Marburg), przedstawia chorego, u którego przez resekcyę żeber uruchomił przednią ścianę klatki piersiowej, do której przyrosło serce po zapaleniu osierdzia. Zależne od unieruchomienia serca objawy niedomogi po operacyi ustąpiły; chory wrócił do swej zwykłej ciężkiej pracy fizycznej. — Heller (Szczecin) widział na sekcyi szew katgutowy na sercu, zupełnie rozluźniony już po 24 godzinach od założenia. Doradza drenowanie osierdzia. — Kümmell (Hamburg) i Riedel (Jena) opisują przypadki powrotu działalności serca po jej ustaniu w przebiegu uśpienia, czego dopięto przez miesienie serca. K. uciskał bezpośrednio obnażone serce, R. przez przeponę od strony rany brzusznej. Wynik był przemijający. — Rehn zaznacza, że w kilku przypadkach miesienie serca dało wynik trwały.

Głównym sprawozdawcą drugiego tematu: **O chirurgii płuc,** był Friedrich (Gryfia). Wspomniał on o nowszych propozycyach leczenia gruźlicy (uruchomienie ściany klatki — Quincke, odma azotowa — Murphy), dalej o leczeniu chirurgicznem nowotworów i bąblowca płuc. Główną dziedziną zabiegów chirurgicznych w chorobach płuc pozostały dotychczas sprawy ropne i zgorzel. F. odróżnia wybitnie odmienne co do rokowania sprawy ostre i przewlekłe na tle rozszerzenia oskrzeli. Przyszłość leczenia tej sprawy widzi F. w resekcyi całego płatu płucnego, ponieważ rozpoznanie i odszukanie poszczególnych ropni jest często niemożliwe, a zabieg częściowy bezskuteczny. Rozsianie sprawy w paru płatach może operacyę uczynić niewykonalną. Uważane dawniej za niezbędny warunek do operacyi na płucu istnienie zrostu płuca z opłucną ścienną, (co wywołało powstanie metod dwuczasowych), obecnie nie jest poczytywane za konieczne. Komorę Sauerbrucha przy operacyach płucnych uważa F. za bardzo pożyteczną. F. odróżnia trzy stopnie ciśnienia ujemnego 1) od 0 do 3 mm., 2) od 3 do 5 i 3) od 5 do 9 mm. Poniżej 9 mm. schodzić nie należy, ponieważ wtedy płuco wpukla się do rany i krążenie w tętnicy płucnej jest utrudnione. Operacyi na płucu należy dokonywać między 3 i 9 mm. Przy resekcyi płatu płucnego ostrzega F. przed cofnięciem się przeciętego wielkiego oskrzela do śródpiersia, co wywołuje zawsze śmiertelną odmę śródpiersia. W celu zamknięcia oskrzela należy śluzówkę wyskrobać łyżeczką, nałożyć ścisłą podwiązkę na końcu oskrzela i parę zwężających powyżej na przebiegu. Jednostronne czasowe podwiązanie tętnicy płucnej w celu zmniejszenia krwotoku operacyjnego jest dopuszczalne. F. przedstawia ruchomy we wszystkich kierunkach stół operacyjny, pozwalający nadać choremu w komorze Sauerbrucha potrzebne w danej chwili położenie.

Seidel (Drezno). Na mocy swych doświadczeń doszedł do wniosku, że metoda ciśnienia ujemnego Sauerbrucha i ciśnienia dodatniego Brauera co do wartości są sobie równe i że niesłuszny jest zarzut, czyniony metodzie Brauera, jakoby ona wystawiała serce na niebezpieczeństwo. (C. d. n.)

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d. 1. maja 1907.

Przewodniczy prezes kol. prof. Rosner. Obecnych członków 46.

1. Protokół po odczytaniu przyjęto.

2. Kol. prof. Kader przedstawia chorych: *a*) operowanego z powodu **przebicia wrzodu żołądka;** *b*) dziecko leczone z wynikiem dodatnim z powodu **gruźlicy kręgów szyjnych.**

3. Kol. Lauer i Schlank przedstawili przypadki **resekcyi jelita.** W dyskusyi zabierali głos kol. Kader, Wachtel i Bogdanik.

4. Dr Flis mówił: **O potrzebie organizacyi lekarzy.** Dyskusyę z powodu spóźnionej pory odłożono.

Sekretarz: *Dr Owsiński.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe w d. 17. maja 1907.

1. Prof. Ziembicki przedstawił chorego, który ugodzony nożem w brzuch po lewej stronie poniżej łuku żebrowego, okazywał objawy poważnego **krwotoku wewnętrznego.** Po otwarciu jamy brzusznej pokazało się, że żaden z narządów nie uległ uszkodzeniu, a powodem krwotoku było prawdopodobnie przedarcie jednej z gałązek, łączących tętnicę nabrzuszną z tętnicą piersiową.

2. Doc. dr Herman okazał rzadki preparat **torbieli skórzastej jądra.**

3. Dr Blaim przedstawił z zakładu położn.-ginekologicznego dwie chore na **zmiękn ienie kości, leczone wstrzykiwaniami adrenaliny** (według Bossiego). U obu stwierdza prelegent poprawę.

4. Dr Witold Ziembicki okazał dwa najnowsze **przyrządy do oznaczania cukru w moczu**, a mianowicie ulepszony sacharometr Lohnsteina i t. zw. chromosacharometr. Oba mogą być użyteczne w praktyce lekarskiej.

5. Prof. dr Gluziński wygłosił odczyt: **„Zapalenie wyrostka robaczkowego a błonica“.** W dyskusyi przemawiali: prof. dr Raczyński, dr Zabłocki i dr Pisek.

Witold Ziembicki

Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1903, oraz 1901/2.

Streścił **prof. dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

Jak rzecz się ma z usuwaniem nieczystości, o tem także tylko częściowy obraz wyrobić sobie można ze Sprawozdań krajowej Rady zdrowia, bo niestety (jak wspomina Sprawozdanie z r. 1901/2) niektórzy lekarze urzędowi pomijają w swych relacyach zupełnie tę sprawę i prace asanizacyjne (regulacya rzek, osuszanie bagien itd.), »jakkolwiek one bezsprzecznie mają wielki wpływ na stan zdrowotny mieszkańców«. Pożądane bardzo byłoby tu podobne opracowanie sprawy, jak dra Barzyckiego co do zaopatrzenia w wodę, poczem już łatwiej byłoby zdać sobie sprawę z czynionych corocznie postępów. Godzi się tu wspomnieć o dokonanem w r. 1901/3 we Lwowie dalszem zasklepieniu potoków Pełtwi i Pasieki i znacznem rozszerzeniu sieci kanałowych we Lwowie i w Krakowie (po 2½ kilom.). Sprawa bruków w obu tych miastach przedstawiała się w r. 1903 jeszcze bardzo smutno, zwłaszcza we Lwowie, gdzie w r. 1902/3 na bruki uchwalono tylko 33,000 K, chociaż ulic brukowanych jest tylko 23 kilom., a szutrowanych 78·5 kilometrów. I Kraków posiada bardzo jeszcze wiele ulic niebrukowanych z nieodłączną od tego klęską pyłu. (W ostatnich latach, 1906/7, rozpoczął Kraków energiczniejszą budowę bruków i chodników). Wywożenie śmieci w obu miastach głównych odbywało się jeszcze i w r. 1903 w sposób prymitywny i wadliwy. (W Krakowie ma podobno nastąpić w r. b. zmiana na lepsze). — Na prowincyi są stosunki oczywiście znacznie gorsze. Kanalizacya, jeśli w którem z miast jest, rozszerza się bardzo powoli, po kilkanaście lub kilkadziesiąt metrów co roku; więcej kanałów (od 200—1000 m.) zbudowano w Podgórzu, Rzeszowie, Tarnowie (1903), Białej, Brodach, Grzybowie, Jaśle, Jarosławiu, Mielcu, Nowym Sączu, Nowym Targu, Śniatynie, Stanisławowie, Tarnopolu. Postęp tu zbyt powolny, a niejedno większe miasto (np. Stryj) wcale jeszcze (w r. 1902) kanałów nie posiada. Sprawozdanie z r. 1903 podnosi, że w miastach prowincyonalnych ciągle jeszcze »prawdziwą klęską jest brak wychodków...; na ogół wziąwszy, trzecia część domów niema nietylko wychodków, ale nawet niema miejsca stosownego na postawienie«. Oczywiście w takich warunkach trudno o czystość ulic i placów, o którą zresztą ludność naszych miasteczek przeważnie nie dba wcale. Wywożenie treści dołów kloacznych »jest uregulowane tylko w niektórych większych miastach; jest ono pozostawione samym mieszkańcom, którzy starają się to uskutecznić jak najrzadziej«. Brak też powszechnie śmietników publicznych, za które służą zaułki i niezabudowane place. »Władze mają trudne zadanie z ludnością mało zamiłowaną w porządku i czystości, ale« — zauważa słusznie Rada zdrowia (1903) — »tu nie wystarcza raz lub dwa razy do roku wydać zarządzenia, lecz potrzeba ciągłej czujności ze strony władzy politycznej i wytrwałej pracy ze strony władzy gminnej«. Widocznie zbywa niestety dotąd na jednem i drugiem. Rozdział ten kończy się w sprawozdaniach wykazem innych robót asanacyjnych, wykonanych w roku sprawozdawczym, złożonym z tablicy, obejmującej wykonane w miastach i miasteczkach bruki, chodniki, ścieki i drogi szutrowane, i z ważniejszych danych o postępie regulacyi rzek i potoków, osuszaniu bagien i t. d. Wykazy te nie są zupełne z powodu wspomnianego wyżej niedbalstwa niektórych lekarzy urzędowych. W sprawozdaniu za r. 1903 znajduje się jeszcze osobny ustęp o zarządzeniach sanitarnych z powodu powodzi, która w niebywałych od wieku rozmiarach nawiedziła wtedy Galicyę zachodnią. Sama Wisła zatopiła wtedy 124,810 mg. najurodzajniejszych ról, zerwała lub zasypała żwirem 3,548 mg., zburzyła lub uszkodziła 7,735 budynków. Klęska powodzi dotknęła 18,806 rodzin a 148,818 osób, wyrządzając szkody, obliczone na 20 milionów koron. Dzięki energicznej akcyi asanacyjnej, w której, jak podnosi Rada zdrowia, położyli lekarze urzędowi wielkie zasługi, była powódź tylko w wyjątkowych razach powodem chorób zakaźnych.

(C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W Stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie referował 4. V. b. r. dr Józef Zawadzki sprawę **kas i ubezpieczeń dla lekarzy.** Ze względu na potrzebne dla lekarzy ubezpieczenia (ubezpieczenie na starość, na wypadek choroby lub kalectwa i trwałej niezdolności do pracy, ubezpieczenie rodziny lekarza na wypadek jego śmierci) nie odpowiadają warunkom pracy i bytu lekarzy ani państwowe kasy emerytalne, ani ubezpieczenia do pewnego wieku lub na życie w prywatnych towarzystwach ubezpieczeń. — 1. Dla ubezpieczenia na starość, t. j. emerytury, uważa Z. za jedynie właściwe składanie corocznych oszczędności w lekarskich towarzystwach pożyczkowo-oszczędnościowych. 2. Ubezpieczenie na życie radzi Z. przeprowadzić przez tłumne wstąpienie do istniejącego w Warszawie Towarzystwa »Pomoc wzajemna«, gdzie wkładki są umiarkowane; w innych towarzystwach ubezpieczeń na życie wkładki są za wysokie, a lekarzy w Warszawie jest zbyt mało, by mogli założyć odrębne towarzystwo tego rodzaju. 3. Ubezpieczenie na wypadek choroby t. j. czasowej niezdolności do pracy można, zdaniem Z., urzeczywistnić zapomocą »Stowarzyszenia lek. polsk.«, gdyby wszyscy jego członkowie opodatkowali swe recepty. Wpływ roczny z 1-kopiejkowych opłat od recept oblicza Z. na 10,000 rbs., co pozwoliłoby wypłacać chorym po 5 rbs. dziennie przez 6 tygodni. 4. Dla ubezpieczenia na wypadek trwałej niezdolności do pracy proponuje Z. zreformować istniejącą przy Towarzystwie lek. warsz. Kasę wsparcia dla podupadłych lekarzy i ich rodzin w taki sposób, by tracąc swą cechę filantropijną, mogła zabezpieczyć każdemu lekarzowi-inwalidzie n. p. 500 rbs. dożywotniej renty.

Referat ten przyjęto z uznaniem. W dyskusyi starał się wprawdzie dr Winiarski dowieść, że na życie najlepiej ubezpieczać się w państwowych kasach ubezpieczeń, przeważyło jednak zdanie, że kasy rządowe w Rosyi są też mało pewne i że nie należy ich zasilać wkładkami wtedy, gdy można się ubezpieczać w instytucyach, opartych na wzajemności, a założonych przez samo społeczeństwo. *Dr Szcz. Bronowski.*

Towarzystwo lekarzy kolejowych zachodnio-galicyjskich uchwaliło na Walnem Zgromadzeniu w d. 19. V. b. r. w Krakowie przystąpić jako sekcya do ogólnego Towarzystwa lekarzy kolejowych austryackich. (Do głównego zarządu tego ogólnego Towarzystwa wchodzi, jako III prezes, dr Józef Zoll z Krakowa, a jako członkowie wydziału dr K. Zgórski ze Lwowa i dr Al. Żukowski ze Stanisławowa). Do zarządu sekcyi zach. gal. zostali wybrani: prezesem dr J. Zoll, wiceprezesem dr A. Jabłoński, sekretarzem dr Schwarzenberg-Czerny, skarbnikiem dr F. Eichhorn, członkami wydziału: drowie A. Jakubowski (z Grybowa), dr Slósarczyk (z Oświęcimia) i Dr A. Ackerman (z Krakowa). Następnie uchwaliło zebranie wnieść zbiorowe podania do dyrekcyi kolejowych o podwyższenie płac i prosić Izbę lek. zach.-gal. o poparcie tych starań, oraz sprzeciwić się żądaniu kasy chorych Kolei Północnej, aby lekarze obliczali cenę zapisywanych recept i z ryczałtu na ten cel im udzielonego wręczali chorym gotówkę na zapłacenie lekarstwa. *R.*

Podwyższenie honoraryów o 50% dotychczasowej wysokości stosownie do uchwały Izby lek. zach.-gal. z d. 13. IV. 1907, uchwaliło Towarzystwo stomatologów polskich na posiedzeniu w dniu 13. V. 1907 i zawiadomiło o tem Izbę lekarską. *R.*

Sprawozdanie sanitarne ma wydawać z inicyatywy radnego m. dra Macudzińskiego miasto Jasło. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 12. do 18. V. 1907 doniesiono o 84 nowych przypadkach duru plamistego w 21 gminach, a mianowicie pow. Buczacz (Porchowa 21), Dobromil (Dobromil 4), Horodenka (Dąbki 1), Jaworów (Jazów stary 2, Bruchnal 2, Nahaczów 1, Podluby 1), Kosów (Szeszory 11, Kosów stary 1), Lisko (Smolnik ad Lutowiska 4), Mościska (Wola małnowska 14), Nadwórna (Zarzecze 1, Zielona 4), Podhajce (Hnilcze 4), Rawa (Biała 1, Smolin 4, Manastyrek 1, Hujcze 1, Ulicko

seredkiewicz 4, Szczerzec 1), Tarnopol (Mikulińce 1); o 3 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 3 gminach, a mianowicie pow. Ropczyce (Przedmieście sędziszowskie 1), Skałat (Stary Skałat 1), Strzyżów (Barytzka 1). *Z.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 12. do 18. V. 1907 przypadków: płonicy 6 † 2, duru brzusznego 1, błonicy 1, róży 3 † 2. *Dr H.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 12. do 18. V. 1907, urodziło się dzieci żywo 59, nieżywo 5; zmarło osób 55 (w tem obcych 22), wśród nich z gruźlicy 12 (5), zapalenia płuc 12 (5). *R.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 5 do 11. V. 1907 przypadków: błonicy 1, krztuśca 1, płonicy 1, odry 20, duru osutkowego 1, duru brzusznego 5 (w tem obcy 1 † 1), nagminnego zapalenia opon 6 † 1 (2). — Od 11. do 19. V. 1907 przypadków błonicy 1, płonicy 1, odry 18, duru brzusznego 3 † 3 (w tem obcy 1 † 1), nagminnego zapalenia opon 6 † 2 (2). *L.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Pogrzeb ś. p. Henryka Jordana w d. 20. V. stał się olbrzymią manifestacyą żałobną, oddanym Jego pamięci hołdem niebywałych wprost rozmiarów. W pogrzebie uczestniczyły wszystkie najwyższe władze krajowe i miejscowe, instytucye i towarzystwa, tysiączne zastępy młodzieży i nieprzejrzane tłumy ludności. Wśród delegacyi, wysłanych umyślnie na pogrzeb ze wszystkich stron Galicyi i z za kordonu, wymienić należy przedewszystkiem przedstawicieli Wydziału lekarskiego lwowskiego (dziekan prof. Szymonowicz i prof. Mars), Towarzystwa lekarzy galicyjskich (prezes r. dw. dr Merunowicz), Tow. lekarskiego lwowskiego (dyr. dr Starzewski), Tow. zabaw ruchowych we Lwowie (dr Hojnacki), Polikliniki lwowskiej (dyr. dr Tatarczuch), Sekcyi lwowskiej Tow. Samopomocy (prezes dr Trzcieniecki), Tow. higienicznego lwowskiego (dr Piasecki) i t. d. Nad trumną przemawiali: prezydent dr Leo (imieniem miasta Krakowa), rektor prof. Morawski (od Wszechnicy Jagiellońskiej), r. dw. Dembowski (od Krajowej Rady szkolnej), prof. Mars (od Wydziału lekarskiego i ginekologów lwowskich), prof. Rosner (imieniem Towarzystw: lekarzy galicyjskich, lekarskiego krakowskiego i lwowskiego, Szpitala krakowskiego i redakcyi »Przeglądu lek.«), prym. dr Bogdanik (od Towarzystwa Samopomocy lekarzy i Izby lekarskiej), dr Cetnarowski (od uczniów), p. Oszacki (od młodzieży uniwersyteckiej), dr Bujak (od Towarzystwa kolonii wakacyjnych), dr Tomkowicz (od Towarzystwa tanich mieszkań robotniczych) i i.

Śmierć wielkiego lekarza-patryoty okryła kirem nietylko tę dzielnicę, w której żył, ale wszystkie ziemie polskie, bo wszystkie równie gorąco umiłował i dla wszystkich zarówno pracował. To też wszędzie odczuto równie głęboko niepowetowaną stratę, zewsząd płynie głos żalu, a wyraz współczucia z naszą żałobą dały wszystkie polskie Towarzystwa lekarskie i higieniczne i redakcye polskich pism lekarskich, zarówno z Poznania, Warszawy, Łodzi i Wilna, jak i z prowincyi.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, zapowiedziane na 22. V., zostało na znak żałoby odwołane, a dla złożenia hołdu pamięci ś. p. Jordana odbędzie się uroczyste posiedzenie w d. 29 maja.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-gal. na posiedzeniu w d. 11. V. 1907 przyjął z nieznacznemi poprawkami projekt kodeksu deontologii lekarskiej, wypracowany przez dra Mikołajskiego i uchwalił przedłożyć go do zatwierdzenia pełnej Izbie, oraz przesłać Izbie zachodnio-galicyjskiej.

— R. dw. prof. Rydygier mianowany został członkiem honorowym rosyjskiego Towarzystwa chirurgicznego im. Pirogowa.

— »Koło medyków wszechnicy lwowskiej«, powstałe przy »Czytelni akademickiej« uprasza wszystkich lekarzy, przyrodników i redakcye pism lekarskich o nadsyłanie swych wydawnictw do księgozbioru i czytelni »Koła«.

— Dyplomy doktorskie uzyskali pp. Wacław Kraszewski, rodem z Piotrkowa i Bolesław Klecki, rodem z Hłuska w Rosyi.

Warszawa. Towarzystwo lekarskie łódzkie uchwaliło 15. V. uczcić pamięć ś. p. dra Jonschera założeniem w okolicy Łodzi sanatoryum Jego imienia dla piersiowo chorych. Na ten cel zebrano odrazu 1000 rbs. W pogrzebie ś. p. Jonschera uczestniczyło kilkanaście tysięcy osób. Nad grobem przemawiali dr Rząd, dr Mazurkiewicz, dr Sterling i dr Brudziński.

— Osobny szpital dla chorych na dur powrotny ma być nareszcie otwarty w Warszawie w przyszłym tygodniu przy ul. Spokojnej. Lekarzem naczelnym mianowano dra J. Pruszyńskiego, miejscowym — dra A. Łagowskiego.

— Do zarządu nowopowstałego w Warszawie Towarzystwa psychologicznego weszli z lekarzy dr Korniłowicz, Radziwiłłowicz i Wizel.

— Według urzędowej statystyki w samej tylko gubernii lubelskiej żyje 205 obłąkanych bez opieki, z tych 19 zagrażających bezpieczeństwu publicznemu, a pozostających na wolności.

Z różnych stron. Porządek dzienny posiedzenia Koła lekarskiego polskiego w Petersburgu w d. 8/21. V: 1) Dr Karnicki: Przypadek pochwowego cięcia cesarskiego z powodu drgawek porodowych. 2) Dr Biron: Rzadki przypadek ropnia śledziony podczas duru brzusznego.

Mianowani: Prof. Garré z Wrocławia dyrektorem klin. chir. w Bonn; prof. Klapp z Bonn kierownikiem polikliniki chir. w Berlinie.

Redakcya otrzymała: Sędziak: Przyczynek do kwestyi porażeń n. krtaniowego dolnego pochodzenia urazowego. Odb. »Now. lek.« — Janowski: O minimalnych wahaniach w trwaniu poszczególnych fal tętna. — Gantz: Rozpoznanie gruźlicy kiszek na zasadzie badania bakteryologicznego. Odb. »Pam. lek.« 1903. — Ettinger: Uwagi nad znaczeniem badania cytoskopowego płynów wysiękowych i przesiękowych. Odb. »Med.« — Czajkowski J. O sztucznym sposobie otrzymywania surowic leczniczych. Ak. Um. 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Dla złożenia hołdu pamięci
ś. p. Henryka Jordana
odbędzie się w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem w d. 29. maja o godzinie 6 wieczorem uroczyste posiedzenie żałobne, na które Zarząd Towarzystwa wszystkich lekarzy zaprasza.

Rok XLVI. Kraków, dnia 1. czerwca 1907. Nr 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Kiła a wiąd rdzenia.

Na podstawie własnych spostrzeżeń

Napisał

dr Stefan Filipkiewicz

lekarz zakładu w Cieplicach Trenczyńskich.

Powszechnie przyjęto, że wiąd jest wielce powikłanem cierpieniem układu nerwowego, z przeważającemi zmianami w drogach dośrodkowych czyli czuciowych, prowadzącemi do zwyrodnienia istoty nerwowej z następowym rozrostem gleju. Schorzeniu podlegają nietylko korzenie tylne rdzenia, lecz także mózg, kora mózgowa i nerwy obwodowe. Mimo bardzo szczegółowych badań anatomiczno-patologicznych i drobnowidowych, mimo określenia i wytłómaczenia, na podstawie tychże zmian, objawów wiądu, istota tego cierpienia nie jest rozstrzygnięta, czynnik przyczynowy nie został ustalony, a z pomiędzy wielu teoryi etyologicznych górują dwie: kiłowa i urazowa. Większość z Fournierem, Erbem, Strümpllem i t. d. na czele, popierają teoryę kiłową zestawieniami, wykazującemi 90—93% kiły w wywiadach, a nie mogąc się oprzeć na zmianach anatomicznych w wiądzie, gdyż nie posiadają one wybitnych cech zmian kiłowych, uważają wiąd za następstwo kiły, za sprawę parasyfilityczną, w której nie zmiany swoiste, ale toksyny, z jadu kiłowego powstałe, do zwyrodnienia tkanki nerwowej wiodą.

Erb na zasadzie rzadko spotykanych przypadków wiądu z równoczesnemi zmianami swoistemi w innych narządach, odstępuje w takich przypadkach od teoryi toksynowej i wnosi, że kiła obok objawów swoistych wywołać może w układzie nerwowym i zmiany nieswoiste.

Fanatyczni zwolennicy pochodzenia kiłowego wiądu, braku kiły w 10% przypadków nie uwzględniają, za inną przyczyną równorzędną nie śledzą, wnosząc, że ponieważ w 90% przypadków wiądu przebycie kiły stwierdzono, to i te pozostałe 10% tej samej przyczynie podporządkować należy.

W ostatnich latach nie brak ścisłych badań, dążących do wyświetlenia patogenezy wiądu i tak: Nageotte (Presse médicale l. 1903) na podstawie badań drobnowidowych twierdzi, że punktem wyjścia zmian w wiądzie są opony rdzenia, z których sprawa szerzy się na słupy tylne i w przebiegu cechy kiłowe przedstawia. Ferrier (Brit. med. Journal, 1906) skłania się do zapatrywania, że pokiłowe toksyny wywołują zwyrodnienie protoneuronu czuciowego, gdyż zwiększona limfocytoza w płynie mózgowo-rdzeniowym nie ustępuje w wiądzie swoistemu leczeniu przeciwkiłowemu. Marinesco (Deutsch. med. Wochenschr. 1907) nie znalazłszy w 15 przypadkach w cieczy mózgowo-rdzeniowej u cierpiących na wiąd pokiłowy, krętków bladych, przychyla się również do teoryi toksycznej.

Wręcz odmiennego zdania jest Leyden i jego zwolennicy. Przeziębienia, nadmierna praca mięśniowa, nadużycia in Baccho et Venere, jednem słowem w najogólniejszem znaczeniu uraz (trauma) fizyczny czy psychiczny, stanowią według tych autorów czynnik przyczynowy wiądu, jednak jakiejś innej choroby autorowie ci kile nie przeciwstawiają. Że dziedziczność w zakresie chorób nerwowych, usposobienie neuropatyczne, do rozwoju wiądu, do przyspieszenia wybuchu tego cierpienia i złośliwości jego przebiegu potężnie przyczynić się może, tego i Fournier nie zaprzecza.

I w naszem piśmiennictwie oświetlał sprawę wiądu z różnych stron cały szereg autorów, jak: Adamkiewicz, Bauerertz, Bregman, Bornsztein, Dunin, Flatau, Gajkiewicz, Goldflam, Kopczyński, Orłowski, Piltz, Sędziak, Stróżewski, Szczepaniak, Trzciński, Tumpowski.

Zestawienie spostrzeganych przezemnie przypadków wiądu przedstawia się następująco:

Na 328 chorych przebywało kiłę stanowczo stwierdzoną:

303 kiłę nabytą,
1 kiłę dziedziczną,
24 kiły nie przebywało,

a więc 92·6% przypada na kiłę, co odpowiada zestawieniu Fourniera, Erba, Gajkiewicza i t. d.

Na 304 przypadki kiłowe przypada 294 mężczyzn, 10 kobiet. Najwcześniej wystąpiły objawy wiądu w 3 lata, najpóźniej w 25 lat, średnio między 8. a 15. rokiem po zakażeniu, a między 28 a 45 rokiem życia. Wszyscy chorzy należeli do wyższych klas społeczeństwa, prowadzili życie czynne, mniej lub więcej życia używali i nadużywali; i tak w 43 przypadkach nadużycia in Baccho et Venere, w 15 dziedziczne choroby nerwowe, w 11 usposobienie neuropatyczne, w 8 nagłe przeziębienie wybuch wiądu poprzedzały. W trzech przypadkach wiądu towarzyszyły objawy kiły trzeciorzędnej, a mianowicie w jednym kilak rozpadły w okolicy stawu łokciowego, w drugim zajęcie i zgrubienie okostnej kości piszczelowej, w trzecim rozwinięta w 36 r. życia miażdżyca tętnic z niedomykalnością zastawek aorty[1]).

(Dok. nast.)

[1]) Leczenie swoiste w tych trzech przypadkach objawów wiądu zupełnie nie usunęło, — nie można ich więc zaliczyć do *pseudotabes syphilitica*.

Z kliniki lekarskiej prof. dra Konrada Wagnera w Uniwersytecie kijowskim.

O rozpoznawczem znaczeniu zmian w moczu, wywoływanych przez uciskanie nerki.

Podał

Dr E. Żebrowski.

(Ciąg dalszy.)

Zjawianie się białkomoczu, lub też jego zwiększanie się po uciskaniu nerki jest, według moich spostrzeżeń, zjawiskiem stałem. Co prawda, niekiedy po pierwszem badaniu otrzymywałem wyniki ujemne, jednakże w przypadkach tych można było doszukać się zawsze jednego ze wskazanych przez Schreibera warunków, które przeszkadzają wystąpieniu białkomoczu wskutek uciskania nerki. Trafiało się to najczęściej w początku moich badań, zanim nie opanowałem techniki bezpośredniego uciskania nerki. Niemniej jednak i potem od czasu do czasu zdarzały się przypadki, w których dopiero powtórne badanie doprowadzało do pożądanego wyniku. Zależało to prawdopodobnie od tego, że chorzy nie umieli unikać zupełnie naprężenia mięśni brzusznych. Chociaż przypadki te są bardzo rzadkie (z 39 - 2), to jednak wobec możliwości ich istnienia, należy ustalić jako zasadę, że wynik ujemny przy jednorazowem badaniu nie uprawnia jeszcze do żadnych wniosków. W tych przypadkach, w których nie można wymacać nerki nawet przy najgłębszym wdechu, a tem samem nie można ucisnąć jej bezpośrednio, białkomoczu zwykle nie bywa. W 8 takich, badanych przezemnie przypadkach, pomimo usilnego miesienia okolicy nerkowej obu rękami otrzymałem wynik ujemny.

Ucisk na nerkę ruchomą przez przykrywającą ją wątrobę może niekiedy wywołać nieznaczny białkomocz. Schreiber z 3 przypadków, w których obmacywał jednocześnie wątrobę i prawą nerkę, w jednym tylko po uciskaniu nerki przez wątrobę wykrył nieznaczne ślady białka [5]), kiedy bezpośrednie uciskanie nerki wywołało we wszystkich 3 przypadkach wyraźny białkomocz.

W jednym z takich zbadanych przezemnie przypadków (L. 13 w tabl.) uciskanie nerki przez wątrobę nie wywołało żadnych zmian w moczu; bezpośrednie zaś uciskanie nerki wywołało znaczne zwiększenie się ilości białka (od 0,33‰ do 1,32‰).

Obfite moczenie może być przyczyną niewystąpienia białkomoczu uciskowego nawet w łatwo wymacalnych nerkach. W tych przypadkach, w których chory w ciągu każdych 10—15 minut oddaje więcej, niż 50 sz. c. moczu, może białkomocz uciskowy nie wystąpić, wskutek znacznego rozcieńczenia moczu. W takich przypadkach osiągałem pożądany wynik dzięki temu, iż zalecałem choremu w przeddzień po 6. godzinie wieczorem i zrana przed badaniem nie wypijać więcej, niż pół szklanki płynu (mleka lub herbaty). W tablicy umieściłem 2 przypadki obfitego moczenia (L. 1 i 22). Wobec tego należy w każdym przypadku przed badaniem zmniejszyć o ile można ilość wypijanego płynu.

[5]) Zeitsch. f. klin. Med. T. IV. Str. 20.

Największą ilość białka znajdowałem zwykle w moczu w 10—20 minut po uciskaniu nerki, poczem ilość białka szybko zmniejszała się, a w 1—2 godzinach po badaniu znikało ono zupełnie. W jednym tylko przypadku przewlekłego zapalenia nerek (L. 13), i w następnym dniu po uciskaniu nerki znalazłem zwiększenie białkomoczu (0,75‰ zamiast 0,3 0.5‰).

W badanych przezemnie przypadkach ilość białka waha się w granicach od śladów jego (< 0,33‰) do 4‰.

Schreiber, omawiając sprawę stopnia białkomoczu uciskowego, skłania się do przypuszczenia, że wogóle ilość białka w moczu zależy od stopnia przemieszczenia nerki, od stopnia możności dosięgnięcia jej obu rękami, od wielkości dostępnej powierzchni i od siły i trwania ucisku; zastrzega się on jednak, że w poszczególnych przypadkach nie zawsze to spostrzegać się daje (»Im Einzelnen trifft das jedoch nicht zu«). W innem miejscu natomiast jeszcze wyraźniej wypowiada się on przeciwko przytoczonemu swemu twierdzeniu ogólnemu: »Częstokroć właśnie po nader dokładnem uciskaniu nerki otrzymywałem bardzo nieznaczny białkomocz« (»öfter gerade nach ausgiebiger Palpation der Niere die geringsten Eiweisseffecte gefunden wurden«).

Według naszych spostrzeżeń ilość białka w moczu po uciskaniu nerki nie zależy bynajmniej od stopnia jej wymacalności. Z 39 badanych nerek z wyjątkiem 5 przypadków, w których nerki były oprócz tego bardzo zmienione przez sprawę chorobową, mieliśmy 34 przypadki zwykłej ruchomej nerki, które w stosunku do stopnia ruchomości grupowały się w następujący sposób: ruchomość I. stopnia była w 20 przypadkach, II. stopnia w 6 przypadkach i III. stopnia w 8 przypadkach. Jeżeli oznaczymy dowolnie 3 następujące stopnie białkomoczu uciskowego; 1) nieznaczny, przy ilości białka mniejszej, niż 0,033‰, 2) średni od 0,033‰ do 1‰ i 3) znaczny (więcej > 1‰), i zrachujemy w odsetkach ilość przypadków, odpowiadających każdemu z tych stopni białkomoczu przy różnych stopniach ruchomości nerek, to otrzymamy następujący stosunek:

Tablica 2.

Ilość białka	< 0,033‰	0,033‰—1‰	> 1‰
Ruch. nerki I st.	45%	40%	15%
Ruch. nerki II st.	33%	66%	
Ruch. nerki III st.	62,5%	37,5%	

Jak widać z przytoczonej tablicy, nie zachodzi żaden stosunek pomiędzy stopniem ruchomości nerki, a ilością białka. W badanych przezemnie przypadkach najwyraźniejszy białkomocz (> 1‰) spostrzegać się dawał w przypadkach ruchomości nerki I. stopnia; pośród zaś przypadków ruchomości nerki III. stopnia największą okazała się odsetka (62·5‰) nieznacznego białkomoczu (< 0,033‰).

Ilość białka nie zależy prawdopodobnie także od stopnia, czyli siły i czasu trwania mechanicznego oddziaływania na nerkę. Przekonałem się o tem w 3 przypadkach ruchomości III. stopnia

(L. 34, 35 i 38), w których przy powtórnych badaniach i silnem uciskaniu nerki do 30 razy, wykrywałem w moczu tak samo nieznaczną ilość białka (< 0,033‰), jak i przy słabem uciskaniu około 10 razy. (C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

Dr Wacław Męczkowski. **Monografie historyczne szpitali w Królestwie Polskiem.** Tom I. Warszawa 1907. Str. 480. (Skład główny w księgarni E. Wendego). Rbs. 1,50.

Ilekroć dr Męczkowski zabierał głos w sprawach szpitali w Królestwie Polskiem, zawsze w artykułach tych uderzało bogactwo materyału faktycznego, ścisłość przedstawienia rzeczy i zupełne panowanie nad przedmiotem. Zalety te stają się zrozumiałe przez wydanie niniejszego dzieła, dowodzącego, na jak gruntownych i źródłowych badaniach opierał autor swoje wywody. Toteż bez przesady powiedzieć można, że dr Męczkowski jest obecnie jednym z najlepszych znawców historyi i stanu szpitali w Królestwie.

Wydany obecnie tom pierwszy obejmuje szczegółowe monografie szpitali św. Ducha i św. Trójcy w Kaliszu, szpitala w Milanowie i szpitala starozakonnych w Kaliszu. Szpital starozakonnych w Kaliszu opracował autor wspólnie z dr Beatusem. Monografie te ukazywały się częściowo w »Pamiętniku Towarzystwa lek. warsz.«, a wydane zostały z udziałem zapomogi Kasy Mianowskiego. Są one tem pożądańsze, że na polu historycznem brakło u nas należytego wyzyskania źródeł i dopiero niezbyt dawno rozpoczęto w tym kierunku systematyczną pracę. Zdobywszy sobie na tem polu obok Bielińskiego, Peszkego, Giedroycia, Zahorskiego i i. już niemałe zasługi, niechże nam autor pozwoli jaknajrychlej powitać dalsze tomy swych cennych monografii. *Z.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

J. Czajkowski. **O sztucznym sposobie otrzymywania surowic leczniczych.** (*Rozpr. Wydz. mat. przyrodn. Akad. Um. w Krakowie*, tom XLVII, serya B). Według zapatrywań autora, potrzeba dla sztucznego uodpornienia ustroju zwierzęcego przeciw błonicy długiego czasu i wielkich ilości jadu; natomiast uodpornienie w razie samorodnego zachorowania na błonicę następuje rychło (już w kilka do kilkunastu dni). Opierając się na tem zapatrywaniu, twierdzi autor, że przy uodpornieniu naturalnem musi współdziałać jakiś czynnik nieznany, jakieś »X«, »nieobecne naturalnie w razie uodporniania sztucznego«. C. przypuszcza, że owo domniemane »X« jest »jądrem twórczem« ciała mikrobów, z którego powstają z jednej strony same jady swoiste — a z drugiej również antytoksyny. Z owego jądra twórczego mogą, zdaniem C., powstać antytoksyny przez działania zaczynów, oksydaz i paroksydaz, znajdujących się w komórkach ustrojów zwieszęcych. Ażeby te teoretyczne przypuszczenia doświadczeniem stwierdzić, trzeba było otrzymać w stanie możliwie czystym 1) zaczyny, 2) »jądro twórcze« mikrobów i 3) poddać te substancye wzajemnemu działaniu. Zaczyny otrzymuje autor ze świeżej wątroby lub śledziony wołów lub cieląt, a »jądro twórcze« z czystej hodowli odpowiednich bakteryi, wyjałowionej w autoklawie. Potem miesza zaczyny z preparatem z bakteryi w fizyol. rozczynie NaCl w pewnym stosunku i zostawia w cieplarce przez 2 i więcej miesięcy. Gdy płyn wyklaruje się, »surowica sztuczna jest gotowa do użytku«.

Z taką »surowicą« przeciwbłoniczą wykonał autor 38 doświadczeń na świnkach morskich i 4 doświadczenia na królikach. Prócz tego stosował ją u ludzi w 15 przypadkach krupu i błonicy gardła. Z wyników był bardzo zadowolony. Dalej przytacza autor 4 przypadki duru, leczone swoją »surowicą« przeciwdurową również z pomyślnym wynikiem. Podaje również, że otrzymał w podobny sposób surowice: przeciwgruźliczą, przeciwpaciorkowcową, przeciwpneumokokową i przeciwcholeryczną.

(Przetwory, uzyskane przez autora, w żadnym razie nie powinny być nazywane »surowicą«, bo nie mają nic wspólnego z tą nazwą, utartą już powszechnie w pewnem ścisłem znaczeniu w nauce i lecznictwie. Znacznie odpowiedniejsza byłaby nazwa »szczepionki«. O 4 przypadkach, leczonych przez autora szczepionką przeciwdurową, nie można nic powiedzieć. Jeżeli dzisiaj chce się dowieść działania jakiegoś swoistego leku w durze, to trzeba przez wyhodowanie prątków durowych z ustroju chorego udowodnić napewno, że choroba była rzeczywiście durem. Dzisiaj już nawet próba Widala do tego celu nie wystarczy. Tymczasem autor ani prątków durowych nie wyhodował, ani nawet próby Widala ani razu nie wykonał. Z 15 przypadków błonicy i krupu u ludzi, leczonych szczepionką przeciwbłoniczą, autor opisuje tylko 3. Wstrzyknął w nich po 10 lub 5 ctm³. swej »surowicy«. Za każdym razem stan ogólny i zmiany miejscowe na drugi dzień znakomicie się poprawiały i, jak się zdaje, poprawa była trwałą. We wszystkich 15 przypadkach stwierdził autor rozpoznanie hodowlami bakteryologicznemi. Te 3 przypadki mogą zachęcić do dalszych prób, ale wogóle liczba przypadków klinicznych jest zbyt szczupła, aby wolno było wysnuwać jakieś dalsze wnioski; cała zaś ta strona sprawy potrzebuje jeszcze potwierdzenia przez innych klinicystów.

38 doświadczeń na świnkach morskich wykonał autor w ten sposób, że szczepił im naprzód jad błoniczy (jak się zdaje bardzo różnej siły), a potem w 10' swoją antytoksynę, albo też mieszał toksynę z antytoksyną i razem szczepił. Toksyny szczepił zawsze tyle, że świnki, zaszczepione samą toksyną, padały zwykle na 3. dzień. Odpowiadałoby to najwyżej $1\frac{1}{2}$-krotnej dawce śmiertelnej. Raz tylko padła świnka na 2. dzień, coby odpowiadało mniejwięcej dawce śmiertelnej. Antytoksyny szczepił od 0,01 do 0,0001 ctm.³. Wyniki były takie, że z 29 świnek, którym szczepił toksynę w powyższych dawkach ze swoją antytoksyną, 24 przeżyło, a tylko 5 padło. Z 9 kontrolnych świnek wszystkie padły. O tych doświadczeniach powiedzieć trzeba, że 1) autor do kontroli jadu używał zawsze tylko 1 świnki, co stanowczo nie wystarcza; nie znajdujemy też nigdzie wzmianki, by u którejkolwiek z owych 9 kontrolnych świnek wykonano sekcyę i pośmiertne badanie bakteryologiczne. Wskutek tego niewiadomo, czy która z nich nie była chora lub nie padła z innej przyczyny. Wskutek tego dalej i o leczniczej wartości szczepionki nic się nie da stanowczo powiedzieć. 2) Autor używał do swoich doświadczeń najwyżej $1\frac{1}{2}$—2-krotnej dawki śmiertelnej jadu. Autor powinien był jednakowoż użyć 100-krotnej dawki śmiertelnej i zaszczepić ją ze 100-krotną dawką swojej szczepionki. Być może bowiem, że szczepionka autora podnosi nieswoistą odporność ustroju, jak n. p. wiadomo, że podnosi ją wstrzyknięcie pewnych ciał białkowatych, związków nukleinowych, hetolu, wyciągu obojętnych bakteryi, n. p. prątka ropy błękitnej i t. d. Kto wie, czy autor nie otrzymałby tak samo pomyślnych wyników, gdyby w swoich przypadkach duru był użył swojej szczepionki przeciwbłoniczej, a w przypadkach błonicy — swojej szczepionki przeciwdurowej.

Na jak kruchych podstawach opiera autor swoje obliczenia, przykładem jest Nr 6 doświadczenia na świnkach. Autor powiada o tem doświadczeniu, że ono »każe oceniać siłę mej surowicy na 100 JSE w 1 ctm.³«. I rzeczywiście w »Zestawieniu I« widzimy, że w dośw. 6. zaszczepił autor 0,01 ctm.³ ze 0·27 ctm.³ toksyn i wywołał przez to śmierć świnki po 4 dniach. Możnaby się zatem zgodzić na to, że »surowica« owa zawiera 100 jednostek uodparniających w 1 ctm.³, jeśli przyjmiemy, że 0,27 ctm.³ toksyn jest dawką L+. Jednak w dośw. 5. autor zaszczepił 0,27 tych samych toksyn z 0,01 ctm.³ swojej szczepionki i świnka zginęła już po 3 dniach. Toby znaczyło, że owa szczepionka zawiera mniej, niż 100 jedn. uodp. w 1 ctm.³. W dośw. 7. autor zaszczepił 0,27 ctm.³ tejże toksyny z 0,001 ctm.³ swej szczepionki; świnka ta padła po 3 dniach. Toby oznaczało, że »surowica« zawiera mniej, niż 1000 jedn. uodp. w 1 ctm.³, ale najprawdopodobniej znacznie więcej, niż 100. Wreszcie w dośw. 4. autor szczepi równocześnie 0,27 tej samej toksyny bez żadnej szczepionki i — świnka pada również po 3 dniach. Zatem z tych 4 doświadczeń, wykonanych równocześnie tą samą toksyną, trzeba wyciągnąć wniosek, że szczepionka autora nie miała żadnego wpływu na przebieg zatrucia jadem błonicy. Jak widzieliśmy zaś, autor z tych 4 doświadczeń wybiera tylko jedno (Nr 6) i na jego podstawie, nie oznaczywszy wcale dawki L+, oznacza wysoko wartość swojej »surowicy«.

Należy życzyć autorowi, ażeby to zaufanie, jakie posiada do swoich przetworów, było usprawiedliwione i w przyszłości go nie zawiodło; jednak dowody, jakie autor dotychczas przytoczył, nie mogą wystarczyć na to, ażeby i w świecie lekarskim to samo zaufanie zdobyć. *Przyp. spr.*). *R.*

Deutschmann. **Nowa surowica lecznicza.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 19). Przez wprowadzanie do ustroju zwie-

rzęcego drożdży w coraz to większej ilości wzmacnia się znacznie jego odporność na zakażenia. Surowica zwierząt uodpornianych drożdżami ma te same własności. Dla człowieka zdrowego jest ona zupełnie nieszkodliwą, przy zakażeniu zaś jest bardzo, zdaniem D., dobrym środkiem leczniczym, wpływa wybitnie na spadek ciepłoty i skraca przebieg choroby. Po wstrzyknięciu w 6—12 godzin ciepłota opada; czasem w pierwszych godzinach chwilowo trochę się podnosi. Dawka u dorosłych 3—4 cm.^{3}, u dzieci 0,75—1 cm.^{3}. W razie braku skutku należy po 2 dniach wstrzyknięcie powtórzyć. Wstrzykuje się śródmięśniowo w pierś lub brzuch. Do leczenia surowicą nadają się następujące cierpienia: zapalenia włóknikowe płuc, róża, grypa, płonica, odra, dur, trądzik, wrzodzianki, wypryski, a w końcu zakaźne choroby oczne. Surowicę autora wyrabia laboratoryum Ruete-Enoch w Hamburgu we flaszeczkach (po 2 cm.^{3}) po cenie 2,20 mk. *Klęsk.*

Medycyna wewnętrzna.

Vaillard i Ch. Dopter. **Leczenie surowicą czerwonki prątkowej.** (*Annal. de l'Inst. Pasteur.* Kwiecień 1907). Autorowie zdają sprawę z dalszych 243 przypadków, leczonych surowicą, i to osobno z 200 przypadków, które dotyczyły chorych poprzednio zupełnie zdrowych, a osobno z 43 przypadków u ludzi umysłowo chorych. Na 200 przypadków grupy pierwszej było 101 średnio ciężkich, 55 ciężkich, 19 nadzwyczajnie ciężkich i 25 uważanych przed leczeniem za stracone. Na 99 przypadków ciężkich i rozpaczliwych zmarło razem 10. Jednak wszystkich 10 zejść nie można przypisywać nieskuteczności surowicy, bo 5 chorych zaczęto leczyć, kiedy już byli prawie umierający, jeden umarł z zapalenia otrzewnej, które już istniała z pewnością przed zastosowaniem surowicy, jedno dziecko zginęło z zapalenia płuc, gdy czerwonka zaczynała już ustępować, w końcu jeden chory zginął z posocznicy krwotocznej w 10 dni po wyleczeniu czerwonki. A wreszcie nie zawsze stosowano surowicę dość wcześnie i w dawkach dostatecznych. Raz się wydarzyło, — i to dotąd po raz pierwszy — że chory nie znosił surowicy i że u niego z powodu posurowiczych ciężkich przypadłości musiano leczenia zaniechać. Jeżeli się odejmie od ogólnej liczby 10 zejść przynajmniej 6, w których chorzy byli w stanie beznadziejnym, lub nawet umierający z chwilą pierwszego wstrzyknięcia surowicy, zostanie odsetek śmiertelności tylko 2%. Jednem słowem dotychczasowy wynik jest znakomity, zważywszy że dawniej wynosił odsetek śmiertelności od 11% do 60%. Metoda autorów nie tylko obniża odsetek śmiertelności, ale i bardzo szybko sprawia chorym ulgę i leczy ich. Rychło ustępują bole i parcie i spada ilość wypróżnień. Równocześnie znika ze stolców krew, a potem śluz. Czerwonka średnio ciężka przesila się po 24 do 48 godzinach; — w przypadkach ciężkich, w których w czasie pierwszego zastrzyknięcia surowicy było 100, 150, a nawet 200 wypróżnień, już po 2 lub 3 wstrzyknięciach liczba ich spada na 20. Równocześnie poprawia się stan ogólny chorego i już po 4 lub 6 dniach podnoszą się ciężko chorzy, a po dniach 10 do 15 tacy, którym dotąd tylko śmierć rokowano. Leczenie surowicą daje tem lepsze wyniki, im wcześniej zastosowane i dlatego należy je stosować zawsze odrazu, a nie czekać, aż się tymczasem sprawa pogorszy. W przypadkach średniego nasilenia wystarcza 20 cm^3. w przypadkach cięższych, szczególniej już kilka dni trwających, trzeba odrazu dawek wysokich (50, 80, 100 cm^3.). W drugiej grupie (umysłowo chorzy) leczono 43 przypadków. Śmiertelność w tej grupie wynosiła od 12·5% do 50%, przeważnie stosowano tu jednak surowicę bardzo późno i w bardzo małych dawkach. W końcu podnoszą autorowie myśl, żeby surowicę tę stosowano zapobiegawczo. *Stahr.*

Th. Rosenheim. **Naciekowe zapalenie okrężnicy i pętli esowatej.** (*Deut. med. Wochs.* Nr. 11, 1907). Stwierdzono już bezsprzecznie, iż istnieją w zakresie okrężnicy i pętli esowatej ostre lub przewlekłe ograniczone sprawy zapalne, wiodące do nacieku ściany jelita, który to naciek stwierdzamy klinicznie jako większy lub mniejszy guz. Sprawy te noszą wedle Leubego nazwę: zapalenie kiszki grubej naciekowe, wedle Schütza: zapalenie przerostowe. Anatomicznie można tu rozróżnić trzy rozmaite sprawy: 1) Ropowica z owrzodzeniami błony śluzowej i zapaleniem okołookrężniczem. Przebieg ostry, rokowanie wątpliwe ze względu na możliwość przedziurawienia do jamy otrzewnej, wytworzenie się ropni i przetok. 2) Prosty, twardy naciek z przerostem błony mięsnej i niewielkiem zwężeniem. Sprawa wybitnie przewlekła; nie można się tu spodziewać cofnięcia się sprawy. 3) Niewielka sprawa zapalna wywołuje kurcz mięśni jelita, które wyczuwamy jako guz. Tu sprawa się dobrze kończy, a guz znika. Prócz spraw, ściśle ograniczonych na przestrzeni niewielu centymetrów, poza którymi błona śluzowa jelita jest prawidłowa, zdarzają się też przypadki, w których większa część jelita jest zajęta, a jedynie w niewielkim odcinku sprawa zapalna występuje tak silnie, iż objawy podmiotowe i przedmiotowe zacierają obraz zajęcia całego jelita. Przebieg bywa rozmaity, w większości przypadków przewlekły, najczęściej z zaostrzeniami. Często zaczyna się ostrym napadem i przechodzi w okres przewlekły, to znów po początku przewlekłym następuje ostry napad. Objawami choroby są bole i zaburzenia w krążeniu kału, zwykle zaparcie stolca, przechodzące podczas zaostrzenia się sprawy w biegunki. Do niedrożności zupełnej nie dochodzi nigdy. Przedmiotowo stwierdzamy obecność bolesnego guza rozmaitej wielkości w miejscu chorobowo zmienionem. Rozpoznanie różniczkowe jest bardzo trudne. Jedynie dłuższe śledzenie przebiegu choroby pozwala wyłączyć raka. Za wskazówkę służyć tutaj może mała ruchomość guza zapalnego w porównaniu do rozpoczynającego się nacieku rakowego, niewielkie objawy zwężenia w przebiegu sprawy zapalnej i łatwość wprowadzenia wysoko rektoromanoskopu. Autor opisuje 5 niewątpliwych przypadków tego cierpienia; we wszystkich stwierdził obecność guzów grubości od dużego palca do 3 palców, a długości od 8—25 cm., z wyjątkiem jednego przypadku, w którym wyczuł zgrubienie jedynie w pętli esowatej; zawsze stwierdzał bolesność dotykową guza. Romanoskopem stwierdzał R. przekrwienie zapalne błony śluzowej pętli esowatej, wchodził łatwo wysoko, takie jednak badanie było bolesne. Początek cierpienia był przewlekły w 4 przypadkach, w jednym ostrym zawsze było zaparcie stolca, nie bardzo wielkie; podczas nawrotów cierpienia w piątym przypadku biegunki. Zaostrzenie się sprawy zapalnej najczęściej w związku z błędem dyetetycznym spostrzegał R. w 1., 3. i 4. przypadku. Stolce zawierały zawsze krew i śluz, w pierwszym przypadku prócz tego w czasie zaostrzenia się sprawy strzępki ropy. — Leczenie polegało na leżeniu w łóżku, zastosowaniu dyety przeważnie roślinnej, regulowaniu i rozmiękczaniu stolców (zapomocą małych lawatyw z oliwy) i gorących okładach na brzuch w miejscu, zajętem sprawą chorobową. Leczenie to przynosiło chorym znaczną ulgę w bolach, wiodło zawsze do zniknięcia krwi ze stolców w przypadku 1. i 4. nastąpiło nawet całkowite wyleczenie, ze zniknięciem zgrubienia jelita. R. zwraca wreszcie uwagę, że trafne rozpoznanie jest możliwe jedynie po dłuższem śledzeniu przebiegu choroby. *Dr Witold Skórczewski.*

A. Beauvy. **Myeloidalne podbiałaczkowe powiększenie śledziony.** (*Splénomégalie myéloïde subleucémique*). (*Bull. et. Mém. de la Soc. anatom. de Paris* listopad 1906). Obrzękłe śledziony nie białaczkowe niektórzy chirurgowie wycinają, inni są temu przeciwni. Sprawy tej dotąd ostatecznie nie rostrzygnięto. Obecnie przeważa kierunek, przeciwny wycinaniu śledziony bez względu na to, czy obrzęk śledziony jest białaczkowy, czy nie. Dlatego każdy przyczynek w tej sprawie jest bardzo ciekawy. B. spostrzegał przypadek myeloidalnego obrzęku śledziony, któremu towarzyszyła leukopenia. Poprzednio ogłoszono tylko jeden taki sam przypadek (Hirschfeld). U 25-letniej chorej istniał obrzęk śledziony, objawy niedokrwistości, ale nie było wyniszczenia. Ilość c. czerwonych wynosiła 2.000.000, ilość białych była niżej prawidłowej (2,200 — 800 — i 1,200). Odczyn białaczkowy krwi był niebardzo wyraźny (3% eozynochłonnych, 1% myelocytów, mniej niż 1% c. czerwonych jądrzastych). Badanie krwi zatem nie pozwalało rozpoznawać prawdziwej białaczki. Wycięto śledzionę; chora w nocy po zabiegu zmarła. Śledziona ważyła 1770 gramów, miała wyraźne utkanie szpikowe, wątroba i nerki były prawidłowe. Przypadek ten trudno zaliczyć do grupy niedokrwistości śledzionowych (*anaemia splenica*) z powodu małej ilości normoblastów, natomiast bardzo się on zbliża do białaczki szpikowej. Różni się od niej tylko ilościowo, a nie jakościowo z powodu małej ilości krwinek białych (leukopenia); stąd przymiotnik »podbiałaczkowy«. Przypadki takie zachowują się klinicznie zupełnie tak samo, jak przypadki białaczki prawdziwej, t. j. po wycięciu śledziony następuje dość rychło śmierć. *Stahr.*

O. Cozzolino. **Niedokrwistość tęgoryjcowa u dzieci.** (*Pediatria,* luty 1907. *Sém. med* Nr. 18, 1907). Tęgoryjec może wywoływać nietylko u dorosłych, ale i u dzieci ciężką niedokrwistość. Jeśli rodzice dziecka lub większość członków rodziny nawiedzona jest tęgoryjcem, to wyjątkowo chyba nie znajdzie się w wypróżnieniach dziecka jaj pasorzyta. Dzieci przeważnie nie doznają z początku żadnych zaburzeń, ale zwolna może się u nich rozwinąć złośliwa niedokrwistość, jak to widział autor u 2 sióstr, bliźniąt, u których choroba zakończyła się śmiercią. Dzieci te liczyły po 2½ roku i pochodziły z rodziny włoskiej, która dopiero co powróciła do ojczyzny z Brazylii. Wszyscy

członkowie tej rodziny, a więc rodzice i kilkoro dzieci, byli zakażeni tęgoryjcem, a najbardziej niedokrwistą była matka. W czasie przeprawy morskiej zjawiła się u jednej z dziewcząt lekko krwawa biegunka; przybywszy do Genui, było dziecko bardzo blade i wyraźnie obrzękłe; ilość c. czerwonych wynosiła 2,600.000 z bardzo małym wskaźnikiem hemoglobinowym i bez wyraźnej eozynofilii, ilość ta spadła następnie do 1,760.000, przyczem zjawiło się kilka normoblastów. W wypróżnieniach znaleziono jaja tęgoryjca. Energicznego leczenia przeciwpasorzytowego nie można było zastosować, bo dziecko miało ciężki krztusiec, powikłany zapaleniem oskrzeli i płuc, na co też w końcu zmarło. Badanie pośmiertne stwierdziło rozległy nieżyt jelit z wybroczynami i obecność tęgoryjca. Gruczoły zaotrzewne i śledziona były obrzękłe. Historya drugiego dziecka jest bardzo podobna. Niedokrwistość dosięgła u niego wyższego stopnia. Dziewczynka ta wyleczyła się z krztuśca i jego powikłań płucnych, ale zginęła z niedokrwistości w stanie wielkiego wyniszczenia: w jelicie cienkiem znaleziono przeszło 200 tęgoryjców. W przypadku tym rozwinął się obraz, klinicznie zupełnie przypominający niedokrwistość złośliwą i mimo zastosowania leczenia swoistego stan się nie poprawił. Środki czerwiogubne są niebezpieczne dla dzieci osłabionych i wyniszczonych i dlatego autor ostrzega przed ich stosowaniem, zanim rozpoznania nie oprze się na badaniu drobnowidowem kału. *Stahr.*

Chalier A. **Albuminuria orthostatica.** *(Presse méd.* Nr. 36, 1907). Autor jako uczeń prof. Poncet'a z Lyonu skłania się do tłómaczenia tego cierpienia zmianami nerki samej i zwraca uwagę, że częstą przyczyną sprawy bywa gruźlica obok innych zakażeń jak płonica, dur, błonica. C. przestrzega przed zapatrywaniem, że to cierpienie niema poważniejszego znaczenia. Cierpienie to pozwala przypuszczać, a często i rozpoznawać gruźlicę u pozornie zdrowych. Rokować zaś trzeba w tem cierpieniu zawsze ostrożnie, bo niekiedy nietylko może się ono miejscowo pogorszyć, ale nawet być punktem wyjścia gruźlicy w innych narządach. *Stahr.*

* * *

XXIV. Zjazd niemiecki dla medycyny wewnętrznej w Wiesbadenie od 15 do 18 kwietnia 1907.

Podał **Dr E. Stahr.**

(Ciąg dalszy, por. Nr 20.)

Brieger (Berlin) ostrzega przed leczeniem wszystkich chorych na jedną modłę. Sposoby fizyczne dają 80% wyleczeń.

Hanau (Frankfurt nad M.) miał dobre wyniki w przypadkach ostrej rwy kulszowej po bańkach suchych, zaś

Minkowski (Gryfia) po znieczuleniu lędźwiowem.

Finkelnburg (Bonn) robił doświadczenia na zwierzętach, wstrzykując im do nerwów wyskok 80%. Zawsze zjawiało się potem porażenie i trwało kilka miesięcy. Badanie anatomicznopatologiczne stwierdzało, że nerw uległ zupełnemu zniszczeniu nawet wtedy, jeśli wyskok wstrzyknięto tylko w otoczenie nerwu, a nie w jego miąższ. Autor stwierdził nadto, że wstrzyknąć płyn do nerwu jest niezwykle trudno.

Noorden (Wiedeń) trzyma chorych na ostrą rwę kulszową w łóżku; chroni ich w ten sposób przed przejściem rwy z postaci ostrej w przewlekłą, a nawet nieuleczalną. Nie widział nigdy poprawy przypadków ostrych po cieplicach. Dobre wyniki w nerwobólach zakaźnych, szczególnie po grypie, dawało leczenie błękitem metylenowym w wielkich dawkach.

Stintzing (Jena) podnosi, że każdy prawie nerwoból wymaga innego leczenia i występuje przeciw Goldscheiderowi, który we wstrzykiwaniach widzi coś więcej, niż samo uśmierzanie bólu.

Treupel (Frankfurt n. M.) wskazuje na konieczność cierpliwego trzymania się raz obranej metody leczenia, ostrzega przed przerzucaniem się od jednego sposobu do drugiego. Wspomina, że częste pędzlowanie kokainą błony śluzowej nosa usuwało u niektórych jego chorych nerwoból n. trójdzielnego.

Gara (Piszczany) zwraca uwagę na nowy objaw rwy kulszowej: gwałtowna przeczulica na ucisk ostatniego kręgu lędźwiowego[1]). Mniej tkliwy jest krąg przedostatni; ucisk powyżej jest niebolesny. Objaw ten jest tak stały, że jeśli chory skarży się na ból przy uciskaniu kilku kręgów lędźwiowych, albo jeśli ostatni krąg jest niebolesny, to G. nie waha się wyłączyć w rozpoznaniu rwę kulszową.

[1]) Porównaj Semaine médicale 1907, str. 107.

Schilling (Norymberga) chwali metodę Biera w leczeniu nerwobólu n. trójdzielnego.

Quincke (Kiel) ostrzega przed wstrzykiwaniami wśród rwy kulszowej ostrej. W doświadczeniach na zwłokach przekonał się, że wstrzykiwania sposobem Langego działają nie na sam nerw, ale na jego osłonkę i dlatego zaleca ten sposób praktykom.

Bäumler (Fryburg w Bresgowii) radzi przedewszystkiem chorych na rwy trzymać w łóżku. Przypomina, że i u chorych z wadami niewyrównanemi serca bywają nerwobóle zależne od zastoju żylnego; naparstnica usuwa u nich bóle.

His (Getynga) wyraża przekonanie, że autorowie niemieccy za mało zwracają uwagi na t. zw. skazę gośćcową. Zaznacza dalej, że spotyka się i nerwobóle t. zw. rodzinne, które ustępują po zastosowaniu odpowiedniej, najczęściej roślinnej, dyety.

Lenhartz (Hamburg) przypomina dobre usługi, jakie oddają pryszczydła.

Sternberg (Wiedeń) uważa sposób Langego również tylko za uśmierzanie, a nie leczenie rwy. Dobrze w rwie działają często pijawki.

Matthes (Kolonia) stosował sposób Langego w 20 przypadkach rwy kulszowej z dobrym skutkiem; do znieczulania lędźwiowego ucieka się tylko w przypadkach rozpaczliwych, gdyż raz widział ropień po wstrzyknięciu.

Huismans (Kolonia) pokazuje radyogram zębiaka, wychodzącego z pierwszego zęba trzonowego i wywołującego ciężką rwę w zakresie trzeciej gałęzi n. trójdzielnego.

Doświadczalne zapalenie nerek i obrzęki nerkowe.

Schlayer (Tübingen) starał się wraz z Hedingerem i Takayasu zbadać, dlaczego w niektórych przypadkach zapalenia nerek zjawiają się obrzęki, a w innych, pozornie takich samych, nie ma nigdy ani śladu obrzęku. S. zatruwał zwierzęta uranem, który ma własność wywoływania zapalenia nerek z obrzękami i następnie badał na takich zwierzętach wpływ czynników zwężających i rozszerzających. Stwierdził, że przyczyna obrzęków leży w niedomodze nerki samej, niejako w niedrożności nerki samej, a nie w jakiemkolwiek zaburzeniu czyto kanalików moczowych, czy naczyń. Przypuszcza, że u człowieka, chorego na zapalenie nerek z obrzękami, dzieje się to samo, co u zwierząt zatrutych uranem, a mianowicie, że raczej zmniejsza się przepuszczalność naczyń nerkowych, niż że kanaliki moczowe ulegają jakiemuś zaburzeniu; aby się zjawiły obrzęki, muszą nadto naczynia skórne stać się więcej przepuszczalne, niż to bywa prawidłowo. Wracamy zatem do starej teoryi Cohnheima i Senatora.

Siegel (Reichenhall) zdołał wywołać zapomocą azotanu uranu u zwierzęcia ostre krwotoczne zapalenie nerek, które przeszło zwolna w postać przewlekłą śródmiąższową z przerostem lewej komory serca. S. badał także działanie przeziębienia jako przyczyny zapalenia nerek: odsłoniwszy jedną nerkę zwierzęcia' wystawiał ją na działanie lodu, poczem wytwarzało się obustronne krwotoczne zapalenie nerek, stwierdzone sekcyą.

Strauss (Berlin) dopatruje się w tych doświadczeniach dowodu, że słusznym jest jego sposób leczenia zapalenia nerek dyetą bezchlorkową. Że dla powstania obrzęku doniosłe znaczenie muszą mieć zmiany naczyń, tego dowodzi chory połowiczo porażony, dotknięty przewlekłem zapaleniem nerek, u którego kończyna porażona o wiele silniej była obrzękła, niż druga. Zapalenia nerek bardzo się różnią między sobą: w zapaleniu ostrem miąższowem chlorek sodu nie wywołuje obrzęków, chyba u osób szczególnie skłonnych.

Winternitz (Halle n. S.) nie zdołał wywołać nigdy zapalenia nerek przez przeziębienie, nawet działając lodem na nerkę, poprzednio wyjętą z prawidłowego położenia i ustaloną pod skórą.

Erich Meyer (Monachium) oraz Heineke wywoływali u zwierząt zapalenie przewlekłe z obrzękami, podając obok trucizny równocześnie dostateczną ilość wody i chlorku sodu. Na klinice monachijskiej oznacza się u każdego chorego na zapalenie nerek tę ilość chlorku, którą jego ustrój dobrze znosi. W tym celu oblicza się codziennie całkowitą ilość wydzielonego chlorku sodu i waży się chorego. W ten sposób stosuje się dyetę bezchlorkową, indywidualizując.

Noorden: Leczenie dyetą bezchlorkową smutno się czasem kończy. N. nie godzi się z tymi, którzy twierdzą, że więcej szkodzi podawanie chlorków, niż ich usunięcie z dyety. N. widywał chorych, którzy na dyecie, nieobfitującej w białko i chlorek sodu, nadzwyczajnie podupadli, a wrócili do sił i apetytu, kiedy pozwolono im na dyetę mniej surową. Usunąć więc chlorki z dyety

można dopiero wtedy, kiedy się przekonamy, że to choremu nie szkodzi.

Blumenthal (Berlin). Przedewszystkiem należy u chorego przywrócić równowagę w wydzielaniu chlorków, a kierować się przytem trzeba nie obrzękami, ale stanem ogólnym chorego. Nie trzeba zapominać jednak, że istnieje i zatrzymywanie chlorków suche[2]. (C. d. n.)

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago

ożywiło się znacznie w ostatniem półroczu. Regularnie co miesiąc odbywają się posiedzenia, na których oprócz roztrząsania miejscowych spraw zawodowych, odbywa się w odczytach i dyskusyach wymiana spostrzeżeń lekarskich. Tej wymiany myśli na polu lekarskiem było brak lekarzom polskim w Chicago; obecnie, stanowiąc realną korzyść, niewątpliwie wzmocni ona węzły spójni koleżeńskiej i przyciągnie pozostałych kolegów Polaków.

Na rok 1907 wybrano prezesem Towarzystwa dra A. Szwajkarta, jego zastępcą dra K. Żurawskiego, skarbnikiem dra M. A. Stupnickiego, sekretarzem dra J. P. Zaleskiego.

Jednym z ostatnich wykładów był odczyt dra S. Boguszewskiego p. t. **Porażenie nerwu twarzowego.** Włókna ruchowe, przeznaczone dla nerwu twarzowego, biorą swój początek w dolnym odcinku centralnego zakrętu mózgu. Włókna torują sobie drogę przez koronę promienistą, przez przednią część torebki wewn. do nakrywki (*tegmentum*), gdzie swemi zakończeniami obejmują komórki n. twarzowego, leżące po przeciwnej stronie w dolnej części mostu, w równej linii z ośrodkami 5. 9. i 10. pary nerwów. Stąd dopiero wychodzi nerw, zaopatrujący mięśnie twarzy, a anatomicznie dzielący się na trzy odcinki, mianowicie część wewnątrzczaszkową, część przebiegającą w kości, i wreszcie część zewnętrzną, t. j. całą część znajdującą się na zewnątrz otworu rylcowo-sutkowego. Nerw twarzowy zasila prawie wszystkie mięśnie twarzy, powiek i ust, z wyjątkiem zasilonych przez 3-cią i 5-tą parę. Przyczyną zupełnego porażenia nerwu twarzowego są zmiany jego ośrodka lub części sąsiednich, wywołane n. p. przez zaburzenia w krążeniu wskutek miażdżycy, przez nowotwory i t. p. Nagłe porażenie może powstawać w toku chorób zakaźnych, mocznicy, wskutek krwotoku mózgowego i t. d. Część wewnątrzczaszkowa często bywa zajęta wskutek zmian opon mózgowych, najczęściej na tle przymiotowem, nowotworów, lub też złamania kości potylicznej. Najczęstszą jednak przyczyną porażenia twarzy bywa zapalenie części kostnej lub zewnętrznej nerwu, które może być skutkiem urazu, zaziębienia lub też zapalenia ucha środkowego. Przy porażeniu ośrodkowem bywają porażone tylko mięśnie dolnej części twarzy, chory może zamykać oko i marszczyć czoło, a oddziaływanie na prąd elektryczny jest prawidłowe; przy porażeniu wskutek zmian torebki wewn. lub też neuronów nie centralnych zwykle bywa osłabienie ręki i nogi po tej samej stronie i pewnego stopnia niedowład języka. Porażenie przewlekłe zwykle bywa niezupełne i najczęściej zwieracz warg i zwieracz powiek nie są na razie porażone, co jednak następuje stopniowo; w tym przypadku zwykle następuje porażenie nerwów 9. i 10-go. W porażeniu nagłem, wywołanem przez zmiany naczyń krwionośnych, rokowanie jest niepomyślne, bo wtedy zwykle są zmiany inne, wiodące rychło do śmierci. Porażenie obwodowe części zewnętrznej znamionuje się znanymi, bardzo wybitnymi objawami: niedomykalnością powiek, wykrzywieniem ust ku stronie zdrowej, co staje się o wiele wyraźniejsze przy uśmiechu, zatrzymywaniem się pożywienia między policzkiem i dziąsłami, łzawieniem po stronie porażonej, czucie jest jednak nienaruszone i niema bolów. Jedynie przy dodatkowem zajęciu kilku włókien nerwu trójdzielnego można spodziewać się słabego bolu i swędzenia w okolicy ucha i nad wyrostkiem sutkowym. Jeżeli kostna część nerwu twarzowego jest zajęta, to do tego dołącza się utrata smaku w przedniej części języka po stronie porażonej. Różnica objawów jest tak wyraźna, że nie sprawia trudności w rozpoznaniu. Rokowanie w porażeniu obwodowem zależy od przyczyn i rodzaju tych przyczyn. W leczeniu poleca prelegent gorące okłady, pryszczydła za uszami, wewnętrznie spore dawki przetworów salicylowych i jodowych, strychninę (także podskórnie), stosowanie prądu galwanicznego, o ile można codziennie.

Dr J. P. Zaleski.

[2]) Zobacz Sémaine médicale 1905. str. 133—136.

Koło lekarskie polskie w Petersburgu.

Protokół posiedzenia z dnia 20. II. (5. III.) 1907 r.

Obecnych członków 19.

I. Na wezwanie prezesa dra Strawińskiego uczcili zebrani przez powstanie pamięć dra Szrejbera, który zginął jako ofiara zakażenia morem podczas prac nad zarazkiem tej choroby.

II. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

III. Dr Leon Jastrzębski odczytuje rzecz pod tytułem: **Signe du sou i jego znaczenie rozpoznawcze w zapaleniu płuc i opłucnej.** Na mocy ścisłych i bardzo pouczających spostrzeżeń, przeprowadzonych w szpitalu dziecięcym, dochodzi prelegent do wniosku, że śród objawów, odróżniających zapalenie płuc od zapalenia opłucnej, doniosłe znaczenie ma t. zw. objaw monety (*signe du sou*), dotychczas mało uwzględniany; w niektórych przypadkach prelegenta objaw ten był rozstrzygającym; nieliczne doświadczenia prelegenta na zwłokach świadczą również o wartości omawianego objawu.

Dyskusya: Prof. Ziemacki zaznacza, że rozpoznanie zapalenia opłucnej nieraz przedstawia wielkie trudności; w jednym n. p. przypadku mowcy, gdzie chory po upadnięciu na wznak dostał gorączki, wszystkie objawy opukowe i osłuchowe przemawiały za tem cierpieniem; ponieważ wysięk zawierał krew, radził prof. Afanasjew, przypuszczając nowotwór, dokonać wycięcia żeber i otwarcia jamy opłucnej; mowca jednak wstrzymał się od tego zabiegu, idąc za radą prof. Szapiro, który przypuszczał możliwość pęknięcia tętniaka tętnicy głównej do jamy opłucnej i płuc. Sekcya istotnie stwierdziła pęknięcie zstępującej części t. głównej w odległości 14 ctm. od łuku tętnicy głównej z wylewem krwi do śródpiersia tylnego i lewego płuca. Czy nie dopomógłby w tym przypadku objaw monety? Otrzymawszy od prelegenta odpowiedź potwierdzającą, opartą na podstawie spostrzeżeń dotychczasowych, zaznacza prof. Ziemacki, że w swoim czasie posiłkował się sam osłuchiwaniem przy jednoczesnem opukiwaniu twardymi przedmiotami.

Prof. Witold Orłowski: Rozróżnienie zapalenia opłucnej od zapalenia płuc istotnie nie zawsze jest łatwe, zarówno w tych przypadkach, w których obok stłumienia odgłosu opukowego stwierdzamy szmer oddechowy o charakterze oskrzelowego, jak w tych, w których szmer jest osłabiony. Co do powstania szmeru oddechowego w zapaleniu opłucnej, to do niedawna tłómaczyliśmy go sobie w ten sposób, że wysięk, uciskając dolny płat lub część płuca, pozbawia go powietrza, bezpowietrzna zaś tkanka płucna lepiej przewodzi szmer, powstający w krtani i tchawicy, działając jednocześnie jako rezonator. W ostatnim czasie prof. Fawicki wystąpił z innem tłómaczeniem, którego prawdziwość bardzo dobitnie stwierdził w szeregu doświadczeń Granstrem, dowodząc jednocześnie mylności przytoczonej wyżej teoryi; mianowicie szmer oskrzelowy pochodzi z krtani i tchawicy i przenosi się stąd przez wysięk, który styka się z dużemi oskrzelami w okolicy wnęki płucnej. Gdy słyszymy szmer oskrzelowy, posiłkujemy się przy rozpoznawaniu obecnością trójkąta Harlanda i siłą drżenia głosowego. Niestety zdarzają się przypadki zapalenia opłucnej z wzmożonem drżeniem głosowem wskutek obecności łącznotkankowych zrostów, łączących opłucnę płuca z opłucną żebrową, a przewodzących fale głosowe. Posiłkujemy się w tychże razach wreszcie siłą szmeru; jak zaznaczają Rosenbach, Aufrecht, Fawicki i inni, u chorych na zapalenie płuc szmer oddechowy, bronchofonia i rzężenia sprawiają wrażenie powstających tuż u badającego ucha, przy zapaleniu zaś płuc jakby przychodzących zdala. We wszystkich tych przypadkach ze szmerem oskrzelowym *signe du sou* ma doniosłe znaczenie; wartość tego objawu obniża się jednak, jeśli sobie uprzytomnić, że w przypadkach przewlekłych zwykle są zrosty. W przypadkach z osłabionym szmerem oddechowym *signe du sou* niema żadnego znaczenia, ponieważ bywa on jednakowy zarówno w zapaleniu opłucnej, jak i w t. zw. *splenopneumonia* Granchera, przebiegającej z osłabionym szmerem oddechowym; te właśnie przypadki najtrudniej rozpoznać. Omówiwszy znaczenie *signe du sou* na podstawie danych piśmienniczych, spostrzeżeń prelegenta i własnych, dokonywanych obecnie, zwraca mowca uwagę na powstawanie t. zw. »Aufhellungszone« Hamburgera. t. j. pasu stosunkowo jawnego odgłosu wzdłuż kręgosłupa u chorych na zapalenie opłucnej; jego zdaniem, oprócz rezonansu strony zdrowej, mogą mieć znaczenie i zrosty, które, powstając często w okolicy kręgosłupa, przeszkadzają wysiękowi sięgać aż do kręgosłupa. Wreszcie zatrzymuje się mowca na 23-em spostrzeżeniu prelegenta, w któ-

rem rozpoznanie jeszcze przed stwierdzeniem *signe du sou* powinno było uwzględnić możliwość tworzenia się wysięku; oprócz niewyraźnego coprawda stłumienia, przypuszczenie w tym kierunku wzbudzały drobne rzężenia w okolicy dolnych części płuc, które nieraz, jak wykazał Damoiseau i inni, z Polaków doc. Janowski, towarzyszą tworzeniu się wysięku. Wyjaśniwszy pochodzenie tych rzężeń, nazwanych przez Damoiseau »frottement-râle«, radzi mówca prelegentowi uzupełnić doświadczenia na zwłokach przez użycie płynów o różnym składzie (oliwy, mleka, wysięku i przesięku opłucnego, przesięku brzusznego itd.).

Prof. St. Zaleski demonstruje tony, które dają monety przy różnem ich ustawieniu względem siebie i palców badającego i dla pewności wyników u chorych poleca obmyślenie przyrządu, któryby pozwalał uniknąć warunków, niepomyślnych dla stosowania metody monetowej.

IV. Odczyty dra St. Kozłowskiego i doc. Sowińskiego wobec późnej pory cofnięto z porządku dziennego.

V. Na posiedzeniu administracyjnem: 1) prezes dr Strawiński i wiceprezes prof. St. Zaleski w imieniu »Koła« złożyli życzenia doc. Z. Orłowskiemu i doc. Z. Sowińskiemu z powodu uzyskania docentury w Akademii; 2) sekretarzem posiedzeń ogólnych »Koła« obrano doc. Sowińskiego; 3) w poczet członków »Koła« przyjęto dra Birona i dra Święcickiego. *Witold Orłowski.*

Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1903, oraz 1901/2.

Streścił **prof. dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

2. Pokarmy, używki i napoje.

Rządowy zakład badania środków spożywczych w Krakowie zbadał w r. 1901 — 1,555, w r. 1902 — 1,610, w r. 1903 — 1,627 próbek. Wzrasta głównie ilość próbek, nadsyłanych przez starostwa i zarządy gmin. Jednakże i pod tym względem wiele starostw zdumiewa poprostu niedbalstwem. W r. 1903 nie przysłano żadnej próbki do badania z 17 powiatów, po 1 lub 2 z 11, przeto trzecia część wszystkich starostw zdaje się o tę sprawę nie troszczyć. Wobec tego jest bardzo pożądaną większa działalność funkcyonaryuszy zakładu, jak to było w r. 1903, w którym pobrali oni sami 353 prób do badania (w r. 1902 — 146, w r. 1901 nawet tylko 32). Bezczynność wielu starostw nie pozwala ściśle osądzić, ile sprawa pokarmów i napojów pozostawia w kraju do życzenia i jaka w tym kierunku jest poprawa. Przedwczesnym też był wniosek Rady zdrowia w r. 1902, że się stosunki polepszyły, bo o tem nie można wnosić ze zmniejszenia się odsetku badanych prób, uznanych za złe (z 47·6% w r. 1901 na 37·7% w r. 1902), skoro wielki szmat kraju prób wcale do badania nie dostarcza. Pokazało się to zresztą zaraz w r. 1903, gdy przedmiotów, uznanych za złe, było znów 45·9%. Za złe uznano próbki najczęściej z powodu zepsucia się; zafałszowań wogóle nie spotyka się w Galicyi zbyt wiele (najczęściej jeszcze w napojach wyskokowych), ani zbyt wyrafinowanych.

Oprócz rządowego zakładu działają jeszcze w Krakowie i we Lwowie chemicy miejscy. Należy podnieść ze szczególnem uznaniem pracowitość pracowni chemicznych obu miast, uderzającą w porównaniu z zakładem rządowym, który przy 4 siłach fachowych (nie licząc urzędników manipulacyjnych) bada rocznie tylko 1½ tysiąca wszystkich próbek, gdy pracownia miejska lwowska przy jednej sile fachowej zbadała np. w r. 1903 samych tylko artykułów spożywczych 2,308, a krakowska również przy jednej sile 1,804 prób artykułów spożywczych i 6,458 prób nafty. Wytknąć tu potrzeba, że miasto Lwów w roku 1901 nie przedłożyło Namiestnictwu wcale sprawozdania z działalności chemika miejskiego, a w r. 1903 nie podało w sprawozdaniu wyników badania, ani najczęstszych zanieczyszczeń lub zafałszowań (dlaczego?!), odejmując przez to sprawozdaniu wszelką wartość. Tem korzystniej odbijają w Sprawozdaniu Rady zdrowia zajmujące szczegóły i wnioski chemika miejskiego krakowskiego. W obu miastach najwięcej do życzenia pozostawia nabiał i pieczywo. Mleko bywa najczęściej rozwodnione; masło zepsute, zafałszowanie margaryną nie zdarza się prawie wcale.

Sprawozdanie Rady zdrowia za r. 1903 zawiera pouczającą tabelkę, dającą pogląd na zaprowiantowanie obu naszych miast stołecznych. Już w r. 1902 stwierdziła Rada zdrowia niezmiernie smutny objaw: zmniejszanie się coraz znaczniejsze konsumcyi mięsa. Z tabelki w sprawozdaniu z r. 1903 wyczytać można, że objaw ten dalej się potęgował, a wobec drożyzny mięsa w latach ostatnich (1906/7) można domyślać się obecnych jego rozmiarów i coraz nędzniejszego odżywiania się naszej ludności miejskiej. Obniżenie ceny mięsa coraz więcej z zakresu postulatów ekonomicznych przechyla się w dziedzinę postulatów poprostu zdrowotnych; sprawa ta powinna żywiej zająć nietylko władze sanitarne, ale ogół lekarzy naszych.

W tymże r. 1903 przytacza Rada zdrowia szczegóły, odnoszące się do obrotu artykułami żywności, poczerpnięte ze sprawozdań lekarzy urzędowych. Niestety widocznie znowu tylko część starostw zwraca na te sprawy dokładniej uwagę, bo szczegóły te podano tylko o 21 powiatach. A gdzież reszta?

(C. d. n.)

Kronika historyczna na czerwiec.

Zestawił

Dr Adam Langie.

1. czerwca 1543 r. wychodzi pierwsze wydanie dzieła Andrzeja Vesala »De humani corporis fabrica libri septem«. Epokowe to dzieło, zapewniające autorowi wiekopomną sławę jako genialnemu reformatorowi anatomii, oparte na własnych mozolnych bardzo na owe czasy badaniach i sekcyach zwłok, prostujące błędy Galena i obalające zasadniczo jego anatomię, którą przez tyle wieków uważano za niewzruszony dogmat, staje się podwaliną nowoczesnej nauki o budowie ciała ludzkiego. Za życia autora wywołało jednak zawziętą przeciw niemu polemikę, jako przeciw temu, co targnąć się ośmielił na powagę Galena i zachwiać podstawami jego medycyny. Najzjadliwiej wystąpił Jakób Dubois, anatom paryski, bo w polemice z Vesalem swym byłym uczniem, posunął się aż do pogardy i szyderstwa. Drugim głośnym, lecz przedmiotowo i z godnością prowadzącym polemikę, był Gabryel Fallopio, młody słynny profesor anatomii w Ferrarze, później w Padwie. W dziele swem »Observationes anatomicae«, napisanem głównie przeciw Vesalowi, uznaje on jego wiedzę, lecz równocześnie stara się rzekome błędy prostować. Prócz tych dwóch wybitnych przeciwników, cały tłum innych rzucił się na Vesala, zatruł mu życie i o ciężkie przyprawił zgryzoty. Zwykły los ludzi, których wyższy umysł przerósł umysły współczesnych wielkości. — Vesal ur. 1515 r. w Brukseli, medycynę kończy w Paryżu. W r. 1537 otrzymuje katedrę chirurgii w Padwie. Powołany jako lekarz przyboczny na dwór Karola V. bierze udział w wyprawach wojennych. Po wstąpieniu na tron Filipa II. jedzie wraz z nim 1559 r. do Hiszpanii, skąd, zgnębiony intrygami dworskiemi, wybrawszy się w podróż do Palestyny, umiera 1564 r. na wyspie Zante.

3. czerwca 1887 r. otwartą zostaje pierwsza w Galicyi lecznica dla dzieci zołzowatych w Rabce. Jeszcze w r. 1879 na posiedzeniu Towarzystwa Opieki szpitala św. Ludwika w Krakowie zwrócił uwagę prof. Maciej Jakubowski na potrzebę założenia letniej kolonii dla dzieci przy jednym ze zdrojów słono-jodowych. Uchwalono upoważnić wnioskodawcę do przygotowania dat co do wyboru miejsca i kosztów założenia. Chociaż prof. Jakubowski gorliwie zająwszy się tem, zestawił wkrótce wszystko, to brak funduszów nie dozwolił myśli jego w czyn rychlej zamienić, aż dopiero po 8 latach, gdy na posiedzeniu Towarzystwa dn. 30 marca 1887 r. uznano za najodpowiedniejszą do tego Rabkę i uchwalono urządzić bez zwłoki lecznicę w wynajętem mieszkaniu z 4 pokoi o 12 łóżkach, gdzie zaraz w tym pierwszym roku umieszczono na lato 25 dzieci. W 1888 r. darował ówczesny właściciel Rabki ś. p. Julian Zubrzycki kawałek gruntu o 480 □ sążni powierzchni i tutaj wybudowano własny domek o 6 pokojach. Z biegiem lat rozszerzano przez dobudowy tę małą kolonię tak, że już w 1892 r. liczy ona 26 łóżek, a mieści 59 dzieci. Zacny twórca pożytecznego dzieła, prof. Jakubowski nie zadowalnia się tem, lecz gorliwymi zabiegami doprowadza do tego, że obecnie od lat 4 kolonia posiada własny, duży, umyślnie w tym celu zbudowany okazały budynek, urządzony z wszelkiemi dla małych pacyentów wygodami, w którym znajduje co roku pomieszczenie kilkudziesięciu chłopców i tyleż dziewcząt. Razem od 1887 r. do 1906 włącznie przebywało w kolonii 1774 dzieci, z czego 799 chłopców a 975 dziewcząt.

9. czerwca 1795 r. umarł Franciszek Chopart, ur. 1743 r., profesor chirurgii paryskiej »Ecole pratique« (od 1771 r.), autor dzieła o chirurgii dróg moczowych, wsławiony swą operacyą wyłuszczenia kości stopy z zachowaniem kości skokowej i piętowej.

13. czerwca 1864 r. otwiera pierwsze w Krakowie ambulatoryum chorób dziecięcych ówczesny docent pedyatryi Maciej Jakubowski »jako materyał dla nauczania studentów do wykładów praktycznych, podobnie jak zagranicą«. Przez długi czas nie było w Krakowie nawet osobnego zakładu dla chorób dziecięcych, a pedyatryi nauczano razem z położnictwem. Dopiero w 1833 r. urządzono przy klinice położniczej oddział dla dzieci o 12 łóżkach, a w r. 1874 otwarto klinikę pedyatryczną w szpitalu św. Łazarza z 32 łóżkami, powierzając prowadzenie jej prof. Jakubowskiemu. Jego to staraniom zawdzięcza Kraków osobny szpital dla dzieci pod wezwaniem św. Ludwika, wybudowany 1876 r., mieszczący klinikę uniwersytecką i oddział szpitalny. I dopiero teraz nauka pedyatryi mogła rozwinąć się należycie i wszechstronnie pod dzielnem kierownictwem swego pierwszego profesora, który tu przez 34 lat niestrudzenie, z takim pożytkiem i tak chlubnie pracuje.

18. czerwca 1365 r. bulla księcia Rudolfa IV., postanawia założenie uniwersytetu wiedeńskiego, którego wydział lekarski odegrał później tak ważną rolę w postępowym rozwoju nowoczesnej medycyny przez członków swych van Swietena, Rokitańskiego, Skodę i innych.

20. czerwca 1827 r. umarł Józef Czekierski Urodzony 1777 r. w Warszawie, kończy medycynę w Berlinie, poczem zostaje dyrektorem instytutu położniczego w Warszawie, a w 1808 r. otrzymuje katedrę chirurgii i położnictwa w warszawskim wydziale lekarskim. Prócz licznych prac pomniejszych, napisał 4-o tomowy podręcznik chirurgii.

27. czerwca 1860 r. umarł Ludwik Bierkowski. Urodzony 1801 r. w Poznaniu, studyuje medycynę kolejno w Berlinie, Jenie i Lipsku, poczem zostaje dyrektorem szpitala izraelskiego w Warszawie. W 1831 r. mianowany profesorem chirurgii w uniwersytecie Jagiellońskim przybywa do Krakowa, gdzie wkrótce zyskuje imię dzielnego operatora. Urządza przy klinice chirurgicznej ambulatoryum dla ubogich chorych, zakłada muzeum narzędzi chirurgicznych, odlewów gipsowych i rycin. Pisał wiele po łacinie i po niemiecku; z prac jego wybitniejsze dotyczą kiły i raka odbytnicy. Sam umarł na raka wątroby.

29. czerwca 1860 umarł Tomasz Addison, lekarz szpitalny w Londynie. Ur. 1793 r., wsławił swe nazwisko opisaniem w 1856 r. choroby nadnercza, zwanej odtąd »Morbus Addisoni«. Praca ta nosi tytuł »Effects of the diseases of the suprarenal capsules«.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Nauka jednorazowa dziennie była przedmiotem obrad Walnego Zgromadzenia Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych (we Lwowie 19. i 20. V. b. r.). Oświadczono się ze względów higienicznych za utrzymaniem nauki jednorazowej tam, gdzie już istnieje, i rozszerzeniem jej na te szkoły, w których jej jeszcze nie wprowadzono. *R.*

Współdziałanie szkoły w walce z alkoholizmem ma według uchwał Walnego Zgromadzenia Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych odbywać się w ten sposób, że w podręcznikach szkolnych powinno się w większej mierze wskazywać na szkodliwość wyskoku, że w VI kl. szkół średnich obok nauki somatologii należy wprowadzić jednogodzinną naukę fizyologii i higieny ze szczególnem uwzględnieniem szkodliwości wyskoku i że wśród młodzieży rozpowszechniać należy broszurę, streszczającą wyniki badań nad działaniem wyskoku; natomiast oświadczono się przeciwko tworzeniu wśród młodzieży kółek abstynenckich. *R.*

Z ruchu higienicznego w Królestwie Polskiem. Na zjeździe delegatów oddziałów prowincyonalnych warszawskiego Towarzystwa higienicznego w d. 7. IV. b. r. postanowiono dążyć do zakładania nowych oddziałów, przedewszystkiem w miastach gubernialnych, powiatowych i w zdrojowiskach, zmierzać do nawiązania stosunków z Kółkami rolniczemi celem propagandy higieny wśród włościan, urządzić w r. 1908 zjazd higieniczny w jednem z miast prowincyonalnych, utworzyć organizacyę celem zbadania warunków higienicznych kraju, popierać częstochowskie Muzeum higieniczne i dążyć do zakładania instytucyi »Kropli mleka«. — Stowarzyszenie techników w Warszawie utworzyło wydział urządzeń zdrowotności publicznej, który postanowił zorganizować wielki zjazd higieniczny w Warszawie i założyć stałą wystawę urządzeń sanitarnych. Nadto przygotowuje wydział ten akcyę wspólną z Towarzystwami higienicznemi celem polepszenia urządzeń sanitarnych w kraju (zaopatrzenie w wodę miasteczek przez budowę tanich pomp do wody rzecznej, wprowadzenie odpowiedniejszych wychodków, ustalenie najpraktyczniejszego systemu usuwania odpadków i t. p.). *R.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 19. do 25. V. 1907 przypadków: płonicy 5 † 1, duru brzusznego 1, błonicy 2, róży 1. *Dr W.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 19. do 25. V. 1907, urodziło się dzieci żywo 68, nieżywo 3; zmarło osób 56 (w tem obcych 26), wśród nich z gruźlicy 11 (7), zapalenia płuc 4 (1). *R.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 19 do 25. V. 1907 przypadków: błonicy 6 † 1 (w tem obcy 1), płonicy 5, odry 24, duru brzusznego 1 (1), nagminnego zapalenia opon 1. *L.*

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Stan prac przygotowawczych w sekcyach:

XIX. Sekcya ginekologiczno-położnicza: Gospodarz: prof. dr Mars [Kościuszki 14], sekretarz: dr Bocheński [Klinika położnicza].

I. Tematy główne: 1. O postępowaniu leczniczem przy miednicach ścieśnionych. Ref.: prof. Rosner (Kraków); koreferenci: Cykowski i Szymański (Warszawa), Kośmiński i Sołowij (Lwów). 2. O postępowaniu leczniczem w przypadkach spraw zapalnych przymacicznych, okołomacicznych i przydatków macicy. Ref.: prof. Mars (Lwów), koreferenci: Jaworski (Warszawa), Pomorski (Poznań).

II. Wykłady zgłoszone: 1. Neugebauer (Warszawa): Ciała obce przypadkowo pozostawione w jamie brzusznej; przyczynek do odpowiedzialności chirurga. 2. Tenże: Rozpoznanie, rokowanie i leczenie przy równoczesnej ciąży macicznej i pozamacicznej, oparte na kazuistyce 170 przypadków. 3. Tenże: Kilka słów o potworkach podwójnych żywo urodzonych, dłużej niż 24 godzin żyjących. 4. Tenże: Demonstracye kazuistyczne. 5. Jaworski (Warszawa): Tematy zastrzeżone. 6. Stankiewicz (Warszawa): Tematy zastrzeżone. 7. M. Warszawski (Warszawa): Krwawienia w okresie klimakterycznym, ich powstawanie i leczenie. 8. Staniszewski (Warszawa): Niezwykły przypadek pęknięcia macicy ciężarnej przy równoczesnej ciąży zamacicznej. 9. Tenże: Przyczynek do nauki o pęknięciach torbieli jajnikowych. 10. Szymański (Warszawa): Temat zastrzeżony. 11. Wawelberg (Warszawa): Wymiary główki płodów donoszonych — w tablicach. 12. Wątorek (Lwów): Anty- i aseptyka w położnictwie ze szczególnem uwzględnieniem praktyki prywatnej. 13. Tenże: Terapia 3-go okresu porodowego. 14. Tenże: Budowa macicy ludzkiej. 15. Sołowij (Lwów): Wartość i wskazania sączkowania jamy brzusznej po laparotomii. 16. Tenże: Kilka słów o działaniu nowszych przetworów sporyszu. 17. Tenże: Uniwersalne kleszcze porodowe i cyrkiel do bezpośredniego oznaczenia wymiaru prostego wchodu miednicy. 18. Rosner (Kraków): Temat zastrzeżony. 19. Zaremba (Kraków): O ciąży po nefrektomii. 20. Tenże: O znieczulaniu rdzeniowem w ginekologii. 21. Dobrowolski (Kraków): O pubiotomii. 22. Tenże: O jadach komórkowych łożyska i jajników. 23. Cetnarowski (Kraków): O leczeniu wysięków około- i przymacicznych według sposobu Pinkusa. 24. Tenże: O wynikach mierzenia miednicy zmierznikiem Bylickiego. 25. Jaworowski (Kraków): O leczeniu schorzeń błony śluzowej macicy sposobem Biera. 26. Przybylski (Kraków): O znieczulaniu lędźwiowem w położnictwie i ginekologii. 27. Owsiński (Kraków): O leczeniu gorączki połogowej na podstawie materyału oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Jordana w szpitalu św. Łazarza. 28. Mars (Lwów): Demonstracye kazuistyczne. 29. Bocheński (Lwów): Znaczenie neutrofilnego obrazu krwi w przypadkach septycznych

z uwzględnieniem badania bakteryologicznego krwi. 30. Machnicki (Lwów): O wartości leczniczej thigenolu w ginekologii. 31. Gröbel (Lwów): O naczyniakach łożyska. 32. Tenże: O zmianach na błonie śluzowej macicy przy włókniakach macicy. 33. Tenże: Zmiany błony śluzowej macicy w przypadkach wad serca niewyrównanych i rozedmy płuc. 34. Kośmiński (Lwów): Przedstawienie chorych, operowanych z powodu zupełnego wypadnięcia macicy. 35. Tenże: Okazanie preparatów anatomicznych. 36. Tenże: O postępowaniu po zabiegach operacyjnych w jamie brzusznej. 37. Daum (Lwów): O pęknięciach krocza. 38. Tenże: O rozszerzaniu szyi macicy w położnictwie. 39. Friedmann (Lwów): Nowy krążek w przypadkach wypadnięcia macicy. 40. Tenże: Acetonurya w ciąży. 41. Brejter (Lwów): O torbielach przedsionka i warg małych. 42. Tenże: Przyczynek do tamponowania macicy. 43. Tenże: O leczeniu spraw zapalnych przymacicznych gorącem powietrzem. 44. Tenże: O rozszerzaniu części miękkich kanału rodnego rozszerzadłami metalowemi. 45. Pisarzewski: O pubiotomii. 46. Sieminowicz (Chicago): Nowy sposób leczenia gorączki połogowej zapomocą srebrosolu (tribrosolu). 47. Tenże: Nowy sposób leczenia metroragii i menoragii u kobiet zapomocą srebrosolu przez zniszczenie błony śluzowej macicznej na sposób *atmocausis* i *zestocausis* Pinkusa, bez użycia jednak gorącej pary lub powietrza.

X. Sekcya fizyologiczna (ciąg dalszy). 11. Fr. Rajkowski (Ciechanów, Król. pol.): Działanie plastrów. 12. Tenże: Methylenum caerulum w zapaleniu ostrem nerek i chorobach zakaźnych. 13. Tenże: Działanie szpiku kostnego. 14. M. Konopacki (z zakładu anatomii opisowej w Krakowie): Z badań nad oddychaniem dżdżownic.

XXI. Sekcya medycyny publicznej.

Tematy główne: 1. Zaopatrywanie osad ludzkich we wodę ze szczególnem uwzględnieniem miasteczek i wsi. Referenci: prof. St. Zaleski (Petersburg), prof. Bujwid (Kraków), r. dw. dr Merunowicz (Lwów). Koreferenci: dr Walczyński (Tarnów), nadr. budow. inż. Ingarden (Lwów), inż. Maślanka (Lwów). 2. Śmiertelność niemowląt (wspólnie z XIII sekcyą pedyatryczną). Referenci: r. dw. dr J. Merunowicz (Lwów). Ogólny pogląd na obecny stan śmiertelności niemowląt. Prof. Raczyński (Lwów). Przyczyny. Dr Serkowski (Łódź). Sposoby zapobiegania. 3. Epidemiologia duru brzusznego w świetle najnowszych badań. Ref.: prof. Kučera (Lwów). 4. Produkcya, przechowywanie i sprzedaż środków spożywczych. Ref.: insp. dr Leonard Bier (Kraków). Koref.: dr Walczyński (Tarnów). 5. Szerzenie się i zwalczanie gruźlicy. Ref.: dr Alfred Sokołowski (Warszawa) i prym. dr W. Pisek (Lwów). 6. O potrzebie organizacyi zjazdów higienistów polskich. Ref.: dr Polak (Warszawa). Koref.: r. san. dr Lachowicz (Lwów).

Jedno posiedzenie odbędzie się wspólnie z XXVI sekcyą wychowania fizycznego dla omówienia tematu: Stan obecny higieny szkolnej w Polsce.

Zgłoszone w dalszym ciągu (por. »Przegl. lek.« Nr 14, str. 188) wykłady: 1. Dr G. Turzański (Jarosław): Kilka uwag w sprawie polepszenia stosunków prostytucyi. 2. Inż. I. Pinkus (Praga): O nowoczesnem usuwaniu i zużytkowaniu stałych odpadków miejskich. 3. Dr J. Kadyi (Jasło): Wzorowy szpital na prowincyi. 4. Prof. J. Nowak i dr Szymanowski (Kraków): Jakie typy bakteryi gruźliczych znajdują się w ludzkim ustroju i jak często. 5. i 6. Dr J. Tchórznicki (Warszawa): Kąpiele dzieci w szkołach miejskich w Warszawie. — Stan sanitarny lokali 200 szkół miejskich w Warszawie w ostatniem trzechleciu. 7. Dr Żenczykowski (Warszawa): Warunki sanitarne lokali szkolnych i stan fizyczny młodzieży prywatnych szkół średnich w Warszawie. 8. Dr W. Knappe (Warszawa): Warunki sanitarne lokali szkolnych i stan fizyczny młodzieży szkół »Macierzy szkolnej« w Warszawie. 9. Dr J. Krysiński (Warszawa): Warunki sanitarne lokali szkolnych i stan fizyczny młodzieży szkoły przemysłowców w Warszawie. 10. Dr J. Koelichen (Warszawa): Szkoły i zakłady wychowawcze dla dzieci na umyśle upośledzonych. 11. Dr Stan. Kopczyński (Warszawa): Znaczenie higieniczno-wychowawcze systematycznych oględzin lekarskich młodzieży szkolnej. 12. Dr Wł. Chodecki i dr St. Kopczyński (Warszawa): Z higieny domowej ucznia. 13. i 14. Prof. B. Błażek (Stryj): Nauka jedno i dwurazowa. — Przerwy szkolne i ich znaczenie zdrowotne. 15. M. Aleksandrowiczówna (Lwów) Plany naukowe szkół żeńskich w Galicyi. 16. Dr M. Janelli (Lwów): Rezolucye w sprawie lekarzy szkolnych i referentów sanitarnych w Radach szkolnych. 17. Dr S. Rossberger (Jarosław): Środki doraźne przeciwko niedomogom higienicznym szkół naszych.

Komitet Wystawy zjazdowej zawiadamia wszystkich wystawców, że otwarcie wystawy nastąpi nieodwołalnie d. 16. czerwca b. r. Wobec tego przypomina Komitet wystawcom, że w myśl postanowień regulaminu powinni swe okazy dostarczać na plac wystawy w czasie od 1. do 10. czerwca, gdyż po upływie tego terminu nadesłane okazy mogą zostać zwrócone, względnie niekorzystne ich pomieszczenie będą musieli wystawcy przypisać opóźnieniu ich wysłania.

Dyrektor wystawy: *Dr Krzyżanowski.*

Składki na pomnik M. Nenckiego. (Spis I.) Wydział gospodarczy X. Zjazdu lek. i przyr. polskich oraz Komitet pomnika podają do wiadomości, iż na pomnik wpłynęły już następujące datki: Tow. przyrod. im. Kopernika we Lwowie 100 K, Gremium aptekarzy wschod.-gal. na wniosek p. mag. farm. K. Sklepińskiego 50 K, Koło aptekarzy lwowskich 50 K. — Na listę prof. Radziszewskiego: prof. Radziszewski 30 K, p. Wł. Leppert (Warszawa) 250 K 65 gr, doc. St. Opolski 20 K, dr Bolland ze składek zebranych w Tarnopolu 30 K, razem 330 K, 65 gr. — Na listę prof. St. Kostaneckiego (Berno, Szwajcarya): prof. St. Kostanecki 45 K, prof. Tambor (Berno) 10 K, Dr Lampe (Berno) 10 K, razem 65 K. — Na listę dyr. szpit. dra J. Starzewskiego: dr J. Starzewski 2 K, dr Krzyszkowski 2 K, dr Arnold 2 K, dr Świątkiewicz 2 K, dr Opolski 2 K, dr E. Wajgel 2 K, razem 12 K. — Na listę prof. Becka: prof. Ziembicki 20 K, dr Obtułowicz 5 K, dr Pisek 5 K, prof. Szymonowicz 20 K, doc. Rencki 20 K, prof. L. Rydygier 20 K, p. Marya Strzelecka 1 K, prof. Machek 20 K, doc. Sołowij 5 K, razem 116 K. — Na listę prof. Bądzyńskiego: prof. Bądzyński 100 K, prof. Popielski 50 K, prof. Beck 20 K, prof. Sieradzki 20 K, prof. Łukasiewicz 20 K, prof. Mars 20 K, prof. Halban 20 K, prof. Raczyński 20 K, prof. Prus 20 K, prof. Kučera 10 K, doc. A. Bednarski 10 K. — Dr Kazimierz Orzechowski (Wiedeń) 20 K. — Składki przyjmuje dalej sekretarz Zjazdu i skarbnik Komitetu pomnika docent dr Adam Szulisławski (Lwów, Jagiellońska 8).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 29. V. uroczyste posiedzenie dla złożenia hołdu pamięci Henryka Jordana. Przemówienia prezesa wysłuchało tłumne zebranie stojąc, poczem posiedzenie zamknięto.

— Słuchacze Wydziału lekarskiego wszechnicy Jagiellońskiej uchwalili zebrać fundusz im. ś. p. Henryka Jordana i oddać ten fundusz w zawiadywanie zawiązującej się »Wzajemnej pomocy słuchaczy medycyny«.

— W Towarzystwie lekarskiem krak. odbyła się pogadanka o projektach regulacyi Wisły pod Krakowem ze stanowiska sanitarnego, zagajona przez dra Uromskiego.

— Ministerstwo zgodziło się na budowę kliniki psychiatryczno-neurologicznej przy placu Aryańskim według przedłożonych planów, przez co sprawa weszła w okres urzeczywistnienia.

— Kierownictwo kliniki położniczo-ginekologicznej i wykłady kliniczne powierzył Wydział lekarski U. J. doc. Dobrowolskiemu.

— *Otrzymaliśmy następujące pismo:*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu złożył na moje ręce 58 K 60 h zamiast wieńca na trumnę ś. p. prof. Jordana na rzecz Tow. Samopomocy lekarzy w Krakowie. Kwotę powyższą przesłałem przekazem pocztowej kasy oszczędności Nr 853,810 do centralnej kasy Towarzystwa.

Dr Adam Langie.

Lwów. Uniwersyteckie ambulatoryum dentystyczne otwarto uroczyście d. 18. V. b. r. Kierownikiem ambul. jest doc. Gońka.

Poznań. Walne zebranie Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w d. 10. IV. b. r., na które zjechał w sprawie X. Zjazdu lek. i przyr. polskich prezes wydziału gospodarczego prof. Bylicki ze Lwowa, przybrało postać wspaniałego zjazdu koleżeńskiego, jakiego oddawna nie pamiętano. Gromadny udział kolegów z najodleglejszych okolic Księstwa i Prus zach. świadczył wymownie, jak bardzo sprawa Zjazdu leży na sercu lekarzom polskim w tej dzielnicy. Zebranie to dało zarazem pożądaną sposobność spotkania się wielu kolegom, którzy nie widzieli się dziesiątki lat i zapoznania się, oraz zadzierzgnięcia serdecznych węzłów między starszemi i młodszemi pokoleniami lekarzy. Podniosły i gorący nastrój panował na zebraniu, którem po posiedzeniu podejmował lwowskiego Gościa dr Heliodor Święcicki, gromadząc pod swym dachem stukilkudziesięciu lekarzy

i najwybitniejszych przedstawicieli inteligencyi poznańskiej, a na którem dr Święcicki, biskup dr Likowski i prof. Bylicki wygłosili przemowy, nacechowane żarem miłości nauki i kraju. Następnego dnia żegnano jeszcze prof. Bylickiego w gronie koleżeńskiem w mieszkaniu dra Karwowskiego. *K.*

Warszawa. Z polecenia ministeryum oświaty opracowany został tymczasowy program nauczania higieny w szkołach średnich. Przedmiot ten mają wykładać lekarze, posługując się metodą poglądową (przedstawianie przyrządów, preparatów, zwiedzanie urządzeń sanitarnych i t. d.).

— Liczbę zdrojowych pism sezonowych powiększy »Zdrój Ciechociński«, który wychodzić będzie co tydzień pod redakcyą dra Lorentowicza i dra Jul. Bandrowskiego.

— Do zarządu warszawskiej Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy wybrani zostali: prezesem dr L. Guranowski, wiceprezesem dr J. Zawadzki, skarbnikiem dr H. Kucharzewski, sekretarzem dr K. Wisłocki.

— Kierownikiem warszawskiego zakładu dla nerwowo i umysłowo chorych, niegdyś dra Chomętowskiego, został dr Stanisław Orłowski, lekarzem miejscowym dr F. Jakubowski.

— Na budowę szpitala dla dzieci w Lublinie ofiarowali pp. Vetterowie 60,000 rb.

Z różnych stron. Petersburska Akademia wojskowo-lekarska została znów zamknięta, tym razem aż do jesieni.

— Sprawa pomnika Virchowa, która w r. z. nabrała rozgłosu wskutek protestów, podnoszonych przez lekarzy przeciwko projektowi rzeźbiarza Klimscha, została ostatecznie w ten sposób załatwiona, że artysta zmienił swój projekt, uwydatniając w nim więcej główną osobę.

Mianowani: lekarz pow. dr Filewicz w Nowym Sączu starszym lekarzem powiatowym.

Zmarli: dr A. Charrin, profesor patologii ogólnej i porównawczej w »Collège de France«, w Paryżu w 50 r. ż.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w maju 1907: *Gazeta lekarska Nr 15—19:* Grzankowski: Operowanie raka macicy przez pochwę. Bernhardt: Przyczynek do t. zw. choroby Dariera. Sosnowski: Kondensor do badań ultramikroskopowych. Bieliński: Kilka słów o szkołach lekarskich w Polsce w końcu XVIII. wieku. Peszke: Przed 116 laty. Sławiński: W sprawie leczenia przepukliny. Kopczyński: Dwa przypadki jednostronnego uszkodzenia znacznej liczby nerwów czaszkowych. Higier: Zaburzenia potowydzielnicze w przebiegu chorób rdzenia. Sterling: Dwa przypadki aleksyi. — *Medycyna Nr 17—21:* Leśniowski: O nowoczesnem leczeniu operacyjnem porażeń dziecięcych pochodzenia rdzeniowego. Pisarzewski: 3 przypadki cięcia cesarskiego klasycznego przy względnem wskazaniu. Trzciński T.: Notatki kazuistyczne. Karczewski: O ciąży śródmiąższowej. Endelman: W sprawie operacyjnego leczenia odklejeń siatkówki. — *Tygodnik lekarski Nr 17—21:* Reiss: Wrodzony nitkowaty zrost brzegów powiekowych. Biernacki: Wpływ pokarmu przetłuszczonego na czynności narządu trawienia i spalania ustrojowe. Gwozdecki: Przypadek samobójczego zatrucia weronalem. Schramm i Doliński: Przyczynek do znajomości chłoniaków. Spira: Rzadki przypadek skombinowanego zboczenia rozwojowego przewodu ucha zewnętrznego. — *Kronika lekarska Nr 8—9:* Biehler, Miklaszewski, Giedroyć (c. d.). — *Nowiny lekarskie Nr 5:* Gantz: Przypadek samoistnej przetoki tchawicy pochodzenia przymiotowego. Gerzabek: O trudnościach rozpoznawczych w przypadkach uwięzniętych przepuklin udowych (dok.). — *Czasopismo lekarskie Nr 3:* Janowski: O badaniu zapasowej energii serca za pomocą ucisku na tętnice biodrowe, oraz o spostrzeganych przytem zmianach w krzywej tętna. Saks: Gruźlica a ciąża. Czarnocki: Jeszcze o medycynie wiejskiej. Brodzki: Badania i doświadczenia kliniczne z chlebem »liton«, nowem pieczywem dla dyabetyków. — *Krytyka lekarska Nr 5:* Biegański Wł.: Uwagi krytyczne nad klasyfikacyą chorób. Peszke: Wycieczki historyczno-krytyczne w obrąb dziejów przymiotu. II. O Janie Solfie i książeczce jego »De morbo gallico«. — *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych Nr 3:* Krzyształowicz: Przypadek t. zw. gruczolaka łojowego. — *Postęp okulistyczny Nr 3:* K. W. Majewski: O operacyjnem leczeniu myopii. — *Kronika dentystyczna Nr 5:* Zieliński Wł.: Złoto w dentystyce. Neufeld: Przypadek silnego krwotoku następczego po wyjęciu zęba. — *Głos lekarzy Nr 9—10:* Rewizya rozporządzenia ministeryalnego w sprawie aptek domowych. Mikołajski: Kodeks deontologii lekarskiej. Bogdanik: Czyją własnością jest część ciała, podczas operacyi odjęta? Pacyna, Wątorek: W sprawie ubezpieczenia lekarzy. Flis: O potrzebie organizacyi lekarzy i jej zadaniach. Bogdanik: O naszem szpitalnictwie. — *Przegląd higieniczny Nr 5:* E. Wajgiel: Zasady pielęgnowania chorych w domu. Szpilman: Kongres międzynarodowy higieny mieszkań (c. d.). — *Zdrowie Nr 5:* Chodźko: O instytucyach »Kropli mleka«. Korybut-Daszkiewicz: Grzechy mieszkań naszych pod względem higienicznym.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 5. czerwca o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład dra Ehrenpreisa: O przeniesieniu i znaczeniu zakażenia tryprowego w małżeństwie.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

I. Zdrojowiska krajowe:

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.

Dr **Brodzki Jan**, b. asyst. prof. Leydena, kierownik zakładu dla hydro- elektro- mechanoterapii.

Iwonicz.

Dr **Berger Marek**.
Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr **Lanes S.**

Kosów.

Lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Paździer.
Dr **Tarnawski**, właściciel i kierownik.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).
Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem“).
Dr **Ebers H.**, kierownik c. k. Zakładu hydropatycznego
Dr **Kmietowicz Franciszek**, (Dom „Świteź“).
Dr **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki chor. kobiec. prof. Marsa (willa Białej Róży).

Rabka.

Dr **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr **Langie Adam**, okulista, od 1 lipca do 15 sierp. (tylko w chor. ocznych).
Dr **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Szczawnica.

Dr **Gorski Ksawery**, b. lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr **Hammerschlag**, (Willa „Atylla“).
Dr **Kołączkowski J.**, kierownik wodolecz. i pensyonatu.
Dr **Kruszyński Kazimierz**, radca cesarski.
Dr **Żuliński Edward**, (Willa „Alma“), (zimą w **Meranie**).

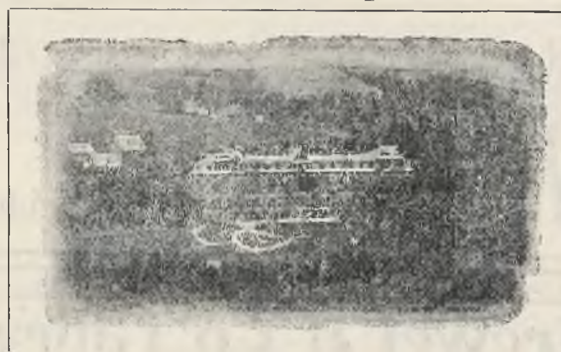
Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon**.
Dr **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Wisła.

Dr **Zanietowski Józef**.

Zakopane.



SANATORYUM Dra DŁUSKIEGO DLA CHORYCH PIERSIOWYCH.

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński**, (Louisenstr. 2a).

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl“).

Biarritz (B. P.) France.

Dr **Bohdanowicz**, („Villa St. Hubert“).

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wobr**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Engländer Bernard**, (Schwarzer Bär, Kirchenstr.).
Dr **Steinsberg**, (Pensyonat leczniczy we własnej willi).
Dr **Zeitner Józef**, („Stadt-Paris“ Kirchenstrasse).

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.**, radca ces., (Villa „Höflinger“ VII).

Kissingen.

Dr **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.

Karlsbad.

Dr **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza“).
Dr **G. Gittelmacher-Wilenko**, b. asystent Uniw. lwow. Sprudelstr. Haus Kronprinz.
Dr **Kaufmann Oskar**, („Pascha“ Sprudelstrasse).

Marienbad.

Dr **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried“).
Dr **Kwiatkowski St. B.**, („Stadt Hamburg“).

Rok XLVI. Kraków, dnia 8 czerwca 1907. Nr 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Kiła a wiąd rdzenia.

Na podstawie własnych spostrzeżeń

Napisał

dr Stefan Filipkiewicz

lekarz zakładu w Cieplicach Trenczyńskich.

(Dokończenie.)

Znamiennem jest, że w 258 przypadkach początkowe objawy kiły były bardzo łagodne, chorzy przebywali leczenie jednorazowe, a nie widząc później żadnych objawów chorobowych, któreby ich do przedstawienia się lekarzowi zmuszały, leczenie zaniedbali; u 46 leczenia kilkakrotnie powtarzanego za dostateczne uważać nie można było, gdyż ilość wcierań doszła najwyżej do 120.

Większość, bo 209 pokiłowych przypadków cechował rozwój atypowy, przebieg łagodny (*tabes benigna*), o objawach skąpych utrzymujących się przez szereg lat na tym samym stopniu nasilenia. W 77 przypadkach, w których oprócz kiły wykazały wywiady powyżej wspomniane szkodliwe czynniki, były objawy cięższe; z tych w 7 głównym objawem był zanik nerwu wzrokowego, dziewięć zakończyło w krótkim czasie porażeniem postępowem.

W 24 przypadkach niekiłowych był przebieg typowy, z szeregiem wybitnych objawów rdzeniowych, miarowo się wzmagających i potęgujących, a wywiady stwierdziły u trzech gwałtowne przeziębienie, w 4 poprzedzały nadużycia płciowe, reszta nic stanowczego podać nie mogła.

Ile razy na 328 wspomnianych przypadków poszczególne objawy występowały, przedstawia następujący wykaz [2]):

Bole przeszywające	276	razy	86	%
Uczucie opasania	95	»	29	»
Zaburzenia czucia skóry	256	»	78	»
Napady żołądkowe (*crises gastricae*)	25	»	7	»
Napady krtaniowe — jeden zakończony tracheotomią	3	»	0·9	»
Napady odbytowe	12	»	3·6	»
Zaburzenia czynności pęcherza mocz.	172	»	52	»
» » płciowych	97	»	30	»
Objaw Westphala — brak obu odruchów kolanowych	247	»	75	»
Objaw Westphala — zmniejszenie obu	33	»	—	»
» » nierówność	26	»	—	»
Objaw Westphala — brak jednego	17	razy	—	%
» » wzmożenie	5 [3])	»	—	»
Bezład wybitny	119	»	33	»
Objaw Romberga	219	»	66	»
Dwuwidzenie przemijające	18	»	5	»
Nieruchomość zwrotna źrenic Arg. Rob.	56	»	17	»
Rozszerzenie jednostronne źrenicy	137	»	41	»
Nierówność źrenic	61	»	18	»
Porażenie nerwu okoruchowego	21	»	6	»
Opadnięcie powieki	25	»	7·6	»
Zanik nerwu wzrokowego	12	»	3·6	»
Zapalenie rdzenia (*myelitis*) i wiąd	3	»	0·9	»
Porażenie połowicze	2	»	0·6	»
Znieczulenie gałązek n. trójdzielnego	15	»	4·8	»
Niedowład nerwu twarzowego	3	»	0·9	»
Niedowład nerwu strzałkowego (*peronaeus*)	5	»	1·5	»
Miażdżyca tętnic	46	»	1·4	»
Wady serca	11	»	3	»
Zmiany w stawach (*arthropathiae*)	29	»	8·8	»
Próchnienie szczęki dolnej	1	»	0·3	»

Do najczęstszych objawów zwiastunowych wiądu należą bole przeszywające, drążące, sadowiące się częściej w dolnych, niż w górnych kończynach. Bole te mają dwa typy, albo przerzucają się z miejsca na miejsce i z przebiegu podobne są do bolów gośćcowych, powstałych po zatruciach, w rozległej miażdżycy tętnic, lub sadowią się w jednem miejscu, w różnych odstępach czasu błyskawicznie przeszywając podrzucają chorym, a skóra w miejscu sadowiącego się bolu bywa tak przeczulona, że dotknięcie bielizny sprawia przykrość. Ten typ bolu uważam za nader znamienny; spostrzegałem go u chorych jako jeden z pierwszych objawów wiądu, a u kiłowych już bardzo podejrzanym być powinien (Goldflam).

Na ten objaw szczególniejszą zwracam uwagę od czasu, gdy polegając na rozpoznaniu gośćca u poleconego mi, a takich bolów doznającego, chorego, stwierdziłem w 10 dni po użyciu kąpieli o 30° R wystąpienie wybitnego bezładu, a w następnych latach w 10 podobnych przypadkach ściślejsze badanie wykazało objawy wiądu.

W 5 przypadkach ból sadowił się wzdłuż nerwu kulszowego, a wspominam o tem dlatego, że w 3 przypadkach chorzy przybyli z rozpoznaniem rwy kulszowej, a dokładniejsze badanie wykryło znamienne objawy wiądu.

Z zestawienia powyższego wysnuwam następujące wnioski:

[2]) Zestawienie powyższe sięga i odleglejszych lat, przeto objawów później stwierdzonych, jak odruchu ścięgna Achillesa i hypalgezyi tegoż (Abadie) i t. d. nie włączyłem.

[3]) Wzmożenie odruchów kolanowych odnosi się do 3 przypadków równoczesnego zapalenia rdzenia (*myelitis*) i 2 porażenia połowiczego.

1) Kiła jest głównym, ale nie jedynym czynnikiem, wiąd rdzenia wywołującym.

2) Wiąd występuje najczęściej tam, gdzie wczesne objawy kiły były łagodne i w pierwszych okresach niedostatecznie leczone.

Z tej też przyczyny Trzciński w pracy p. t. »Zapobieganie sprawom parasyfilitycznym« (»Medycyna« 1905) twierdzi, że obowiązkiem jest każdego lekarza stanowczo orzec, iż dotknięty kiłą winien przez szereg lat poddawać się oględzinom lekarskim, w pierwszych trzech latach co miesiąc. Nawroty cierpienia mogą być tak nieznaczne, że tylko lekarz specyalista je dostrzeże. Normalne leczenie swoiste, 7 do 8 okresów wcierań, powinno być przeprowadzone w 2 do 3 latach. Zaniedbanie pierwszego okresu kiły wystawia chorego na groźne niebezpieczeństwo w przyszłości. Niebezpieczeństwem tem jest wiąd lub porażenie postępowe.

3) Z uwagi, że odsetek w stosunku do dotkniętych kiłą nie jest znaczny, przyjąć należy jakiś wtórny czynnik, jak Neisser się wyraża S + X, który bezpośrednio na przygotowanym przez kiłę gruncie do schorzenia układu nerwowego wiedzie. Być może, że kiła zmniejsza w znacznym stopniu odporność układu nerwowego, a zaburzenia czynnościowe pod wpływem innych, wtórnych szkodliwych czynników, działających na ten »locus minoris resistentiae«, nie mogąc się wyrównać, wiodą do zwyrodnienia. Do tych wtórnych czynników, które wybuch wiądu przyspieszyć, tlejące cierpienie spotęgować i złośliwszy przebieg mu nadać mogą, zaliczyć należy silne szkodliwe wpływy na układ nerwowy, ogólnem mianem urazu ujęte, lub odziedziczoną skłonność do chorób nerwowych. Za tem, że na działanie tych czynników wyższe warstwy społeczeństwa więcej są narażane lub mają więcej sposobności im podlegać, przemawia uderzająca różnica w pojawianiu się wiądu w klasach inteligentnych w porównaniu do ludzi, fizycznie ciężko pracujących. Czy ważnej roli w powstaniu wiądu nie odgrywa zakażenie kiłowe u osób, pochodzących z rodziców kiłowych, nie chcę przesądzać. Windscheid w rozprawie: »Tabes und Trauma« (»Münch. med. Woch.« 1006) zbija teoryę urazową twierdzeniem, że uraz mógł nastąpić w okresie zmian czynnościowych wiądu i przebieg przyspieszyć. Nie będziemy więc urazowi przypisywać powstania wiądu, jeżeli po urazie w okolicy kręgosłupa wystąpi napad żołądkowy *(crisis gastrica)* lub po urazie głowy zanik nerwu wzrokowego.

Zwolennicy teoryi kiłowej przemawiają stanowczo za leczeniem swoistem we wczesnym okresie wiądu. Babiński radzi nie poprzestawać na kilkotygodniowem leczeniu, po którem dodatnich skutków spodziewać się nie można, lecz zaleca stosować swoiste środki przez szereg lat, a że leczenie swoiste i w innych postaciach kiły układu nerwowego nie zawsze daje wynik pomyślny, przeto i pewien odsetek ujemnych wyników leczenia swoistego w wiądzie zrażać nas nie powinien.

Gdybyśmy mieli dane, umożliwiające wczesne rozpoznanie wiądu u kiłowych w okresie, w którym istota nerwowa ulega powolnej zmianie czynnościowej, a do zmian anatomicznych jeszcze nie przyszło, to możnaby przyjąć, że leczenie swoiste da wynik dodatni, cierpienie w rozwoju wstrzyma. Być może, że badanie płynu mózgowo-rdzeniowego metodą Widala przy podejrzanych objawach nerwowych będzie ważnym czynnikiem rozpoznawczym, wskazówki lecznicze ustali. Pesymistyczne zapatrywanie zwolenników Leydena, odrzucających leczenie swoiste, jako szkodliwe, polega na próbach leczniczych w wiądzie, już znacznie rozwiniętym.

Mam w mych zapiskach 75 przypadków wiądu, w których, oprócz znamiennych objawów początkowych, górowało ogólne zdenerwowanie, wrażliwość tak wzmożona, że, jak sami chorzy się wyrażali, drobne, nic nie znaczące bodźce zewnętrzne, już ich z równowagi wyprowadzały. Inna grupa chorych uderzała zmianą usposobienia; dawniej wesołych, czynnych, towarzyskich, opanowywała apatya, przygnębienie. W przypadkach tych przeprowadzałem leczenie swoiste, zastosowane do indywidualności, mniej lub więcej energiczne, przy równoczesnem użyciu krótkotrwałych 26—27° R nie przenoszących kąpieli siarczanych; podczas leczenia ujemnych objawów nie zauważyłem, a w następnym roku stwierdziłem, że ogólne zdenerwowanie mijało, a w poszczególnych objawach stwierdziłem, jeżeli nie zmniejszenie nasilenia, to brak ich dalszego rozwoju (progresyi), odnosząc wrażenie, że cierpienie nie postępuje, że w swym niszczącym pochodzie wstrzymane zostało. W 30 przypadkach tej grupy od szeregu lat objawy się nie wzmogły; resztę z oczu straciłem.

Sądzę, że w celach zapobiegawczych należy nie poprzestawać na dokładnem leczeniu kiły w pierwszych trzech latach po zakażeniu, ale opiekę lekarską po tym trzyletnim okresie nad chorymi nadal rozciągnąć, szczególniejszą baczność skierować na nerwowo obciążonych, zwrócić uwagę na higienę życia i stanowczo żądać, by w razie jakichkolwiek objawów nerwowych, choćby tylko przemijających, zgłaszali się do lekarza. Być może, że przedstawienie groźnych następstw zwiększy szeregi »tabofobów«, nie spotka nas jednakże zarzut, żeśmy chorych o skutkach zaniedbania nie pouczyli.

Z kliniki lekarskiej prof. dra Konrada Wagnera w Uniwersytecie kijowskim.

O rozpoznawczem znaczeniu zmian w moczu, wywoływanych przez uciskanie nerki.

Podał

Dr E. Żebrowski.

(Ciąg dalszy.)

W badaniach moich nie mogłem stwierdzić spostrzeżenia Schreibera, że większe ilości białka występują wrzekomo przeważnie u osób, ponad 30 lat liczących. Nieznaczny naprzykład białkomocz ($< 0{,}033^0/_{00}$) znajdowałem u kobiet w 41. (L. 12 w tabl. 1), 48. (L. 25) i 40. (L. 35 i 36) roku życia. Odwrotnie zaś, znaczny białkomocz ($3{,}3^0/_{00}$) wykrywałem u 25-letniej (L. 8), średni — ($0{,}165^0/_{00}$) u 30-letniej osoby (L. 37). Nie spostrzegałem więc zależności pomiędzy wiekiem, a stopniem białkomoczu uciskowego.

Skądże więc pochodzi tak znaczna różnica w ilości białka po uciskaniu nerki? Przypuszczam, że główną rolę odgrywa tu zdrowy lub chorobowy stan samejże nerki.

Zdrowa nerka wydziela nieznaczną ilość białka, chora zaś może dać znaczny białkomocz. Twierdzenie to znajduje poparcie w danych klinicznych, jakoteż w zmianach składu moczu, jakie znajdowałem w badanych przypadkach przy średnim i znacznym białkomoczu uciskowym. Przy badaniu zmian osadu moczowego wrócimy jeszcze do tej ważnej, z punktu widzenia rozpoznawczego, sprawy.

Fakt więc stałości białkomoczu uciskowego możemy uważać za dowiedziony, ponieważ ucisk stale wywoływał zjawianie się lub zwiększanie białka w moczu. Jakie znaczenie dla kliniki mieć może powyższe spostrzeżenie?

Białkomocz w następstwie uciskania nerki może rozstrzygać rzecz: 1) przy rozpoznawaniu nowotworów w jamie brzusznej i 2) przy rozpoznawaniu poszczególnych postaci cierpień nerkowych. Co do rozpoznawania guzów w jamie brzusznej, to na to zwrócił uwagę Schreiber. Uciskając guz i śledząc, czy po tem występuje (lub zwiększa się) białkomocz, w przeważnej liczbie przypadków możemy rozstrzygnąć pytanie, czy dany guz jest nerką, lub nie. Przypadków takich przytoczyłem w tablicach 5 (L. 9, 10, 13, 17 i 20); z tych w 4 (L. 9, 10, 17 i 20) otrzymałem wynik dodatni, w jednym zaś (L. 13) ujemny. Z 4 przypadków o wyniku dodatnim w jednym (L. 20), w którym po obmacywaniu guza stwierdziliśmy znaczne zwiększenie białkomoczu (od 0,33‰ — 4‰), dr M. Czeremuchin wykonał operacyę, przyczem okazało się, że guz był rzeczywiście nerką, chorobliwie zmienioną przez sprawę gruźliczą.

Przypadek, w którym badanie dało wyniki ujemne (L. 13), jest tak ciekawy z klinicznego punktu widzenia, że pozwalam sobie przytoczyć historyę choroby.

I. Chora J. Sz., 38-letnia, zgłosiła się 1. II. 1906 r. do terapeutycznego oddziału kliniki szpitalnej w Kijowie z objawami znacznego osłabienia. Choruje od miesiąca; w ciągu tego czasu zauważyła gorączkę, znaczne osłabienie i zupełny brak łaknienia.

Ciepłota 38·5 C., odżywienie nieco upośledzone. Obrzęk nóg do kolan. W płucach: słumienie odgłosu opukowego w obu szczytach, wydech wzmożony, drobnobańkowe, bezdźwięczne rzężenia. Lewa granica serca o 1 palec nazewnątrz od linii sutkowej lewej, nad koniuszkiem serca szmer skurczowy. Brzuch silnie wzdęty. W jamie brzusznej z prawej strony czuć można niebolesny, ruchomy przy oddechu, twardy guz, dość znacznej wielkości (dolny brzeg na wysokości pępka, wewnętrzny dosięga środkowej linii ciała, górny zaś mieści się w podżebrzu). Przy uciskaniu jedną ręką na okolicę nerkową, drugą zaś od strony jamy brzusznej, guz porusza się, w okolicy jego odgłos opukowy słumiony z odcieniem bębenkowym. Górny brzeg wątroby w linii sutkowej prawej na wysokości 6-go żebra. Rozdymania okrężnicy zaniechano ze względu na ciężki stan chorej. Krew: Hmglb. 50 prc., krwinek czerwonych 1,125.000, białych — 1500 (stosunek 1: 750). W moczu: 0·5‰ białka, w osadzie: 10—15 białych krwinek w polu widzenia, pojedyncze czerwone krwinki i wałeczki ziarniste. Plwocina nie zawiera lasecznikόw gruźliczych.

Ponieważ guz był przy uciskaniu okolicy nerkowej ruchomy i ponieważ stwierdzono w jego okolicy przydźwięk bębenkowy, można było przypuszczać, że jest to nerka.

5. II. dokonałem badania moczu przed i po uciskaniu nerki, przyczem ilość białka (0·25‰) nie zmieniała się (patrz L. 13).

6. II. Powtórzyłem badanie, z tym samym jednak wynikiem. Ujemny wynik powtórnego badania przemawiał przeciwko przypuszczeniu, że dany guz jest nerką; jednak możliwe było także, iż prawa nerka nie wydziela zupełnie moczu.

10. II. Zapomocą cystoskopii (dr S. J. Ratner), stwierdzono, że prawy moczowód wydziela mocz. Wobec takich wyników cystoskopii 15. II. zbadałem raz jeszcze mocz przed i po uciskaniu guza, lecz ilość białka i tym razem pozostała niezmieniona (0·5‰). Zmuszony więc byłem przypuścić, iż guz nie jest nerką, 27. II—29. II., kiedy brzuch u chorej znacznie opadł, udało mi się wyraźnie wyczuć twardy, dość ostry wewnętrzny brzeg guza i wprowadzić poden końce palców. Było to dowodem, że guz jest prawdopodobnie prawą, wydłużoną częścią wątroby, czyli t. zw. »wątrobą przewężoną«. Oprócz tego, wprowadzając palce pod dolny brzeg wątroby, zdołałem wyczuć zaokrąglony odcinek prawej nerki, który, chociaż dostępny w niewielkiej tylko swojej części, po uciskaniu dał znaczne wzmożenie się białkomoczu od 0·33‰ do 1·32‰.

Co do znaczenia białkomoczu uciskowego dla rozpoznawania poszczególnych postaci chorób nerkowych, to może on i tutaj oddać znaczne usługi. A więc: o ile wymacamy guz, który ze względu na wyniki innych sposobów badania uznamy za nerkę, to wystąpienie lub niewystąpienie białkomoczu uciskowego rozstrzyga, czy ta nerka wydziela mocz, czy też nie. Brak białkomoczu po uciskaniu nerki wskazuje, że albo moczowód jest niedrożny, lub też, że tkanka danej nerki uległa zupełnemu zwyrodnieniu. (C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Dermatologia.

Prof. Neisser. **O leczeniu wiewióra miejscowem i wewnętrznem.** (*Mediz. Klinik* 1907, 14). Wychodząc z założenia, że wiewiór jest chorobą zakaźną, wywołaną przez mikroby, twierdzi N., iż ta metoda musi mieć największe znaczenie i zastosowanie w leczeniu, która dąży do jak najszybszego i najpewniejszego niszczenia dwoinek, a zatem stosowanie leczenia miejscowego. Wstrzykiwania zwyczajne, wykonywane przez samego chorego lub przez lekarza sposobem Janeta, nie są zdaniem N. nigdy przyczyną występowania powikłań, które powstają skutkiem ubocznych szkodliwych czynników, szczególnie przez nieodpowiednie zachowanie się chorego, niezależnie od techniki wstrzykiwań. N. przemawia za wstrzykiwaniami przedłużonemi, które radzi rozdzielać na 2—3, wykonane bezpośrednio po sobie z przetrzymywaniem płynu po 10—15 minut; zaleca jednak dokładne pouczenie chorego o sposobie wstrzykiwań. To leczenie miejscowe rozpoczyna N. nawet w okresie ostrym, zalecając wtedy jedno wstrzykiwanie na dzień, wykonane przez lekarza 3 prc. rozczynem protargolu w 5 prc. rozczynie antypiryny, a 3 wstrzykiwania, wykonane przez samego chorego — ¼ prc. rozczynem protargolu w 3 prc. rozczynie antypiryny. — Na pytanie, czy nie możnaby zastąpić leczenia miejscowego stosowaniem środków wewnętrznych, w ostatnich czasach zalecanych, odpowiada N. przecząco. Nie zaprzecza jednak, że działają one łagodząco, a nawet zmniejszają wydzielinę, nie wpływając jednak na ilość dwoinek i ich żywotność. Ze środków wewnętrznych, których wpływ badano w klinice wrocławskiej, odpowiada gonosan wskazanym wymogom, gdyż zmniejsza bardzo wybitnie bole, nawet w chwilach zajęcia szyi pęcherza, powstrzymuje przejście sprawy chorobowej na tylną część cewki i nie wywołuje zaburzeń żołądkowo-jelitowych, jak środki balsamiczne. A polecając stosowanie gonosanu, jako bardzo skutecznego środka pomocniczego w leczeniu wiewióra, wskazuje N. na szkodliwość postępowania wedle reklam różnego rodzaju, które zachwalając różne podobne przetwory wewnętrzne, jako leczące w zupełności wiewióra, odwodzą chorych od koniecznego w tej chorobie leczenia miejscowego.

Prof. Krzysztalowicz.

Lion. **W sprawie poronnego leczenia wiewióra.** (*Arch f. Derm. u. Syph.* Kwiecień, 1907). Autor radzi stosować zawsze poronne leczenie wiewióra, jeżeli tylko są warunki po temu, a do tych należy głównie czas trwania choroby, który od zakażenia nie powinien wynosić więcej nad 4 dni (przypadki o długim okresie wylęgania nie nadają się do tego leczenia), a następnie usadowienie się sprawy tylko w przedniej części cewki. Do tej metody radzi L. stosować zawsze słabsze (np. ¾ prc.) rozczyny protargolu, stosowane zapomocą strzykawki Janeta z wysokości 1—1½ m. W pierwszych 2 dniach należy powtarzać ten zabieg do 2 razy dziennie, w następnych czterech tylko raz dziennie. W ten sposób osiąga się dobre rezultaty u 68 prc. leczonych, a unika się nieprzyjemnych następstw, jak trudno go-

jącego się nieżytu cewki, który się zdarza często po stosowaniu silniejszych rozczynów. *T. Włyński.*

Prof. Neisser. **Doświadczenia z przeciwgnilnem leczeniem wiewióra w praktyce.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.* Kwiecień, 1907). N. radzi zawsze od początku leczyć wiewióra, jako chorobę zakaźną, miejscowo wstrzykiwaniami przetworów srebrowych bez względu na powikłania. Leczenie wewnętrzne uważa tylko za środek pomocniczy. Główny nacisk kładzie na to, by przynajmniej po wieczornem wstrzyknięciu lek dłużej w cewce zatrzymywać i żeby używać coraz silniejszych rozczynów ze względu na łatwe przyzwyczajenie się błony śluzowej. Leczenie takie stosuje nawet, gdy istnieje zajęcie tylnej części cewki, pęcherza, gruczołu krokowego lub jąder, przyczem stosuje zarazem przepłukiwania Janeta lub wkraplania sposobem Guyona. W przypadkach przewlekłych radzi zawsze używać ostrzejszych przetworów srebrowych, w ostrych — organicznych połączeń srebra. Wbrew innym autorom uważa N. zajęcie przewlekłe gruczołu krokowego za wyleczalne. *T. Włyński.*

Stern. **O świeżem zakażeniu kiłowem u obciążonych kiłą dziedziczną i o ponownem zakażeniu wogóle.** (*Derm. Zeitschr.* Z. 4, T. XIV, 1907). W przypadku autora, dotyczącym 28-letniego mężczyzny, były niewątpliwe objawy kiły późnej odziedziczonej lub nabytej w pierwszych latach życia. Obok blizn na skroni lewej i czole i kilku otworów w podniebieniu miękkiem były liczne owrzodzenia na twarzy, kończynach i tułowiu, mające wybitne cechy kiły późnej trzeciorzędnej. W okolicy pachwinowej po obu stronach znajdowały się rany po ropniach, poczęści jeszcze otwarte, poczęści już gojące się. Na prąciu w okolicy wędzidełka znajdował się wrzód nieco wyniosły i naciekły, przechodzący w okres gojenia się, zaś na skórze tułowia i kończyn była wybitnie świeża wysypka guzkowo-plamista. W soku wyciśniętym z owrzodzenia na prąciu, znalazł S. przy badaniu drobnowidowem liczne krętki blade. — W przypadku tym nastąpiło więc powtórne zakażenie, objawiające się wybitnemi zmianami kiły świeżej. Na podstawie własnych spostrzeżeń i licznych opisów podobnych przypadków, podanych w piśmiennictwie, odróżnia S. trzy rodzaje ponownego zakażenia. Pierwszym z nich jest zakażenie wtórne, które może nastąpić w stosunkowo krótkim czasie, bo w kilka lat po pierwszem zakażeniu; opisywano nawet przypadki, gdzie zakażenie powtórne nastąpiło w trzy miesiące po ukończeniu leczenia pierwszej kiły. Ten rodzaj zakażenia należy uważać za zakażenie dodatkowe (*superinfectio* według badań doświadczalnych), przy którem mogą się objawiać następstwa pierwszego zakażenia. Drugi rodzaj stanowi ponowne zakażenie w okresie kiły trzeciorzędnej, w którym jednak wrzód pierwotny nie powstaje, lecz ustrój oddziaływa tylko wytworzeniem się kilaka w miejscu zakażenia wtórnego. Wreszcie zakażeniem wtórnem w ściślejszem słowa tego znaczeniu jest zakażenie, następujące w czasie, w którym ustrój zupełnie się jadu kiłowego pozbył, a wywołujące wszystkie objawy kiły świeżej. *Stopczański.*

Oppenheim. **W sprawie leczenia chorób skórnych i wenerycznych zastoiną Biera.** (*Wiener med. Presse* 1907, Nr 19). Próby stosowania zastoiny Biera w celu leczenia chorób skórnych i wenerycznych doprowadziły na klinice Fingera do następujących wyników: Zastoina nie ma żadnego korzystnego wpływu na porost włosów; nie działa też wcale w chorobach skórnych. Dobre wyniki daje w leczeniu wrzodów goleni nie na tle żylaków, lecz na tle przymiotowem lub innem. Korzystnie działa także zastoina przy wiewiórowem zajęciu najądrza, łagodzi mianowicie bolesność. Ostrego wiewióra zastoiną leczyć nie można i nic ona tu nie pomaga. Znakomite wprost wyniki daje zastoina przy wiewiórowem zajęciu stawów. Korzystnie też działa zastoina przy zapaleniu gruczołów pachwinowych na tle wenerycznem, przyczem często uniknąć można nacięć (ssawki Klappa). Zastoina łagodzi znacznie przymiotowe bole nocne. *Klęsk.*

Krösing. **Kwas karbolowy w leczeniu chorób skórnych.** (*Archiv f. Derm. u. Syph.* Kwiecień, 1907). K. poleca za Vörnerem stosować w czyrakach 20—50 prc. spirytusowe rozczyny kwasu karbolowego. Do tego nadają się najlepiej mniejsze czyraki, które trzeba pojedynczo pędzlować, ochraniając zdrową skórę, o ile tylko sprawa się nie rozszerza; w razie przeciwnym należy pędzlować i miejsca niezajęte. Jednorazowe pędzlowanie wystarcza zupełnie, lecz nawet po 12-krotnem zastosowaniu na rozległej przestrzeni nie zauważył K. nigdy objawów zatrucia kwasem karbolowym. Przytem należy leczyć jednocześnie i inne towarzyszące zmiany, jak wyprysk i t. d. Na miejsca leczone najlepiej nakładać opatrunek, aby chory nie mógł się drapać i miejsc tych nie zmywać wodą, co wywołuje rozszerzanie się sprawy. W przypadkach większych czyraków najlepiej wstrzykiwać zapomocą strzykawki Pravatza 1—2 kropli w samo ognisko i jego okolicę z następowym okładem z $^1/_2$ prc. rozczynu kwasu salicylowego i 3 prc. kwasu borowego w spirytusie 50 prc. Bardzo dobre wyniki miał autor także w leczeniu figówki zwyczajnej i grzybkowej, jak również w liszajcu zwyczajnym, o ile liszajec nie zajmował twarzy, bo kwas karbolowy zostawia długotrwałe zaczerwienienie i plamy barwikowe. *T. Włyński.*

Kopp. **W sprawie przyrody i leczenia łuszczycy błon śluzowych.** (*Archiv f. Derm. und Syph.* Kwiecień, 1907 r.). K. stwierdził w 29 przypadkach łuszczycy błon śluzowych (*leukoplakia*) kiłę, w 3 tylko nie mógł jej dowieść, i to wtedy były zmiany na częściach rodnych, a nie w jamie ustnej. Ponieważ w wielkim odsetku na miejscu łuszczycą zajętem rozwija się następowo rak, radzi więc K. łuszczycę zawsze energicznie leczyć, a gdy wystąpią przeczosy i owrzodzenia, badać histologicznie, by módz dość wcześnie jeszcze wykonać zabieg operacyjny. Głównym czynnikiem leczniczym jest w łuszczycy według autora zupełne powstrzymanie się od palenia tytoniu i czyste utrzymywanie jamy ustnej. Ze zwykle używanych leków nie radzi K. stosować azotanu srebra i częstej galwano- czy termokaustyki ze względu na łatwiejsze powstawanie raka w tych wypadkach. Po leczeniu rtęciowem nie widział K. żadnej poprawy, radzi jednak, jak Levy i Bings w przypadkach dowiedzionej kiły leczenie wstrzykiwaniami nierozpuszczalnych przetworów rtęci po 6 naraz z przerwami 4-tygodniowemi przez 1—3 lat. To postępowanie jeżeli nie leczy samej choroby, to zapobiega przynajmniej powstawaniu raka. Po jodzie sprawa chorobowa zwykle się pogarsza. *T. Włyński.*

Okulistyka.

Lemaire i Villemonte. **Alypina i jej zastosowanie w okulistyce.** (*Arch. d'Opht.* 1907, Nr 2). Porównawcze badania kliniczne $2^1/_2$ prc. rozczynu alypiny i takiegoż rozczynu kokainy doprowadziły autorów do wniosku, że alypina może być w okulistyce w pewnych przypadkach pożyteczną z tego powodu, że nie zwęża naczyń i nie działa na źrenicę, ani na akomodacyę, natomiast jej siła znieczulająca zdaje się być nieco mniejszą, niż kokainy. Rozczyny alypiny, z początku obojętne, z biegiem czasu trochę kwaśnieją. Seeligsohn utrzymuje, że takie kwaśne rozczyny drażnią tylko oko, nie wywołują zaś wcale znieczulenia. Doświadczenia autorów nie potwierdziły tej ujemnej własności alypiny. Ostatecznie oświadczają się jednak autorowie przeciw zastąpieniu kokainy alypiną. *K. W. Majewski.*

Casey A. Wood. **O niektórych objawach, wspólnych chorobom oczu, jamy nosa i zatok bocznych.** (*Ophthalmology* T. III, 1907, Nr 2). Trzy głównie objawy mogą budzić wątpliwości, czy są pochodzenia ocznego, czy nosowego, w szczególności, czy nie zależą od zmian w zatokach bocznych: Pewne bole głowy, uczucie zawrotu i łzawienie. W każdym takim przypadku należy zbadać równie dokładnie jamę nosa, jak i narząd wzroku. Tylko w takim razie można stanowczo określić wskazania lecznicze. Z tego względu zarówno okulista powinien być dokładnie obeznany ze sposobami badania jamy nosa i jej zatok i powinien dość biegle władać rynoskopią, jak naodwrót rynologowi wielce przydać się może znajomość niektórych przynajmniej działów patologii ocznej. *K. W. Majewski.*

Snydacker. **Usunięcie i zaszycie worka spojówkowego, zajętego jaglicą, w oczodole pozbawionym gałki ocznej.** (*Ophthalmology* T. III, 1907, Nr 3). U pewnej chorej, której w dzieciństwie już wyłuszczono prawe oko, oślepłe wskutek urazu, rozwinęła się na spojówce, wyścielającej opustoszały oczodół, bardzo silna jaglica, która doprowadziła przez zbliznowacenie do takiego zmniejszenia się jamy oczodołowej, że chora musiała się wyrzec raz na zawsze noszenia oka sztucznego. Ale nadto wydzielina i łzawienie były tak znaczne, że wywołały uporczywy wyprysk na policzku. Gdy różne środki stale zawodziły, a operacya plastyczna przez wycięcie spojówki, dotkniętej jaglicą i zastąpienie jej w znacznej części zdrową błoną śluzową skończyła się jeszcze większą retrakcyą przeszczepionej błony i całej jamy, postanowił S., zwłaszcza ze względu na dokuczliwe, a nie dające się inaczej usunąć łzawienie, wykonać operacyę doszczętną. Wyciął całą spojówkę wraz z chrząstkami powiekowemi i gruczołem łzowym, odciął obydwa brzegi rzęsowe powiek, poczem zeszył powieki zupełnie. Wszystko zgoiło się doraźnie i płytka jama oczodołowa, pozbawiona zupełnie worka spojówkowego, pokryła się skórą powiek. Chora nie mogła

wprawdzie nadal nosić oka sztucznego, ale została za to ostatecznie uwolnioną od uporczywego łzawienia i wyprysku na twarzy. *K. W. Majewski.*

Villard. **Histologia patologiczna atropinowego zapalenia spojówki.** (*Arch. d'Opht.* 1907, Nr 1). Autor wyciął u pewnego chorego, który przez 2 lata używał atropiny z powodu sympatycznego zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego, skrawek spojówki z dolnego załamka z licznymi guziczkami, wywołanymi działaniem atropiny. Guzki te budową zbliżają się zupełnie do ziarn jagliczych, a różnią się znacznie od grudek (follikułów), do których jednak pod względem klinicznym bardziej są podobne. *K. W. Majewski.*

Ch. Kipp. **Przypadek torbieli w rogówce i przedniej komorze.** (*Ophthalmology* T. III, 1907, Nr 2). W 20 lat po zranieniu rogówki odpryskiem żelaza wystąpiły bole tak znaczne i uporczywe, że po bezowocnych próbach złagodzenia cierpień trzeba było oko wyłuszczyć. Badanie anatomiczne stwierdziło istnienie torbieli, zajmującej dolną część przedniej komory i połączonej z drugą, o wiele mniejszą jamką, znajdującą się w bliźnie rogówkowej. Obie torbiele wysłane były wewnątrz warstwą nabłonka, nie różniącego się niczem od nabłonka rogówkowego. Autor przypuszcza, że gdy po zranieniu wypadnięta tęczówka została odcięta, rana nie zamknęła się szczelnie, lecz pozostała jakaś włoskowata przetoka. Tą drogą wrósł następnie z biegiem czasu nabłonek do przedniej komory i wyścielił wnętrze opisanych torbieli. *K. W. Majewski.*

Van Duyse. **Brak tęczówki** (*anirydia*) **niezupełny.** (*Arch. d'Opht.* 1907, Nr 2). Autor zwraca uwagę, że chociaż klinicznie często stwierdzamy zupełny brak tęczówki, to jednak we wszystkich tych przypadkach, w których wykonano badanie mikroskopowe, znajdowano małe szczątkowe części tęczówki. Autor miał sposobność zbadać mikroskopowo gałki oczne 9-letniego chłopca, zmarłego na zapalenie jelit. Gołem okiem oglądając wyjęte oczy od zewnątrz, nie można było dojrzeć wcale tęczówki, a to z powodu szarej obrączki spojówkowej, zajmującej dość szeroko cały obwód rogówek (*embryotoxon*). Badanie jednak rozciętych gałek już makroskopowe, a tembardziej mikroskopowe, stwierdziło na całym obwodzie wązki nieregularny brzeżek w postaci strzępków szczątkowej tęczówki. W tych szczątkach tęczówki stwierdzono drobnowidowo zupełny brak zwieracza źrenicy. Podnieść należy także nieprawidłowy stan naczyń w przednim odcinku jagodówki, ściany ich mianowicie były szklisto zwyrodniałe. W tem prawdopodobnie leży przyczyna znanej skłonności oczu, dotkniętych brakiem tęczówki, do jaskry, która zazwyczaj ma przebieg jak najgorszy. *K. W. Majewski.*

Aubaret. **O ubytkach w polu widzenia, wywołanych przez zaćmienie słońca.** (*Arch. d'Opht.* 1907, Nr 2). W przeciwieństwie do innych autorów, którzy znajdowali w przypadkach takich bardzo znaczne zmiany na dnie oka, twierdzi A., że z reguły zmiany, jakie w przypadkach tego zboczenia (*scotoma helieclipticum*) w plamce żółtej występują, są bardzo niewyraźne i zaledwie dostrzegalne. Do wywołania zmian w siatkówce same promienie cieplne światła słonecznego nie wystarczają, oko bowiem broni się w chwilach olśnienia znacznem zwężeniem źrenicy, tak, że cieniutka tylko wiązka promieni dosięga siatkówki. A. przekonał się, że w takich warunkach silna soczewka, skupiająca w swem ognisku promienie słońca, nie może zapalić nawet łatwo palnego ciała. Toż samo i chemiczne promienie światła słonecznego nie przyczyniają się do wywołania *scotoma helieclipticum*, bo działanie ich jest powolne, natomiast skutek olśnienia jest, jak wiadomo, natychmiastowy. Wynika z tego, że zmiany, jakie występują przy wpatrywaniu się w słońce okiem nieochronionem, zależą jedynie i wyłącznie od nadmiernie silnego bodźca świetlnego, który autor określa jako uraz świetlny. *K. W. Majewski.*

Bednarski. **O ropowicy oczodołu przy ropieniu śródgałkowem pochodzenia wnętrznego.** (*Postęp okul.* 1906, Nr 9). B. zbadał anatomicznie pozagałkowy ropień, który wystąpił u 6-letniej dziewczynki jako przerzut po przebyciu odry. Przypadek ten objaśnia B. w sposób następujący: Po odrze przyszło do zapalenia przerzutowego gałki o charakterze ropnym, następnie drogą naczyń zapalenie udzieliło się torebce Tenona i tkance pozagałkowej, dając powód do powstania ropowicy oczodołu. Sprawa zapalna śródgałkowa zakończyła się zarośnięciem źrenicy. Sądząc z wywiadów, zapalenie to przebiegało bez znaczniejszych objawów odczynowych: *iritis torpida.* *K. W. Majewski.*

Cosmettatos. **Nabłoniak nagałkowy.** (*Arch. d'Opht.* 1906, Nr 7). U 45-letniej kobiety wyłuszczył autor gałkę oczną z powodu raka, wychodzącego z okolicy twardówkowo-rogówkowej i pokrywającego gałkę oczną w zupełności. Nowotwór zajął już znaczną część spojówki gałkowej, zniszczył nabłonek rogówki, błonę Bowmana i powierzchowne warstwy miąższu rogówkowego. Ten właśnie ostatni szczegół zasługuje na uwagę, gdyż zazwyczaj błona Bowmana najdłużej stawia opór nacieczeniu nowotworowemu. Najczęściej wnika ono w głąb gałki w okolicy rąbka rogówkowo-twardówkowego drogą przestworów żylnych i limfatycznych. *K. W. Majewski.*

Prof. Wicherkiewicz. **Nieprawidłowy do gałki przyczep mięśnia prostego wewnętrznego.** (*Postęp okul.* 1906, Nr 10). Przeszywając mięsień prosty wewnętrzny ku przodowi z powodu znacznego zeza rozbieżnego u 19-letniego młodzieńca zauważył W. nieprawidłowość anatomiczną, polegającą na rozszczepieniu ścięgna mięśniowego na dwa ramiona, rozdzielone trójkątną przestrzenią wolną. Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na rzadką nieprawidłowość, o której nie ma wzmianki nawet w tak wielkiem dziele, jak zbiorowa praca Graefego-Saemischa. Testut w swym »*Traité d'anatomie humaine*« wspomina o podobnem spostrzeżeniu Curnowa. *K. W. Majewski.*

Chaillons. **Stan mięśni ocznych zewnętrznych u dotkniętych organicznem porażeniem połowiczem.** (*Ann. d'ocul.* 1906, Nr 9). Mięśnie parzyste, kurczące się równocześnie i synergicznie, jak mięśnie górnej części twarzy, mięśnie brzucha, klatki piersiowej, krtani, a także mięśnie oczne zewnętrzne nie bywają z reguły porażone w przypadkach organicznego porażenia połowiczego. W ostatnich czasach stwierdzono jednak w takich przypadkach w tych mięśniach przecież niekiedy osłabienie siły skurczu. Co do mięśni ocznych zewnętrznych stwierdzili to Wilson, Miralli i Desclaux. Autor badał również w 11 przypadkach porażenia połowiczego sprawność mięśni ocznych zapomocą pryzmatów i stwierdził osłabienie siły skurczu, występujące zazwyczaj na obu oczach, ale w wyższym stopniu po stronie porażonej. *Doc. K. W. Majewski.*

Cabannes i Lafon. **Gruczolak, wychodzący z gruczołów Meiboma.** (*Ann. d'Opht.* 7, 1906). W guzku wielkości ziarna pszenicy, wyciętym z powieki dolnej u 69-letniej kobiety, stwierdzono histologicznie typowe utkanie gruczolaka. Gruczolaki, wychodzące z gruczołów Meiboma, rozwijają się bez żadnych objawów zapalnych i mogą dosięgnąć wielkości orzecha laskowego, jak w przypadkach Salzmanna i Bocka. Miewają one zbitość chrząstkowatą i są ostro ograniczone. Niekiedy wytwarzają się w ich miąższu przestwory torbielowate, a wówczas przy nacięciu zachowuje się gruczolak podobnie, jak gradówka. Odróżnienie gruczolaka od innych nowotworów łagodnych lub złośliwych, wychodzących z chrząstki powiekowej, bywa nieraz, szczególnie w początkowych okresach, bardzo trudne. *K. W. Majewski.*

Ginestous. **Wzrok strzelców.** (*Archiv. d'Opht.* 1906. Nr 5). Już Seggel dowiódł, że prawidłowa bystrość wzroku nie jest bynajmniej koniecznym warunkiem celności w strzelaniu i że wszyscy znakomici strzelcy są ostrowidzami. Autorowie podają na poparcie tego nowe szeregi spostrzeżeń. To napozór paradoksalne zjawisko tłómaczy się tem, że nawet strzelec, obdarzony prawidłowym wzrokiem, nastawia oko na muszkę, t. j. na koniec lufy, a temsamem celu nie może widzieć inaczej, jak tylko w zatartych zarysach. Jest zatem rzeczą obojętną, czy to niewyraźne widzenie przedmiotu, do którego się celuje, zależy od nastawienia akomodacyi na muszkę, czy od innych przyczyn, jak krótkowidztwo, astygmatyzm, plamki rogówkowe etc. Warunkiem celności jest bystrość wzroku, pozwalająca na wyraźne widzenie muszki. Ztąd to między wybornymi strzelcami znajdują się i tacy, których bystrość wzroku równa się $^1/_6$, a nawet $^1/_{10}$ bystrości prawidłowej. *Doc. K. W. Majewski.*

Cabannes i Villemonte. **Łzawienie, a zapalenie jamy szczękowej.** (*Annal. d'ocul.* 1906. Nr 12). C. i V. opisują dwa przypadki łzawienia, towarzyszącego ropniakowi jamy Highmora. W jednym przypadku łzawienie ustąpiło po dwukrotnem nakłuciu jamy szczękowej i wypuszczeniu z niej ropy, w drugim po wyjęciu zepsutych zębów, przez co również wypuszczono ropę z jamy Highmora. Łzawienie w takich przypadkach występuje nagle i znamionuje się tem, że łzy nie spływają po twarzy, tylko oko napełnia się niemi, poczem spływają one przez przewód do nosa i wywołują potrzebę użycia chustki. Objaw ten najsilniej występuje rano po obudzeniu się. Punkciki łzowe, woreczek i przewód nosowołzowy zmian nie okazują i wstrzyknięty płyn z łatwością przepuszczają, widocznie zatem łzawienie zależy od wzmożonego wydzielania. Zwiększenie wydzielania łez przy zapaleniu jamy szczękowej można uważać za objaw odruchowy,

zarówno bowiem oko, jak jama szczękowa zaopatrzone są przez gałązki nerwu trójdzielnego. Można też tłómaczyć je poprostu blizkiem sąsiedztwem dość dużego zbiornika ropy. Nakoniec pewną rolę może tu odgrywać również oboczne obrzmienie ścian przewodu nosowołzowego, utrudniające w pewnym stopniu odpływ łez do nosa. *Doc. K. W. Majewski.*

Collomb i Doret. **Urazowe zwichnięcie oczodołowego gruczołu łzowego.** (*Ann. d'ocul.* 1906. Nr 11). U 15-letniego chłopca, który upadł z wysokości 3 metrów na ostre kamienie i rozciął sobie górną powiekę prawego oka, wypadł przez ranę gruczoł łzowy. Po starannem oczyszczeniu z piasku i ziemi i opłukaniu słabym rozczynem sublimatu odprowadzono wypadnięty gruczoł aż do zagłębienia kostnego za górnym brzegiem oczodołu i ranę zeszyto. C. i D. oświadczają się stanowczo za odprowadzeniem, a przeciw wyłuszczaniu zwichniętego gruczołu. Jedynym powodem, któryby mógł usprawiedliwić wycięcie, mogłoby być zapalenie ropne. *Doc. K. W. Majewski.*

XXXVI. Zjazd Chirurgów niemieckich w Berlinie.

(Sprawozdanie »Przeglądu lekarskiego«).

Napisał **Dr Radliński.**

(Ciąg dalszy, por. Nr 21.)

Karewski (Berlin). **O promienicy płuc.** K. odróżnia postaci pierwotne, szerzące się z sąsiedztwa i przerzutowe; do zabiegu operacyjnego nadają się tylko pierwsze; leczenie zachowawcze nie rokuje żadnego powodzenia; leczenie chirurgiczne ma dotychczas rokowanie bardzo ciężkie. Z 4 przypadków, operowanych przez K., zmarło 3 chorych. Przypuszczenie promienicy powinny budzić przewlekłe sprawy dolnego płatu bez prątków Kocha i włókien elastycznych w plwocinie. Upewnia rozpoznanie znalezienie grudek grzybków promieniczych. K. zaleca torowanie sobie bardzo szerokiego dostępu, resekcyę płatów zajętych, zupełnie otwarte traktowanie rany tamponadą.

Gluck (Berlin) przytacza swoje operacye płuc z powodu ropni, ciał obcych i jedną pomyślnie zakończoną resekcyę całego płatu z powodu rozszerzeń oskrzelowych; zwraca uwagę na możliwość oddychania przez przetoki płucne i zaleca przy uciskających tchawicę nowotworach śródpiersia zakładać przetoki płucne (*pneumostomia*).

W dyskusyi Garré (Wrocław) zaleca niedopuszczanie przypadków ostrych do okresu przewlekłego, ponieważ zabieg się utrudnia i rokowanie pogarsza. W początkach rozszerzeń oskrzelowych można liczyć na wyleczenie przez uwolnienie płuca ze zrostów ze ścianą klatki piersiowej; czasem dla zapobieżenia ponownemu rozszerzeniu, umocowuje płat płuca szwami w stanie zapadniętym w zatoce śródpiersiowo-przeponowej (*sinus mediastino-phrenicus*).

Lenhartz (Hamburg) operował w ostatnich latach z górą 100 przypadków płucnych. Rozszerzenia oskrzelowe, operowane w stanie niezadawnionym, dają się wyleczyć trwale nawet za pomocą tylko rozległej resekcyi żeber. W okresach późnych to niewystarcza, trzeba ropnie poszczególne otwierać lub nawet usuwać zupełnie części płatów; są to już zabiegi bardzo ciężkie. Przy nowotworach płuc dla rozpoznania znamienne mają być kulki z ziarenek tłuszczowych (tłuszczowo zwyrodniałe komórki nowotworu), znajdowane w plwocinie lub wydobyte przez nakłucie próbne. Bardzo pomocną jest rentgenografia. L. operował 4 przypadki; wyzdrowienie raz jeden. O komorze pneumatycznej Sauerbrucha nie wypowiada L. zdania stanowczego ani za, ani przeciw; jest zwolennikiem operacyi dwuczasowej. Zwraca uwagę na groźne zapady, powstające po zetknięciu opłucnej płuc z żegadłem Paquelina.

Küttner (Marburg) zaleca przyrząd do operowania w ciśnieniu dodatniem przez tchawicę sposobem Brauera; ostrzega przed sprawami aspiracyjnemi w czasie i po zabiegach z powodu rozszerzeń oskrzelowych; dla zapobieżenia im usiłuje opróżnić jamy z ropy przed operacyą zapomocą ułożenia chorego na czas dłuższy na boku zdrowym.

Körte (Berlin) operował 57 przypadków. Po operacyach z powodu spraw ostrych uzyskał 65% wyzdrowień, natomiast na 12 operacyi z powodu jam oskrzelowych tylko 2. Rentgenografia daje cienie nietylko na miejscach ropni, ale również na miejscach otaczających je i rozmaicie daleko zachodzących nacieków, co utrudnia rozpoznanie siedziby ropni. K. zaznacza trudność znalezienia ropnia, o ile warstwa tkanki płucnej pokrywającej go przenosi grubość palca. W razie nieznalezienia ogniska ranę tamponuje (gaza nasycona balsamem peruwiańskim) i często uzyskuje samorodne pęknięcie ropnia do kanału operacyjnego. Zaleca unikać przy zabiegach na płucach uśpienia ogólnego, ponieważ ono może wywoływać zachłystywanie się. Komory pneumatycznej Sauerbrucha K. nie stosował i nie odczuwa jej konieczności; nie przypuszcza, by metoda Brauera mogła nie być przeszkodą dla operującego.

Wendel (Magdeburg) zaznacza pożyteczność przyrządów Sauerbrucha i Brauera przy wewnątrzpiersiowych operacyach na przełyku; operował 2 przypadki, jeden okazał się nienadającym się do operacyi, drugi chory zginął z powodu krwotoku. W. stwierdza, że dwustronne przecięcie nerwu błędnego w części brzusznej nie wywiera wpływu na serce.

Schlange (Hannower) przy groźnym krwotoku z jamy gruźliczej płuca resekował 3. żebro, otworzył jamę i wytamponował ją gazą jodoformową.

Friedrich (Gryfia) uważa sprawę komory Sauerbrucha za nierozstrzygniętą. Za ważną jej dobrą stronę uważa wysysanie ku zewnątrz płynącej w czasie operacyi ku oskrzelom krwi i ropy. Przetoka oddechowa Glucka ma tę złą stronę, że uniemożliwia odkrztuszanie wydzieliny płucnej.

Trzeci z tematów głównych obrad Zjazdu referował Bardenheuer (Kolonia), mówiąc **o leczeniu niekrwawem złamań kości udowej.** Za pierwszorzędnej wagi czynnik uważa on dokładne wyrównanie zboczeń anatomicznych, powstałych przy złamaniu. Wyrównanie to osiąga całym systemem wyciągów w rozmaitych w każdym przypadku kierunkach. Ciężary stosuje do wyciągów bardzo znaczne, nierzadko do 25, a nawet 35 klgr. Co prawda, nie używa urządzeń, zmniejszających tarcie. Przy ustawianiu odłamków pod kątem, otwartym ku wewnątrz, — wyciąg wzdłuż osi uda i wyciąg poprzeczny na miejscu złamania z odpowiednim przeciwwyciągiem; przy kącie, otwartym ku tyłowi, — wyciąg, oprócz osiowego, ku tyłowi, poprzez otwór w materacu. B. nie wierzy w to, by mogły być dobre wyniki czynnościowe bez dobrego wyniku anatomicznego; naruszenie statyki źle oddziaływa na stawy. B. ostrzega przed zbyt wczesnem używaniem zrośniętej kończyny. Do roku kostnina jest podatną i mogą wtórnie powstawać skrócenia, szczególnie przy zrośnięciach pod kątem, otwartym ku wewnątrz. B. nie pozwala chorym wstawać przed upływem 3 miesięcy. Ruchy bierne i miesienie rozpoczyna w łóżku. Swoim sposobem w ciągu ostatnich 2 lat leczył 179 przypadków; z nich 159 uleczono bez skrócenia uda. Szczególne trudności sprawia leczenie złamań szyjki kości udowej. Bonnet trafnie podaje 14 odmian przebiegu linii złamania, zmuszających do indywidualizowania kierunków wyciągu. Unikać trzeba silnych wyciągów poprzecznych, ponieważ mogą one przez ucisk wzdłuż szyjki wywołać łatwo powstający zanik szyjki.

König (Altona) referował **o operacyjnem leczeniu złamań kości udowej.** Złamania trzonu nadają się do leczenia bezkrwawego, natomiast złamania szyjki często wymagają krwawego zestawienia odłamków i szwu kostnego. Dowodzą tego często powstające stawy rzekome po pozornie udatnem wyleczeniu. Przyczyna leży we wsunięciu się płatów torebki między odłamki i w małej wogóle skłonności do wytwarzania się w tem miejscu obfitszej kostniny; nawet w przypadkach wklinowania może nie powstać zrost kostny. K. opisuje preparat, uzyskany przy sekcyi osobnika, który przypadkowo zmarł w 3 miesiące po zeszyciu złamanej szyjki. Od przodu na miejscu szwu był zrost kostny, od tyłu, gdzie szwu kostnego nie było, połączenie bliznowate. Przy operacyi dochodzi K. do złamania szyjki od przodu, odsunąwszy na bok mięsień najdłuższy uda (*sartorius*), pomiędzy mięśniem prostym i biodrowo-lędźwiowym (*iliopsoas*). Do szwu używa K. drutu z bronzu aluminiowego. Oprócz złamań szyjki uważa za nadające się do leczenia operacyjnego odosobnione złamania krętarza wielkiego, złamania podkrętarzowe z przebiegiem linii złamania skośnie z góry i wewnątrz na dół i na zewnątrz, i te rzadkie postacie odłamania dolnej nasady (*epiphysiolysis femoris inf.*), gdzie nasada przesunęła się ku przodowi.

W dyskusyi Rausch (Schöneberg-Berlin) zaznacza, że przesunięcia się odłamków czasem nie można wyrównać zapomocą wyciągu, ponieważ chorzy nie znoszą większych ciężarów. Dla tych przypadków zaleca R. szew kostny, z którego wykonaniem nie należy zwlekać.

Lauenstein (Hamburg) doradza ścisłe trzymanie się przepisów Bardenheuera; chorych ze złamaniem uda trzyma w łóżku co najmniej 8 tygodni dla uniknięcia skróceń wtórnych.

Sprengel (Brunszwik) pomawia Bardenheuera o fanatyzm. Przecież same przez B. pokazywane fotografie nasuwają wątpliwości, czy wyleczenie takie można nazwać wyleczeniem bez zarzutu. Postępowaniu B. zarzuca S. niewykonalność w praktyce prywatnej i krytykuje niestosowanie urządzeń do zmniejszenia tarcia, co zmusza do używania do wyciągu nadmiernych ciężarów. (C. d. n.)

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 26. lutego 1907 r.

1) Kopczyński Stanisław przedstawił przypadek **tężyczki** u 18-letniego chłopca, ucznia siodlarskiego. Prelegent podnosi fakt wahania się w natężeniu objawów tężyczki u danego chorego, podkreśla zawód, któremu chory się oddaje i wypowiada zdanie, że najprawdopodobniejszą jest teorya zakaźnego pochodzenia tężyczki. Swoiste drobnoustroje tężyczki znajdują się zapewne na skórze zdechłych lub zabitych zwierząt (ogromna częstość tężyczki wśród szewców, siodlarzy, garbarzy), a wahania w nasileniu choroby odpowiadają nagromadzaniu się swoistych toksyn we krwi.

2) Pręgowski wygłosił rzecz p. t. **Sprawozdanie ze stosowania leczenia termoforowego w przypadkach gruźlicy miejscowej.** Spostrzeżenia mówcy dotyczą 18 przypadków; w 7 (gruźlica palców *(spina ventosa)*, kręgów, krtani, toczeń) nie można orzec nic stanowczego w żadnym kierunku; w dwóch przypadkach gruźlicy płuc — kilkotygodniowe stosowanie termoforów na okolicę zajętą nie wywołało żadnej poprawy. W 4 przypadkach (gruźlica kości stopy i dłoni) po stosowaniu termoforów sprawa się wygoiła, chociaż poprzednie leczenie innymi sposobami było bezskuteczne. Pozostałych 8 chorych (gruźlica kręgosłupa, palców, krtani, stawu biodrowego, gruczołów chłonnych, nerki) — zostało, jak podaje prelegent, zupełnie wyleczonych ze sprawy swoistej.

3) Świątecki Jan z okazyi budowy dwóch mostów na Wiśle pod Warszawą podaje swe spostrzeżenia **o chorobach kesonowych.** Opisawszy w ogólnych zarysach keson i roboty kesonowe, omawia mowca fizyologiczne działanie ścieśnionego powietrza na ustrój zwierzęcy. Pobyt w atmosferze stale zwiększonego ciśnienia barometrycznego wiedzie do następujących zmian we krwi: ilość erytrocytów, jak również hemoglobiny się zmniejsza, natomiast wzrasta ilość leukocytów. Choroby kesonowe w ścisłem tego słowa znaczeniu powstają li tylko podczas wchodzenia do kesonu, t. j. w okresie przechodzenia do powietrza ścieśnionego (kompresya) i wychodzenia z kesonu, t. j. w okresie przechodzenia z powietrza ścieśnionego do zwykłej atmosfery (dekompresya).

Posiedzenie kliniczne dnia 5. marca 1907 r.

1) Łogucki i St. Kopczyński przedstawili preparaty anatomiczne i podali opis przypadku **raka rozsianego** *(carcinomatosis)* z licznymi przerzutami w mózgu.

2) Karwacki przedstawił **preparat** tkanki płucnej srebrzonej podług metody Levaditiego z przypadku **kiły wrodzonej.** Krętki blade najliczniej spotyka się w ścianach naczyń i w ścianach oskrzeli, pośród pęczków łącznotkankowych, dalej w treści oskrzeli i pęcherzyków płucnych, w miąższu płuc, a nawet w świetle naczyń.

3) Żenczykowski i Bernhardt przedstawili chorego na **przewlekłą białaczkę gruczołową,** leczonego **naświetlaniem promieniami Roentgena** z dobrym wynikiem.

Posiedzenie kliniczne w d. 19. marca 1907 r.

1) Kozerski przedstawił przypadek zwykłego **tocznia** szyi, **leczony** naprzód przezeń **lampą Finsen-Reyna,** następnie **zapomocą radu.** Radem naświetlano każde miejsce od 5—60 minut na każdem posiedzeniu, wogóle po 3 godziny każde miejsce. Obecnie na miejscu tocznia widać piękną białą bliznę.

2) Świątecki Jan wygłosił drugą część swego odczytu **o chorobach kesonowych.** Choroby kesonowe zależą tylko od okresu dekompresyi; w okresie kompresyi jedynem niebezpieczeństwem, jakie grozi człowiekowi, jest pęknięcie błony bębenkowej, względnie wylewy krwawe w jamie bębenkowej i błędniku. Choroby kesonowe powstają przy szybkiem przejściu z powietrza ścieśnionego do zwykłej atmosfery. Podstawę anatomiczną tych chorób stanowią zatory powietrzne tętnic mózgowych i rdzeniowych; pęcherzyki gazu zjawiają się we krwi na tej samej zasadzie, jak w wodzie, nasyconej gazem pod wysokiem ciśnieniem po odkorkowaniu butelki.

Z chorób kesonowych spostrzegał i omówił Świątecki następujące: 1) zamartwicę *(asphyxia)*, 2) zawroty, 3) bole mięśni i stawów, 4) obrzęki; inni autorowie spostrzegali nadto 5) porażenia i niedowłady nerwów kończyn i głowy, 6) świąd (*pruritus*), 7) niemotę, 8) a nawet rozmaitego rodzaju psychozy. Wszystkie objawy, spostrzegane przy ogólnie znanych chorobach nerwowych, są tu możliwe, wszystko bowiem zależy od przypadkowego zatkania tętnicy lub tętnic końcowych pęcherzykami gazu, który, jak to badania stwierdziły, składa się przeważnie z azotu. Jeżeli zator trwa dłużej, niż 15 minut, to występują trwałe zmiany w tkance mózgowej w postaci ograniczonych ognisk martwiczych. Leczenie chorób kesonowych polega na wdychaniu tlenu i t. zw. rekompresyi. Przez wdychanie tlenu przyspiesza się wymiana między azotem pęcherzyków w naczyniach krwionośnych, a tlenem pęcherzyków płucnych. Rekompresya polega na wprowadzeniu chorego znów do kesonu, lub do umyślnie urządzonej przestrzeni pneumatycznej, w której ciśnienie doprowadza się do poprzedniej wysokości i następnie bardzo powoli się je obniża. Znaczenie lecznicze rekompresyi staje się zrozumiałem, gdy się zważy, że pęcherzyk gazu, poddany ciśnieniu dwóch atmosfer zmniejsza się o 50%, a przy ciśnieniu 3,5 atmosfer o 75%. Następcza, bardzo powolna dekompresya ma na celu dać czas ustrojowi pozbyć się nadmiaru gazu ze krwi przez płuca. Zapobieganie polega jedynie na możliwem przedłużaniu okresu dekompresyi.

Dyskusya: Podany przez prelegenta odsetek (30%) pęknięć błony bębenkowej podaje Guranowski w wątpliwość; przypuszczać chyba należy, że u części przynajmniej robotników, badanych przez Świąteckiego, istniały już poprzednio zmiany błon bębenkowych. Stankiewicz czyni uwagę, czy w przeciwieństwie do policytemii wysokogórskiej, cechami niedokrwistości kesonowej nie będzie rozwodnienie krwi i osocza, makrocytoza, leukopenia. Świątecki tłómaczenie to uznaje za niesłuszne choćby już dlatego, że spotykał jednocześnie wybitną leukocytozę, t. zw. »cienie« i ciałka Bizzozera. U zwierząt, u których wykonywał doświadczenia, oligocytemia trwała kilka tygodni, a ilość erytrocytów stopniowo i zwolna wracała do stanu prawidłowego, co znów trudnoby było objaśnić mechanicznem rozwodnieniem krwi. *J. L.*

Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1903, oraz 1901/2.

Streścił **prof. dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

Za wielki postęp uważać należy, że władze polityczne coraz częściej karają w swoim zakresie kramarzy, rzeźników i szynkarzy za przekroczenie przepisów o czystości przy sprzedaży artykułów żywności i t. d. Energiczne wyzyskanie istniejących przepisów jest tem konieczniejsze, że, jak to podnosi Sprawozdanie Rady zdrowia za r. 1901/2, niektóre sądy traktują takie sprawy z niewytłómaczoną pobłażliwością i z reguły uwalniają winnych. Skarżył się na to i gdzieindziej Zakład badania środków spożywczych[1]). Dopóki więc sędziowie galicyjscy nie zrozumieją doniosłości swego na tem polu zadania, muszą władze polityczne brak ten ile możności zastąpić. Należałoby tu starać się koniecznie o poprawę stosunków w sądach; wpływ światłych członków sądownictwa może tu dużo zaważyć, skoro n. p. są całe powiaty (strzyżowski 1903), gdzie jednolite postępowanie sądów wyrugowało prawie zupełnie fałszowane towary z handlu. Wogóle zaś byłoby pożądane, by i postępowanie władz politycznych było w całym kraju równie energiczne, jak dotąd jest w niektórych tylko powiatach.

Sprawozdanie Rady zdrowia za r. 1901/2 podnosi wielki postęp w zakresie rzeźni stołecznych. We Lwowie otwarto w tym czasie nową wzorową rzeźnię, w Krakowie rzeźnię rozszerzono. (Dalszych ulepszeń w rzeźni krakowskiej oczekiwać można w najbliższych latach). Na odpowiednio urządzone rzeźnie zdobyło się też kilka miast prowincyonalnych (Czortków, Radomyśl, Oświęcim, Kamionka).

[1]) Bier: 1906.

Ciekawe są wyniki badania wódek, zarządzonego w całym kraju w roku 1901 przez Namiestnictwo (z powodu ówczesnego międzynar. Zjazdu przeciw alkoholizmowi, odbytego w Wiedniu). Prawie połowa z badanych prób (200) zawierała ponad 50% wyskoku, zaledwo zaś połowa zawierała niedogonu mniej od najwyższej w Niemczech dozwolonej granicy (0·3%).

3. Higiena budowli i mieszkań.

Z mieszkań wielkomiejskich najważniejszą jest oczywiście sprawa mieszkań dla ludności robotniczej i wyrobniczej. Pod tym względem nie zawierają niestety Sprawozdania Rady zdrowia za lata 1901/3 żadnych pocieszających wiadomości, przeciwnie zaznaczają stale brak higienicznych mieszkań robotniczych zarówno we Lwowie, jak w Krakowie i brak wszelkiego niemal na tem polu postępu. We Lwowie dobre mieszkania ma tylko część robotników kolejowych; stworzona w Krakowie przez grono ludzi dobrej woli z inicyatywy ś. p. prof. Jordana kolonia robotnicza jest niewielka, a rozwija się powoli z powodu braku funduszów i przeszkód, stawianych przez wojskowość. Przepełnienie mieszkań ludności uboższej wzrasta w obu miastach tem gwałtowniej, że ruch budowlany nietylko ze wzrostem ludności nie wzrasta, lecz przeciwnie — słabnie, jak to stwierdza Rada zdrowia już w latach 1901/3. (Od owego czasu przeszedł Kraków nawet zupełny zastój budowlany).

Lepiej, niż w miastach stołecznych, jest co do mieszkań robotniczych na prowincyi w okolicach fabrycznych, np. w powiecie bialskim, drohobyckim. Natomiast nawet w powiecie bialskim, mimo wielu fabryk, zatrudniających robotników z odległych wsi, brak ciągle odpowiednich przytulisk i domów noclegowych. Oczywiście znacznie jeszcze gorzej jest w osławionych okolicach naftowych. W Borysławiu izby noclegowe »urągają wszelkim wymaganiom sanitarnym« i »właściwie wszystkie powinnyby być zamknięte«, czego jednak nie można uczynić, bo znaczyłoby to wyrzucić z pod dachu mnóstwo nędzarzy, nie mogących opłacić lepszego noclegu.

Szczęściem dla naszych miast i miasteczek możnaby wobec opłakanych stosunków mieszkalnych nazwać poniekąd.... pożary, bo po nich prawie wszędzie następuje rozumna regulacya miasta i porządniejsza odbudowa (1903: Dolina, Rożniatów, Złoczów, 1901/2: Mielec, Radomyśl, Nowy Targ, Sokal, w którym jednak w dobrych nowych domach znów nie ma wychodków, z dawniejszych: Stryj). Ale zdarza się, że i po pożarze miasteczko odbudowuje się z pominięciem wszelkich przepisów ustawy budowlanej (Mikulińce, Uhnów), co smutno świadczy o energii władz, powołanych w danem miejscu do nadzoru.

Robotnicy rolni na obszarach dworskich są w znacznie gorszem położeniu, niż robotnicy fabryczni na prowincyi. Z roku na rok wytyka Rada zdrowia opłakane te stosunki. Mieszkania są najczęściej bardzo liche, przeludnione i bardzo brudne, a gdzieniegdzie »ludność miejscowa słusznie nazywa je »piekłem«. Oburzają się nasze pisma codzienne na to, że w Prusach bywają robotnicy galicyjscy pomieszczani nieraz gorzej, niż bydło. Czemuż nigdy nie oburzają się na to, jak się ich umieszcza w kraju? Co gorsza, czemu wezwanie władz, skierowane do obszarów dworskich, można bezkarnie lekceważyć (Przemyślany 1903)?

W budowaniu domów włościańskich po wsiach jest w ostatnich latach widoczny, bardzo pocieszający postęp. Dotyczy to więcej zachodniej części kraju, niż wschodniej i więcej tych powiatów, w których czasowa emigracya do Ameryki najwięcej jest rozwinięta. Sama Rada zdrowia podnosi, że powracający emigranci »budują domy lepsze, nawet z pewnym komfortem i zachęcają przez to swych sąsiadów do większej o mieszkanie dbałości« (1901/2). Wychodzi tu na jaw znowu jedno z dobrodziejstw żywiołowego zjawiska emigracyi, dzięki krótkowidztwu pewnych sfer przez tyle lat lekceważonego. Jeżeli pomimo braku wszelkiego kierunku i opieki i stawianych jej przeszkód zdołała emigracya zapisać się dodatnio w bilansie ogólnokrajowym nietylko ekonomicznym, ale i kulturalnym, a nawet sanitarnym, to jakieżby przyniosła korzyści, gdyby się nią dość wcześnie i życzliwie zajęto! Natomiast w tych zwłaszcza powiatach, gdzie brakło ożywczych prądów emigracyi, mieszka ludność wiejska po staremu fatalnie i w miarę wzrastającego przeludnienia coraz fatalniej. Opisywać te stosunki rzecz zbyteczna, każdy z nas zna je dobrze, to też i Rada zdrowia wspomina o nich tylko mimochodem, gdy wypadnie np. napiętnować, że są powiaty, w których »ustawy budowniczej nikt nie przestrzega« (Sambor 1903). (C. d. n.)

W sprawie działalności rządowego Zakładu do badania środków spożywczych w Krakowie.

W Nrze 22. »Przeglądu lekarskiego« na str. 289 zestawia autor streszczenia Sprawozdań c. k. krajowej Rady zdrowia surowe liczby próbek, zbadanych przez c. k. Powszechny Zakład do badania środków spożywczych, z liczbą próbek, zbadanych przez niektóre pracownie chemiczne miejskie i wysnuwa stąd wniosek na korzyść pracowitości pracowni miejskich.

Autor streszczenia nie byłby do tego wniosku doszedł, gdyby zwrócił uwagę nietylko na ilość, ale i na jakość badań, jakoteż na zakres działania, organizacyę wewnętrzną i manipulacyę urzędową Zakładu rządowego.

Bezpośrednia kontrola środków spożywczych i przedmiotów użytku nie należy do obowiązków Zakładu, stąd też i co do ilości badanych prób pozostaje Zakład w ścisłej zależności od władz administracyjnych rządowych i gminnych, powołanych do wykonywania kontroli w swoim okręgu, od władz sądowych, a w części osób prywatnych. Przyznane jest wprawdzie Zakładowi prawo wykonywania kontroli bezpośredniej w całym kraju, ograniczone jest ono jednak w wysokim stopniu środkami finansowymi Zakładu, oraz do pewnego stopnia trudnościami ze strony władz krajowych. Nie może przeto Zakład mimo najlepszych chęci swych urzędników podejmować większej ilości badań nad te, które mu nadesłano. Natomiast miejskie pracownie chemiczne powołane są — nawet tam, gdzieby istnieli ukwalifikowani komisarze targowi — do bezpośredniej kontroli targowej i kontrolę tę wykonują metodami t. zw. targowemi, przeto liczba badanych środków spożywczych w zupełności zależy od ich dobrej woli, a na badanie każdej próbki zużywa się znacznie mniej czasu. Dostarczone do rządowego Zakładu próbki muszą podlegać ścisłemu badaniu chemicznemu, mikroskopowemu lub bakteryologicznemu, już choćby z tego względu, że każdy zakwestyonowany przez Zakład produkt oddanym być musi sądowi do oceny karygodności kupca sprzedającego, a orzeczenie zakładowe podlegać może i w swych technicznych szczegółach krytyce. Władze miejskie w wypadkach zakwestyonowania ograniczają się zazwyczaj do kar i zarządzeń administracyjnych. W czasie, potrzebnym do wykonania badania ścisłego jednej próby masła, mleka, nafty lub pieczywa, wykonać można kilkadziesiąt prób targowych danego produktu. Zapewne, że i miejskie pracownie wykonują pewną ilość badań ścisłych w wypadkach wątpliwych, ilość ta jednak w całości badanych prób jest niewielka, podczas gdy ścisłe badanie środków spożywczych i przedmiotów użytku w Zakładzie rządowym koniecznem jest nadto i ze względu na osiągnięcie i kontrolę norm potrzebnych dla umiejętnej oceny.

Przy rewizyach, wykonywanych ze strony Zakładu, delegowani w tym celu urzędnicy, wykonując kontrolę podręczną w części przy użyciu narzędzi, nie wliczają liczby wogóle badanych przy rewizyi przedmiotów do swoich sprawozdań, nie pojawiają się też one w sprawozdaniach Zakładu, lecz tylko ilość prób, pobranych do badania ściślejszego. Wliczając ilość badań targowych w swe sprawozdania roczne mógłby Zakład rządowy mimo nielicznych swych rewizyi wykazać rocznie conajmniej 500—1000 przedmiotów badań więcej, niż wykazuje; nie czyni jednak tego, wychodząc z założenia, że badanie targowe, wykonywane poza pracownią, nie należy w ścisłem tego słowa znaczeniu do zadań Zakładu i nie może być postawione na równi z innemi badaniami, wykonywanemi przez Zakład.

Inspektor *Dr Leonard Bier*,
za urzędników c. k. powsz. Zakładu dla badania środków spożywczych.

Wyjaśnienie powyższe uważam za tem pożądańsze, że, podając autentyczne szczegóły o zakresie i sposobie działania Zakładu rządowego, potwierdza ono moje przypuszczenie, iż działalność Zakładu mogłaby być wobec najlepszych chęci i gorliwości swych urzędników, nie podawanej przezemnie w najmniejszą wątpliwość, znacznie większą i skuteczniejszą, gdyby była odpowiednio poparta przez władze administracyjne i sądowe. Uważny czytelnik mego streszczenia w Nr 22 »Przeglądu« łatwo dostrzeże, że chodziło w niem przedewszystkiem o wytknięcie braków, od Zakładu niezależnych. *Ciechanowski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej zawiadamia kolegów lekarzy, że na mocy układu, zawartego z Towarzystwem ubezpieczeń od wypadków we Lwowie, należy się honoraryum w wysokości 6 koron za tak zwane »wstępne i końcowe doniesienie« o wypadku, przesłane Towarzystwu przez lekarza ordynującego. Dla uniknięcia nieporozumień wyjaśnia równocześnie Wydział, że wynagrodzenie to nie odnosi się wcale do badania szczegółowego i wydania orzeczenia lekarskiego, za co lekarz, uskuteczniający badanie to na żądanie Towarzystwa, policzyć sobie może stosownie do nakładu pracy odpowiednie honoraryum. — Z polecenia Wydziału Izby z d. 25. V. 1907. *Dr Langie,* sekretarz Izby.

Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej zawiadamia kolegów, że dosłowny odpis uchwały pełnej Izby o podwyższeniu honoraryów lekarskich o 50%, wydrukowany na kartonie, dostarczyć może na życzenie każdemu z lekarzy po cenie 1 korony za egzemplarz. Nadwyżka dochodu przeznaczona na fundusz zapomogowy. Ponieważ odpowiednie kartony każe się wykonać dopiero, gdy dostateczna liczba kolegów ich zażąda, przeto uprasza się nadsyłać zamówienia wprost do Biura Izby w Krakowie przy ul. Radziwiłłowskiej L. 4. — Z polecenia Wydziału Izby z d. 25. V. 1907. *Dr Langie,* sekretarz Izby.

Towarzystwo lekarzy kolejowych zachodniej Galicyi *nadesłało nam następujące sprawozdanie:*

W d. 19. V. 1907 odbyło się w Tow. lek. w Krakowie najpierw nadzwyczajne posiedzenie Towarzystwa lekarzy kolejowych, poświęcone uczczeniu pamięci ś. p. prof. Jordana; przewodniczący dr Zoll w krótkiem, a gorącem przemówieniu podniósł bolesną stratę, jaką dotknięte zostało społeczeństwo wszystkich dzielnic polskich. Obecni stojąc wysłuchali przemówienia, poczem uchwalono wziąść gremialny udział w pogrzebie i zamknięto posiedzenie. — Po przerwie otwarł przewodniczący Walne zgromadzenie Tow. lek. kolej. Galicyi zach., zagajając je sprawozdaniem z rokowań z zarządem ogólnego Związku lek. kolei państwowych austr. z siedzibą w Wiedniu. Do zarządu tego Towarzystwa na Walnem zgromadzeniu w d. 25. III. 1907 w Wiedniu wybrani zostali jako prezesi: dr E. Bergmann, dr J. Jödisch z Wiednia i dr Józef Zoll z Krakowa, a jako członkowie Wydziału m. i. dr Zgórski ze Lwowa i dr Żukowski ze Stanisławowa. Na podstawie przeprowadzonych rokowań zachęca mowca do przystąpienia do tej, blizko 600 członków liczącej organizacyi przez zamianę Towarzystwa zach.-gal. na sekcyę ogólnego Związku, co też jednomyślnie uchwalono po krótkiej dyskusyi, w której zabierali głos: dr Jakubowski, dr Walczyński i dr Ślusarczyk. Następnie wybrano wydział Sekcyi zach.-gal. w następującym składzie: przewodniczący: dr J. Zoll, zastępca przew.: dr A. Jabłoński, sekretarz: dr E. Szwarcenberg-Czerny, skarbnik: dr F. Eichhorn, członkowie wydziału: dr A. Ackermann, dr A. Jakubowski (Grybów) i dr A. Ślusarczyk (Oświęcim). — Uczyniono dalej cały szereg wniosków co do dalszego postępowania organizacyi celem nietylko wywalczenia poprawy bytu i stanowiska społecznego lekarzy kol., lecz także zmierzających do uregulowania służby, poprawy stosunków sanitarnych i zmiany instrukcyi służbowej. Uchwały te przedłożone będą zarządowi centralnego związku. Na wniosek dra Smyczyńskiego uchwalono w myśl okólnika Izby lek. zach.-gal. wnieść gremialnie podania o podwyższenie honoraryów lekarskich, a zarazem udać się do zarządu Izby o poparcie tych podań u przełożonej władzy. — Wreszcie ożywioną dyskusyę wywołał paragraf 11 taksy aptekarskiej na rok 1907. W ustanowionej przez siebie taksie nałożył rząd na aptekarzy obowiązek opustu dla kas chorych 20% od materyałów, a 50% od robocizny; aptekarze oparli się temu opustowi i oświadczyli, że byliby skłonni do ustępstw tylko w razie płacenia za każdą receptę. Ponieważ pewien zarząd kolejowej kasy chorych,—(wobec stanowiska, zajętego przez aptekarzy, którzy mimo humanitarnego celu kas chorych, nie chcą przyjąć złożonych im kaucyi, a domagają się wprost niewykonalnego płacenia przez odbierającego lekarstwo, gotówką należytości za każdorazowe leki) — obciążył jednego z kolegów obliczaniem należytości za przepisany środek i wypłacanie z kaucyi, złożonej przez zarząd kas, potrzebnej na leki kwoty, — przeto uchwalono zobowiązać tego lekarza, aby żądanie kasy chorych stanowczo odrzucił, gdyż jest te czynność ściśle administracyjna, nie mająca z leczeniem nic wspólnego, natomiast dobro chorych przez poświęcenie czasu na takie czynności musi ucierpieć. Uchwalono też, by na przyszłość tego rodzaju obowiązków żaden z lekarzy nie przyjmował. — Dr Walczyński podniósł niestosowność przesadnego ograniczenia lekarzy w zapisywaniu środków, oraz nieodpowiednią formę, w jakiej się to, nieraz z ujmą dla powagi lekarza, czyni; wnosi przeto mowca, aby istniały ogólnikowe przepisy w jaknajpoufniejszej formie co do koniecznych oszczędności w wydawaniu i przepisywaniu środków leczniczych. Wnioski te jednomyślnie uchwalono i uproszono dra Walczyńskiego, by objął referat w tej tak ważnej, nietylko lekarzy, ale i członków kas chorych dotyczącej sprawie.

Towarzystwo zwolenników przyrodolecznictwa powstało w Warszawie. Towarzystwo to ma prawo m. i. »otwierać zakłady przyrodolecznicze, kąpiele powietrzne i słoneczne« i tworzyć oddziały na prowincyi. Nasuwa się pytanie, czy i jaką rolę w Towarzystwie tem grają lekarze i czy dostatecznie zabezpieczono, aby działalność jego nie stała się — koncesyonowanem partactwem? *R.*

Łóżka płatne, a przeznaczone dla chorych zamożnych (Zahlstöcke) nie będą urządzone w nowych szpitalach wiedeńskich. Ministerstwo odstąpiło od tej myśli ze względu na protesty lekarzy wiedeńskich, uważających urządzenie takich łóżek za szkodliwe dla lekarzy praktycznych. *R.*

Śmiertelność niemowląt w pierwszym roku życia wynosi w Norwegii tylko 7,9% (w stosunku do liczby noworodków), w Szwecyi 8,6, we Francyi 13,7, we Włoszech 14,2, w Anglii 14,6, w Belgii 15,5, w Niemczech 19,8 (najwięcej w Bawaryi — 25%). *R.*

Choroba tęgoryjcowa w kopalniach w Austryi dotąd znaczniej się jeszcze nie szerzy. Wśród 7517 badanych górników stwierdzono ją tylko u 44, którzy przedtem pracowali w kopalniach zagranicznych. *R.*

Zwalczaniu alkoholizmu we Francyi przyjdzie z pomocą ustawa, ograniczająca liczbę wyszynków. Obecnie bowiem przypada jedna koncesya na wyszynk trunków na 85 mieszkańców! *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 19. do 25. V. 1907 doniesiono o 1 nowym przypadku ospy w m. Brodach, o 52 przypadkach duru plamistego w 13 gminach, a mianowicie w pow. Drohobycz (m. Drohobycz 1), Horodenka (Dąbki 9, Sarny 5), Kosów (Szeszory 3), Lisko (Baligród 1, Wołkowyja 5, Cisowiec 1), Mościska (Wola małnowska 11), Nadwórna (Dobrotów 5, Zarzecze 1, Zielona 4), Śniatyn (Rożnów 4), Stryj (Podhorce 2) i o 3 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 2 gminach, a mianowicie w m. Lwowie 1, pow. Strzyżów (Lubla 2). — W czasie od 26. maja do 1. czerwca 1907 doniesiono o 1 nowym przypadku ospy w pow. Kamionka (Witków nowy 1), o 49 przypadkach duru plamistego w 16 gminach, a mianowicie pow. Bohorodczany (Markowa 1), Borszczów (Korolówka 3), Buczacz (Porchowa 10), Dobromil (Dobromil 1), Horodenka (Dąbki 3, Daleszowa 1, Horodenka 9), Jaworów (Nahaczów 1), Lisko (Smolnik ad Lutowiska 4), Nadwórna (Pasieczna 1, Zielona 2), Rawa (Manastyrek 4), Śniatyn (Rożnów 4), Stanisławów (Stanisławów 1), Stryj (Podhorce 1, Tarnawka 3) i o 6 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 4 gminach, a mianowicie Brzesko (Łysa góra 1), Gorlice (Gorlice 1), Tłumacz (Ottynia 3), Wadowice (Benczyn 1). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 26. V. do 1. VI. 1907 przypadków: płonicy 2, krztuśca † 1, nagminnego zapalenia ślinianek 1, róży 2, tężca 1 † 1. *W.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 26. V. do 1. VI. 1907 urodziło się dzieci żywo 57, nieżywo 2; zmarło osób 59 (w tem obcych 21), z nich z gruźlicy 10 (4), zapalenia płuc 4, płonicy 1 (1), duru brzusznego 1 (1). *R.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 26. V. do 1. VI. 1907 przypadków: błonicy 1, płonicy 4 † 1 (w tem obcy 1 † 1), odry 7, duru osutkowego 2, duru brzusznego 2 (1), nagminnego zapalenia opon † 1. *L.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 5. VI. b. r. posiedzenie, na którem 1) doc. Nowotny przedstawił przypadek dychawicy oskrzelowej przewlekłej, w którym tracheoskopia i bronchoskopia górna stwierdziła (podobnie, jak w jednym już przypadku prof. Pieniążka), że objawy dychawicy należy tłómaczyć obrzmieniem błony śluzowej oskrzeli, a zastosowanie kokainy i adrenaliny przez tracheoskop stan bardzo znacznie poprawiło; 2) dr Eisenberg przedstawił nowy sposób wczesnego rozpoznawania duru brzusznego zapomocą użycia żółci do hodowli, oraz preparaty różnych krętków (m. i. krętka duru powrotnego z epidemii warszawskiej) i świdrowców; 3) dr Ehrenpreis miał wykład p. t.: O przeniesieniu i znaczeniu zakażenia tryprowego w małżeństwie. W dyskusyi zabierali głos drdr: Wojciechowski, Stahr, Eisenberg.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Wojciech Rec, rodem z Chorzelowa w Galicyi.

Lwów. By upamiętnić dziesiątą rocznicę otwarcia pierwszych klinik Wydziału lekarskiego we Lwowie, przypadającą 25. V. b. r., wydaje «Tygodnik lekarski« numera, poświęcone zosobna każdej z tych klinik. I tak Nr 22 zawiera rys historyi kliniki lekarskiej i prace z tej kliniki, kierowanej przez prof. Gluzińskiego.

— Kolonia lecznicza dla dzieci zołzowatych w Rymanowie ogłosiła sprawozdanie za r. z. Założone w r. 1885, wysłało Towarzystwo, zajmujące się tą kolonią, dotychczas do Rymanowa ogółem 1,965 dzieci, w roku ostatnim 130. Własne budynki wystawiono dla kolonii w latach 1890—1895. Dochody w r. z. wynosiły 17,711 kor., w tem wkładki członków (zaledwo 150) — 450 kor.; wydatki 13,414 kor.

Warszawa. Towarzystwo opieki nad nerwowo chorymi utrzymywało w r. 1906 w schronisku w Drewnicy 133 chorych. Ze 114 chorych zgłaszających się musiano połowie odmówić, a z drugiej połowy 41 czeka na miejsce. Wobec tego tem pilniejszą jest budowa szpitala w Karolinie, której jednak dla braku funduszów nie może rozpocząć Towarzystwo, mające na r. 1907 dochodów 32,163 rb., a przewidywanych wydatków 46,925 rb. Do zarządu na r. 1907 wybrani zostali drowie: Karol Rychliński i A. Dydyński.

— Do zarządu Polskiego Towarzystwa badań nad dziećmi wybrani zostali z lekarzy drowie: Chodecki i W. Sterling.

— Komitet ruchomych oddziałów okulistycznych wysyła na czerwiec oddział do Zamościa pod kierunkiem dra M. Reyrro.

— Budowniczowie szpitalni oświadczyli, że nie biorą na siebie nadal odpowiedzialności za mocno uszkodzone budynki szpitalne, których warszawska Rada dobr. publ. wskutek braku funduszów od dłuższego czasu nie naprawiała.

— »Zdrój Ciechociński (Nr 2) donosi, że w roku przyszłym ma się odbyć w Warszawie zjazd balneologiczny polski.

— Dzienniki donoszą z Petersburga, że po długiem oczekiwaniu zatwierdziły władze Związek lekarzy polskich. (Z doniesień tych nie wiadomo, czy chodzi o Związek, powstający swego czasu w Warszawie, czy o petersburskie towarzystwo tej nazwy, dotychczasowe »Koło lekarskie kat. Tow. dobr.«).

Z różnych stron. Kursa pedyatryczne dla lekarzy, urządzone przez Wydział lekarski paryski, odbędą się na oddziele prof. Grancher w szpitalu dziecięcym w Paryżu od 1—31. lipca b. r. Kursa te obejmą 54 wykładów i ćwiczeń, oraz szereg wycieczek naukowych. Opłata za cały kurs 100 fr. Szczegółowych wyjaśnień zasięgnąć można od dra M. Armand-Delille (Hôpital des Enfants-Malades, Paris, 149 rue de Sèvres).

Mianowani: członkami Rady weterynaryjnej w Wiedniu prof. J. Nowak z Krakowa, rektor prof. Szpilman i prof. Grabowski ze Lwowa;

prof. Küttner z Marburga dyrektorem kliniki chirurgicznej we Wrocławiu.

Redakcya otrzymała: Męczkowski: Monografie historyczne szpitali w Królestwie Polskiem. Tom I. Warszawa (Wende). Cena 1,50 rb. — Fukala: Üb. Heilung von Iritis u. schwerer Iridocyclitis. Odb. »Aerzt. Ctr. Ztg.« 1907.

Zmarli: Dr Wilhelm Słapa, zasłużony znakomitą działalnością na stanowisku skarbnika »Towarzystwa Samopomocy lekarzy« i »Towarzystwa ratunkowego«, w 40 r. ż. w Krakowie; dr Jakób Ettinger z Warszawy, lekarz »Instytutu oftalmicznego«, autor kilku prac z dziedziny okulistyki, otoczony ogólnym szacunkiem kolegów dla swego szlachetnego charakteru, w 37 r. ż. w Otwocku.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 12. czerwca o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym 1) Demonstracye. 2) Sprawozdanie komisyi, wybranej dla sprawy szpitalnictwa krajowego.

Po posiedzeniu wspólna wieczerza.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Jodofan poleca dr Gerstle z Berlina (*Medizinische Klinik* 1907, Nr 9) jako nowy przetwór jodowy, organiczny (wyrobu instytutu chem. dra Horowitza w Berlinie, Nr 24). Jest to zupełnie niedrażniący środek, odkażający rany. Nietylko zastępuje on jodoform, lecz przewyższa go z powodu braku działania trującego i silnego działania odkażającego, jakoteż dlatego, że nie wywołuje wyprysku (Eisenberg, »Münch. med. Wochs.« 1907, Nr 7). Autor stosował go z dobrym skutkiem w leczeniu czyraków. Stosując odpowiednie przepłukiwania, udaje się zapobiedz tworzeniu się dalszych czyraków. Doprowadziwszy czyrak przez okłady do przebicia, lub przeciąwszy go, jeżeli jest bardzo bolesny i wzrasta, opatruje G. na sucho, jeżeli cięcie sięga do tkanki zdrowej, na wilgotno zaś, jeżeli cięcie jest małe, przyczem do opatrunku używa 10 prc. gazy jodofanowej. Skórę w otoczeniu cięcia chroni przed działaniem ropy przez zwilżenie jej octanem glinu i posypanie obfite jodofanem. W 28 przyp. uniknął w ten sposób G. zadziałania ropy na tkankę sąsiednią. Na ranę wystarczy cieniutka warstwa jodofanu, ze względu na silne działanie przeciwgnilne tego środka. Także w licznych przypadkach obrażeń świeżych stosował G. jodofan, niemniej w zanokcicach, do tamponowania pochwy, przy rozpadającym się raku części pochwowej, przy wrzodzie goleni, wrzodzie miękkim, sączących wypryskach i t. d. G. uważa jodofan za jeden z najlepszych środków odkażających w zastosowaniu do ran różnego rodzaju, a w szczególności za doskonały środek do leczenia czyraków. *Hr.*

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.

Dr **Brodzki Jan**, b. asyst. prof. Leydena. kierownik zakładu dla hydro- elektro- mechanoterapii.

Iwonicz.

Dr **Berger Marek.**
Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr **Lanes S.**

Kosów.

Lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Październ.
Dr **Tarnawski**, właściciel i kierownik.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem").
Dr **Ebers H.**, kierownik c. k. Zakładu hydropatycznego
Dr **Kmietowicz Franciszek**, (Dom „Świteź").
Dr **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki chor. kobiec. prof. Marsa (willa Białej Róży).

Rabka.

Dr **Cholewicz Fr.**
Dr **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr **Langie Adam**, okulista, od 1 lipca do 15 sierp. (tylko w chor. ocznych).
Dr **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Szczawnica.

Dr **Gorski Ksawery**, b. lekarz zakładowy (zimą w Abacyi).
Dr **Hammerschlag**, (Willa „Atylla").
Dr **Kołączkowski J.**, kierownik wodolecz. i pensyonatu.
Dr **Kruszyński Kazimierz**, radca cesarski.
Dr **Żuliński Edward**, (Willa „Alma"), (zimą w Meranie).

Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon.**
Dr **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw lwow., lekarz zakł.

Wisła.

Dr **Zanietowski Józef.**

Zakopane.



SANATORYUM Dra DŁUSKIEGO DLA CHORYCH PIERSIOWYCH.

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński**, (Louisenstr. 2a).

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl").

Biarritz (B. P.) France.

Dr **Bohdanowicz**, („Villa St. Hubert").

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wobr**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Engländer Bernard**, (Schwarzer Bär, Kirchenstr.).
Dr **Steinsberg**, (Pensyonat leczniczy we własnej willi).
Dr **Zeitner Józef**, („Stadt-Paris" Kirchenstrasse).

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.**, radca ces., (Villa „Höflinger" VII).

Kissingen.

Dr **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregenten str. 1.

Karlsbad.

Dr **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow.. (Haus „Nizza").
Dr **G. Gittelmacher-Wilenko**, b. asystent Uniw. lwow. Sprudelstr. Haus Kronprinz.
Dr **Kaufmann Oskar**, („Pascha" Sprudelstrasse).

Marienbad.

Dr **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried").
Dr **Kwiatkowski St. B.**, („Stadt Hamburg").

Rok XLVI. Kraków, dnia 15. czerwca 1907. Nr 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiell. pod kierownictwem prof. W. Jaworskiego.

O zmianie ilości bakteryi w kale pod wpływem stosowania w lewatywach i w dyecie mleka kwaśnego zwykłego oraz sporządzonego sposobem Miecznikowa.

Napisał

Dr Bronisław Wejnert.

Drobnoustroje przewodu pokarmowego odkrył w r. 1676 Leewenhoeck, który będąc chorym na dysenteryę badał przez szkła powiększające swój kał i znalazł w nim »tysiące żywych tworów, ruszających się w obszarze wielkości ziarnka piasku«.

To spostrzeżenie Leewenhoecka około 150 lat pozostawało jedynem w tej dziedzinie. Dopiero w połowie wieku zeszłego powrócono do zapomnianej sprawy, zaczęto badać drobnowidowo ślinę, wymiociny i wypróżnienia, opisywano dostrzeżone w nich drobnoustroje i dawano im nazwy. Vogel i Remak podają drobiazgowy spis prac tego rodzaju. Wszystkie one atoli nie wytrzymują krytyki współczesnej. Zjawiły się też badania, dążące do określenia znaczenia drobnoustrojów przewodu pokarmowego człowieka w akcie trawienia. Gros, Frerichs, Longet i Frey, wszyscy oni dochodzili do wniosków, iż znaczenie to jest nader małe, lub nawet sprowadza się do zera. Dopiero, gdy badania Pasteura rzuciły nowe światło na sprawę udziału drobnoustrojów w fermentacyi i gniciu, zaczęto przypisywać drobnoustrojom ważne znaczenie w trawieniu (Mihne, Edwards, Duclaux, Nencki). Począwszy od czasu pracy Bienstocka o obecności bakteryi w wypróżnieniach, flora jelit była przedmiotem mnóstwa badań różnych autorów [1]).

Dzięki tym licznym pracom i częściowemu wyświetleniu znaczenia bakteryi w przewodzie pokarmowym, zaczęto poszukiwać środka, któryby wstrzymywał gnicie jelitowe.

[1]) O ich mnogości da pojęcie sam spis nazwisk: Arnoldo-Maggiora, Arnaud, Brieger, Baginsky, Bizzozero, Bordas, Bertran i Baucher, Bordoni Uffreduzzi, Bovet, Beck, Bleisch, Cornil i Babes, Chantemesse i Vidal, Celli i Fiocca, Chantemesse, De Silwestri, Dallemagne, Dieudonnè, Escherich, Finkler, Frank, Fürbringer, Fischer, Gessner, Grygorjew, Gilbert i Girode, Gaffky, Guttman, Girandeau i Rénon, Gärtner, Huseman, Hüeppe, Jakowski, Knisl, Kruse i Pasquale, Kirchner, Klein, Karliński, Lion i Marfan, Laveran, Lesage i Macaigne, Levin, Luiz Pereira da Costa i Charles Lepierre, Lesage, Miller, Manfredi, Macfadyen, Meyhöfer, Mesnil, Mc. Wecny, Mills, Netter, Nencki i Sieber, Ogata, Peier i Nanu, Ribbert, Rossi Doria, Roos, Ruebe i Enoch, Rénon, Schiavuzzi, Schenk, Seifert, Fryde, Vignal, Vogler, Wesener, Zörkendörfer i inni.

Zwrócono się przedewszystkiem do kalomelu: Badania Voita, Wasiliewa, Baumanna przemawiały za tem, że kalomel wstrzymuje gnicie w jelitach, natomiast próby Moraxa, Steiffa, Biernackiego, Eigera dowodzą, iż kalomel w dawkach, używanych w lecznictwie nie wywiera widocznego działania na gnicie jelitowe. Zwrócono się więc do innych leków: Morax wskazywał na jodoform; Steiff na kamforę; Sucksdorf na naftalinę; Bouchard również na naftalinę oraz na α i β naftol; Eiger i Sucksdorf zgadzają się, iż chinina jest środkiem silnie wstrzymującym gnicie w jelitach i t. d. Wogóle z badań autorów przytoczonych i wielu innych (Rovighi, Bartoszewicz, Stern, Salkowski, Schrwald, Fürbringer i in.) możemy wnosić, iż zapomocą niektórych leków niewątpliwie udaje się, jeżeli nie przerwać zupełnie, to przynajmniej znacznie osłabić gnicie w jelitach. Dalsze atoli badania dowiodły, iż do tych samych wyników dojść możemy, stosując odpowiednie dyety, co ma olbrzymie znaczenie wobec tego, iż wyżej wspomniane środki przeciwgnilne, działając na bakterye, nie pozostają jednocześnie bez wpływu na tkanki zwierzęce. Przedewszystkiem działają one szkodliwie na nabłonek przewodu pokarmowego, a następnie ulegając wessaniu, mogą oddziałać trująco na cały ustrój; tego ubocznego działania przy zastosowaniu dyety, rzecz prosta, unikamy.

Hirschler w roku 1886 stwierdził, iż gnicie białka znacznie się wstrzymuje przez obecność węglowodanów, cukru, krochmalu i dekstryny. Spostrzeżenia Müllera i Ortweilera potwierdzają to zapatrywanie. Wpływ dyety mlecznej na wstrzymanie gnicia w jelitach, spostrzegali już Poel i Hunter, a prace Winternitza, Rennerta i Skorodumowa najzupełniej potwierdzają, iż mleko słodkie prócz innych nader cennych zalet ma jeszcze własność wstrzymywania spraw gnilnych.

Między środkami dyetetycznemi mleko zajmuje jedno z najwybitniejszych miejsc. Do medycyny wprowadzono je w odległej starożytności: stosowali je Hipokrates, Galen, Pliniusz młodszy, Prallianus, Dioscorides, Aretaeus, Tralles i inni, również lekarze arabscy podawali mleko w różnych chorobach. Zastosowanie wszakże mleka w lecznictwie było długo czysto empiryczne, a piśmiennictwo naukowe w tym przedmiocie zaczyna się dopiero od XVI. wieku; w drugiej połowie zaś wieku XIX. zjawiła się wielka mnogość prac, odnoszących się do mleka z różnych punktów widzenia. Przytoczymy tu tylko niektóre z prac, bliżej nas obchodzących, a traktujących o przeciwgnilnych własnościach mleka. Wyżej już wspomniałem o pra-

cach Winternitza, Rennerta, Pocla i Skorodumowa, dodam tutaj jeszcze badania Biernackiego, Rosenblata oraz Gilberta i Dominicia.

Z przetworów mlecznych badano dokładniej kefir i twaróg. Kefir był przedmiotem badań Rovighiego, zaś Schmitz, Husarow i Nazarow badali wpływ twarogu na gnicie jelitowe. Ogólny wynik wszystkich tych prac da się streścić w zdaniu, iż mleko słodkie, mleko gazowane, kefir i twaróg, podawane wewnętrznie, wpływają wyraźnie na zmniejszenie się spraw gnilnych w jelitach, co się ujawnia przez zmniejszenie ilości kwasów etero-siarkowych w moczu i zmniejszenie się ilości bakteryi w kale. Najsilniej w tym kierunku działa mleko gazowane, najsłabiej twaróg.

W powyższych badaniach stosowano mleko i jego przetwory, podając je wewnętrznie, my zaś zadaliśmy sobie pytanie, czy mleko, a mianowicie kwaśne, działa również na zmianę ilości bakteryi w kale i w jakim stopniu, przy podawaniu wewnętrznem oraz przy zastosowaniu miejscowem, przez wprowadzanie bezpośrednio do odbytnicy, resp. okrężnicy. (C. d. n.)

Z kliniki lekarskiej prof. dra Konrada Wagnera w Uniwersytecie kijowskim.

O rozpoznawczem znaczeniu zmian w moczu, wywoływanych przez uciskanie nerki.

Podał

Dr E. Żebrowski.

(Ciąg dalszy.)

Mogę to poprzeć następującym przykładem (nie podany w tablicy):

II. Chora T. W., 39 lat, zgłosiła się do terapeutycznego oddziału kliniki szpitalnej 4. III. 1906 ze skargą na silny i stały ból w lewym boku i na ogólne niedomaganie. Cierpi od roku; 6 miesięcy wskutek osłabienia leży w łóżku. Mocz zawsze czysty, krwi w nim nie zauważała. Od 2 dni oddaje mocz z trudnością i znacznym wysiłkiem. Brak łaknienia; po stałem zaparciu stolca nastąpiła w ostatnim tygodniu biegunka (3—5 stolców dziennie). Nie miesiączkuje od roku. Przebyła 2 prawidłowe i 2 przedwczesne (w 4 miesiącu) porody. Wywiady nie stwierdzają ani kiły, ani alkoholizmu; w rodzinie gruźlicy nie było. Przed 15 laty miała żółtaczkę w ciągu 3 miesięcy; 2 razy chorowała na dur brzuszny: po raz pierwszy z powikłaniem przez zapalenie płuc w 29. roku życia i po raz drugi w sierpniu 1903 r. Przed 3 laty przez całe lato cierpiała na zimnicę.

Chora jest zupełnie przytomna. C. 37·2° C. Budowa ciała prawidłowa. Skóra i błony śluzowe blade z ziemistym odcieniem. Znaczne wychudzenie, skóra wyciąga się w postaci dużego fałdu. Obrzęków niema. Gruczoły chłonne nie powiększone. W zakresie układu nerwowego daje się zauważyć pewne zmniejszenie odruchów kolanowych. W płucach: z lewej strony klatki piersiowej z tyłu o 2 palce poniżej łopatki stłumienie, drżenie klatki piersiowej osłabione, oddech wszędzie nieco osłabiony, rzężeń brak. Nakłucie klatki piersiowej w okolicy stłumienia w celu rozpoznawczym nie stwierdziło płynu. Plwociny chora nie wykrztusza. Granice serca prawidłowe, w okolicy tętnicy głównej słaby szmer skurczowy, 2-gi ton wzmożony. Nad koniuszkiem serca słychać także szmer skurczowy, tylko jeszcze słabszy, niż w okolicy tętnicy głównej. Tętno 78 na minutę, prawidłowe. Miażdżyca tętnic miernego stopnia. Brzuch nieco wzdęty, ściany brzucha miękkie, przy opukiwaniu wszędzie odgłos bębenkowy, z wyjątkiem górnej lewej części brzucha, gdzie odgłos opukowy jest stłumiony z przydzwiękiem bębenkowym. W lewej połowie jamy brzusznej w okolicy lewej nerki wymacać się daje guz twardy, nieruchomy, bardzo bolesny o gładkiej powierzchni, leżący wzdłuż kręgosłupa, na dolnym biegunie tego guza znajduje się guzek wielkości zwyczajnego orzecha. Brzeg dolny guza znajduje się o 2 palce powyżej linii pępkowej, wewnętrzny o 4 palce nie dosięga linii środkowej, a górny kryje się w podżebrzu. Przy uciskaniu okolicy nerkowej guz nieco się porusza. Wątroba wystaje na dwa palce z pod łuku żebrowego. Brzeg jej ostry, twardy i gładki. Górna granica wątroby w linii sutkowej prawej leży na wysokości 6. żebra. Śledziony nie wymacałem. Granice żołądka po rozdęciu kwasem węglowym: dolna nie dosięga pępka o 2 palce, prawa leży o 5, lewa o 8 ctm. ku zewnątrz od środkowej linii ciała. Kątnica jest nieco wzdęta. Przy rozdymaniu okrężnicy zarysowuje się pętla esowata wyraźnie w okolicy nadłonowej. Okrężnica zstępująca rozdęta także i określić się daje opukiwaniem aż do lewego jej kąta, leżąc ku przodowi w stosunku do guza. Poprzeczna część okrężnicy i okrężnica wstępująca przy rozdymaniu pozostają bez zmian. Krew: krzepnięcie 3′, ruloników mało. Krwinki czerwone zabarwione słabo, trafiają się cienie; nieznaczna poikilocytoza, hemoglobiny 40 prc. Krwinek czerwonych 5,000.000, białych 3200 (stosunek 1: 1700).

5. III. Mocz przed uciskaniem zawierał nieznaczne ślady białka, dużo nabłonków płaskich, 3—4 krwinek białych i pojedyńcze wałeczki śluzowe. Po upływie 15 min. po uciskaniu guza otrzymałem 15 sz. c. moczu o takimże składzie.

10. III. Wynik badania, jak poprzednio.

11. III. Przy oglądaniu brzucha w okolicy pępkowej zarysowują się pętle jelita cienkiego, w których można spostrzegać od czasu do czasu ruch robaczkowy z towarzyszeniem kruczenia.

Ponieważ dane, uzyskane przy badaniu guza (siedziba jego, ruchomość, stosunek do jelit) wskazywały, że jest on nerką, brak więc białkomoczu po uciskaniu wzbudzał przypuszczenie, że lewy moczowód jest niedrożny.

12. III. Dokonano cystoskopii (Dr M. Pietkiewicz). Przy oględzinach ujścia lewego moczowodu nie spostrzeżono ani jego kurczenia się, ani też wydzielania płynu. Cewnik Nr 5 wchodził swobodnie przez moczowód na 21 ctm. ku górze od jego ujścia, przyczem i na tej wysokości nie otrzymano ani kropli moczu. Z prawego moczowodu daje się spostrzegać naprzemienne wydzielanie się moczu; za pomocą wstawienia doń cewnika wydobyto po 15 min. około 4 sz. c. zupełnie przejrzystego moczu, zawierającego nieznaczne ślady białka. Ponieważ cewnik wchodził bez przeszkód prawie aż do lewej miedniczki nerkowej (jak wiadomo długość moczowodu wynosi około 25 centymetrów), moczu zaś nie otrzymano, zrodziło się przypuszczenie, że tkanka lewej nerki albo zanikła, albo też jest zniszczona przez jakąś sprawę chorobową. Charłaczy wygląd chorej, zmiany wykryte we krwi, twardość i chropowatość guza i t. d. wskazywały, iż nerka jest zajęta przez nowotwór złośliwy.

13. III. Chora od rana była nieprzytomna, a o godzinie 11 rano zmarła wśród objawów niedomogi sercowej.

Rozpoznanie kliniczne: Rak lewej nerki z przerzutami do lewego płuca, zupełne zniszczenie tkanki nerkowej, częściowe zwężenie okrężnicy w okolicy lewego jej kąta, początkowa miażdżyca tętnicy głównej.

Sekcya (dokonana przez dra K. Kuligowskiego). Budowa ciała prawidłowa, mocne wychudzenie. Brzuch zapadły. Skóra nieco żółtawa. Znaczny obrzęk skóry i tkanki podskórnej. W jamie brzusznej około 1 litra mętnawego płynu. Sieć mocno obrzękła, usiana licznymi, białawymi, chrząstkowato twardymi guzkami wielkości dużego ziarnka grochu. Przepona na prawej stronie sięga do 3., na lewej do 4. międzyżebrza. W worku osierdziowym około pół szklanki żółtawego przejrzystego płynu. Serce znacznie pomniejszone, naczynia jego przebiegają wężykowato. Mięsień sercowy szaro-brunatny, wiotki. Zastawki bez zmian. Na wewnętrznej błonie tętnicy głównej niewielkie miażdżycowe ogniska. Opłucna lewa na całej przestrzeni zajęta starymi zrostami. W dolnym płacie płuca lewego, ku tyłowi ognisko wielkości orzecha włoskiego, szaro białe na przekroju. Po oddzieleniu płuca okazało się, że część opłucna żebrowa, jak również przepona, są całkowicie usiane takimi, jak i sieć, guzkami, które w licznych miejscach, łącząc się, tworzą ogniska nieregularnego kształtu, wielkości rubla srebrnego. Prawe płuco niezajęte. Na przekroju płuco silnie obrzękłe, barwy ciemnofioletowej. Śledziona pomniejszona, torebka jej pomarszczona. Miąższ śledziony na przekroju brunatnawo-czerwonej barwy; przegródki zarysowują się wyraźnie, miąższ zeskrobuje się w nieznacznej ilości. Wątroba nie wychodzi z pod łuku żebrowego, miąższ jej twardy, zastoina wyraźna. Lewa nerka powiększona

trójkrotnie, o powierzchni chropowatej, twarda. Lewy kąt okrężnicy, przylegający do nerki, zarówno jak i ogon trzustki są z nią mocno zrośnięte. Na przekroju nerki widać mnóstwo twardych, białawych, o szarym odcieniu guzków dosięgających wielkości jaja gołębiego, a wśród tych guzków nieliczne, czerwonawo-brunatne nieprawidłowe przestrzenie, — resztki tkanki nerkowej. Cała miedniczka wypełniona guzami nowotworowymi. Moczowód drożny na całej przestrzeni. Prawa nerka jest nieco pomniejszoną, torebka jej schodzi łatwo. Na przekroju istota korowa nerki szara, rdzeniowa zaś — blado-czerwona. Pod błoną surowiczą, pokrywającą pęcherz moczowy, u jego dna znajdnje się kilka guzków takich, jak znalezione w sieci. Błona śluzowa pęcherza, żołądka i jelit bez widocznych zmian.

Rozpoznanie patologiczno-anatomiczne: Rak włóknisty *(adeno-carcinoma scirrhosum)* lewej nerki, zupełne zniszczenie tkanki nerkowej. Przerzuty w dolnym płacie lewego płuca, w opłucnej, przeponie, sieci, dnie pęcherza moczowego. Zrosty lewego kąta okrężnicy i trzustki z lewą nerką; początkowa miażdżyca tętnicy głównej.

Brak więc białkomoczu uciskowego pozwolił w danym przypadku przypuścić, że tkanka nerkowa jest zupełnie rakowo zwyrodniałą.

Teraz rozpatrzmy zmiany w składzie osadu moczowego, wywołane przez uciskanie nerki. We wszystkich 38 przypadkach (34 ruchome nerki i 4 guzy nerkowe) badałem osad przed i po uciskaniu. We wszystkich 4 przypadkach guzów nerkowych (L. 9, 10, 17 i 20) uciskanie, jak to widać z tablic, wywoływało pewne zmiany w osadzie moczowym: w przypadkach 9, 10 i 17 znaczne zwiększenie ilościowe krwinek czerwonych, w przypadku 20. zaś — białych. Co do ruchomych nerek, to zmiany w osadzie spotykałem nie we wszystkich przypadkach: z 34 tylko w 13; w 21 zaś przypadkach skład osadu moczu nie zmieniał się Nie zmieniał się on również i w 3 przypadkach ruchomych nerek III (L. 34, 35, 38), w których, jak to wspomniałem wyżej przy rozpatrywaniu warunków, wpływających na stopień białkomoczu uciskowego, dokonałem silniejszego i dłużej trwającego uciskania. Okoliczność ta stwierdza, iż zmiany w osadzie moczu nie zależą od stopnia dostępności nerek i od siły oddziaływania mechanicznego. Teraz należy rozstrzygnąć pytanie, czy zmiany w osadzie moczu po uciskaniu są zjawiskiem przypadkowem, czy też zależnem od zmiany w samej nerce.

Po rozpatrzeniu tablic dochodzimy do wniosku, że zmiany w osadzie moczu częściej trafiają się w tych przypadkach, w których wyraźniej występował białkomocz. By to lepiej uwidocznić, przytaczam tablicę, w której obliczyłem odsetkowo ilość przypadków zmian w osadzie stosownie do różnych stopni białkomoczu uciskowego.

Tablica 3.

Ilość białka:	< 0,033‰	0,033‰	0,033—1‰	> 1‰
% przypadków bez zmian w osadzie moczu	95%	50%	29%	0%
% przypadków ze zmianami w osadzie moczu	5%	50%	71%	100%

Z powyższej tablicy widać, że pomiędzy stopniem białkomoczu uciskowego i zmianami w osadzie moczu zachodzi pewna zależność. We wszystkich przypadkach (100%) znaczniejszego białkomoczu (> 1‰ białka) spostrzegałem zmiany w składzie osadu moczowego. Zmiany te znajdowałem w większości (71%) przypadków białkomoczu o średniej sile i prawie nie spostrzegałem (5%) tam, gdzie białkomocz był nieznaczny (< 0,033‰ białka).

Ta zależność przemawia poniekąd za tem, iż zmiany moczu w następstwie uciskania nerki, t. j. wystąpienie znacznego białkomoczu i zmiany w osadzie moczowym pochodzą z jednakowych przyczyn. Przy rozpatrywaniu warunków, wpływających na stopień białkomoczu uciskowego, wypowiedziałem przypuszczenie, że stopień jego zależy prawdopodobnie od stanu tkanki nerkowej. To samo przypuszczać należy i co do zmian składu osadu moczowego: zmiany te widocznie zależą także od stanu tkanki nerkowej. Stwierdzają to następujące dane kliniczne:

I. We wszystkich 4 przypadkach, w których nerka była znacznie zmienioną, przetworzoną w duży guz, a tem samem było z góry wiadomo, że nerka jest chora (patrz L. 9, 10, 17, 20), stale spostrzegałem bardzo wyraźny białkomocz (w 9. i 10. od 0,5—1,5‰, w 17. od 0,165—1,32‰, w 20. od 0,33—4‰) i równocześnie znaczne zmiany w składzie osadu moczowego. W powyżej przytoczonym wypadku wątroby przewężonej, mającym pozory guza nerkowego (L. 13), w którym to przypadku było też przewlekłe zapalenie nerek, a więc z góry przewidziane ich zmiany, uciskanie nerki wywołało wybitny białkomocz (od 0,33—1,32‰), jako też znaczne zmiany w składzie osadu moczu.

II. W 3 przypadkach, w których obie nerki były ruchome, spostrzegałem nie jednakowe oddziaływanie ich na uciskanie. W pierwszym przypadku (patrz L. 2 i 3 w tabl.) prawa nerka (ruchomość I. stop.) dała nieznaczny białkomocz (< 0,033‰) bez zmian w składzie osadu moczowego lewa (stop. II.) — białkomocz (0,066‰) i pewne zmiany w osadzie moczu. W drugim przypadku (L. 33 i 34) obie nerki były macalne jednakowo (obie III. stop.), prawa jednak nerka dała białkomocz 0,033‰ i zmiany w osadzie, lewa < 0,033‰ białka i osad bez żadnych zmian. Bardzo pouczającym jest trzeci przypadek (L. 37 i 38), w którym obydwie nerki były jednakowo przemieszczone (III. stop.), jednak prawa nerka dała 0,165‰ białka i wyraźne zmiany w osadzie, lewa zaś — < 0,033‰ białka i żadnych zmian w osadzie. Taką różnicę co do stopnia białkomoczu i charakteru osadu, występującą po uciskaniu nerki u tegoż samego osobnika przy jednakowym stopniu ruchomości nerki, można wytłómaczyć tylko różnym stanem każdej nerki z osobna.

Stopień więc białkomoczu uciskowego i zmiany w składzie osadu moczowego po uciskaniu nerki posiadać mogą pewną wartość rozpoznawczą. W tych przypadkach, w których uciskanie nerki wywołuje znaczny białkomocz i skład osadu się zmienia, potrzeba baczyć, czy ta nerka nie jest zajętą przez sprawę chorobową. Tam zaś, gdzie białkomocz jest nieznaczny i osad nie ulega zmianom, można nerkę uważać za zdrową. (C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Keuthe. **Czynnościowe znaczenie ciałek białych w krwi krążącej przy rozmaitem odżywianiu.** (*Deutsch. med. Wochs.* 1907, Nr. 15). Znaczenie czynnościowe różnych gatunków ciałek białych dotąd jest bardzo mało uwzględniane. Grüneberg i Grawitz znaleźli jednak z pomocą promieni pozafioletowych różnice w budowie nawet między głównymi typami ciałek białych n. p. między limfocytami. Wiemy, że ciałka białe zachowują się różnie w stosunku do trawienia. K. wykonał w tym kierunku badania na zwierzętach i na sobie i doszedł do następujących wyników: Podczas głodzenia zmniejsza się liczba wielojądrzastych ciałek na korzyść jednojądrzastych małych. Przy przejściu z głodzenia do odżywiania węglowodanami wzmaga się bardzo liczba małych ciałek jednojądrzastych. Czysta dyeta mięsna, albo mięsna wspólnie z tłuszczową wywołuje zwiększanie się liczby ciałek wielojądrzastych. U człowieka przy dyecie tłuszczowej występuje najmniejsza leukocytoza trawienna. Ciałka eozynochłonne nie biorą udziału w tych przemianach. Widać z tego, że przy trawieniu białka i tłuszczu odgrywają wybitną rolę ciałka wielojądrzaste, a w trawieniu węglowodanów limfocyty. *Klęsk.*

Gierke. **Utrzymywanie się i przerost grasicy przy chorobie Basedowa.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 7 i 6). G. zwraca uwagę na stosunkowo dość częste utrzymywanie się grasicy u cierpiących na chorobę Basedowa. Zebrano dotąd już około 42 podobnych przypadków. Mikulicz polecił swego czasu dla leczenia wola i choroby Basedowa podawać grasicę. Wyniki przy wolu miąższowym miał przy tem leczeniu Reinbach podobno bardzo dobre. Cała ta sprawa, dotąd zresztą jeszcze niejasna, wskazuje jednak na antagonistyczną niejako czynność gruczołu tarczowego i grasicy. *Klęsk.*

Freund. **Leczenie promieniami Röntgena choroby Basedowa.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 17, 1907). Opierając się na zachęcających danych, zawartych w piśmiennictwie, zastosował autor leczenie promieniami Röntgena u 5 chorych na chorobę Basedowa. We wszystkich przypadkach stwierdził wybitny wpływ promieni, znamionujący się poprawą stanu ogólnego, przybytkiem na wadze, a nawet w 2 przypadkach zniknięciem szmerów w sercu i wysadzenia gałek ocznych. Zmniejszały się też i wole, zwłaszcza miękkie przerostowe ich odmiany. *Klęsk.*

E. Beaujard. **Zmiany w nadnerczach wśród zapaleń nerek.** (*Sém. méd.* Nr 20, 1907). W sprawie związku między przerostem nadnercza, a zapaleniem nerek i wzmożeniem się parcia w naczyniach istnieją dotąd trzy zapatrywania: 1) Przerost nadnercza jest przyczyną wzmożonego parcia i nie zależy zupełnie od zapalenia nerki (Widal i Boidin), albo 2) przerost nadnercza wywołuje wzmożenie się parcia naczyniowego i równocześnie sam jest wywołany zapaleniem nerek (Josué), albo wreszcie 3) przerost nadnercza jest wynikiem przewlekłego zatrucia ustroju, wywołanego przez zapalenie nerek, przerost ten jednak nie jest przyczyną wzmożonego parcia ościennego, ale oba te objawy często równocześnie istnieją i są wynikiem zapalenia nerek (Aubertin i Ambard). Autor zwraca uwagę na pracę Wiesela[1]), objaśniającą sprawę z nowych punktów widzenia (nie nadającą się jednak do krótkiego streszczenia). *Stahr.*

Jan Brodzki (Cudowa). **O fermentach urotryptycznych.** (*Wykład na 24 Zjeździe medycyny wewnętrznej w Wiesbadenie*). Kazeinę trawiłem z dodatkiem alkaliów najpierw z niegotowanym, następnie z gotowanym moczem człowieka, psa i królika przez 24 godz. przy 37°. Niestrawioną kazeinę osadzałem i zapomocą przewagi zawartości azotu w przesączu pierwszej próby (według Kjeldahla) nad drugą stwierdzałem rozpad białka, t. j. stałą obecność urotryptycznego fermentu w moczach badanych. Ujemne wyniki wielu autorów, którzy przy badaniach swoich moczu ludzkiego z włóknikiem w rozczynie alkalicznym nie znaleźli zmiany, wytłómaczyć można według moich badań w ten sposób, że urotryptyczny ferment tak samo, jak erepsyna, zachowuje się wobec kazeiny, wobec włóknika zaś nie, tak że nie zostaje przez niego prawie wcale zmieniona. Zapomocą mojej metody stwierdziłem w każdym razie stałą obecność fermentów tryptycznych w moczu; metodą tą dojść można do ilościowego ich określenia. Badania wykonałem w pracowni klinicznej prof. Leydena. (*Streszczenie własne*).

[1]) J. Wiesel. »Wiener med. Wochs.« 30. III. 1907 i »Sém. méd.« 1907, str. 132.

Kudincew. **Badania nad urezyną** (*urotropinum dilithiocitricum*). (*Russkij Wracz* 1907, Nr 16). U 3 chorych na kamicę nerkową, leczonych urezyną, określał autor (Charkow) ilość kwasu moczowego (przyp. 1, 2), ilość azotu moczu, mocznika i kwasu moczowego (przyp. 3) sposobami Kjeldahla, Ludwiga i Hopkinsa. W ciągu 8 dni otrzymywali chorzy prawie jednakowy pokarm, składający się z chleba, mięsa, mleka, jaj. Z badań tych wynika, 1) że pod wpływem urezyny ilość kwasu moczowego w moczu u osób cierpiących na kamicę nerkową obniża się dosyć stale, 2) że przy moczu zasadowym działanie urezyny jest mniej energiczne, chociaż odczyn moczu staje się więcej kwaśnym, 3) że ilość mocznika obniża się równolegle z obniżeniem się ilości kwasu moczowego i 4) że ilość ogólna N prawie się nie zmienia. Tak więc urezyna nie działa poprostu przez rozpuszczanie kwasu moczowego, ale ma większe znaczenie, gdyż zapewne działa na same tkanki, w których przemiana azotowa bezwątpienia zmienia się i to w ten sposób, że zmniejszenie się ilości kwasu moczowego i mocznika odbywa się na rzecz zwiększenia innych azotowych wytworów rozpadu moczu (ksantyna, kwas hipurowy i t. d.). *Z. Orłowski* (Ptbg.).

Marku. **Kliniczne znaczenie odczynu moczu z płynem Bellosta** (*hydrargyrum nitricum oxydulatum*). (*Russkij Wracz* Nr 12, 1907). M. sprawdzał, o ile jest słusznem twierdzenie Jefimowa, że u ludzi cierpiących na czerwiwość (*helminthiasis*), mocz przy zagotowaniu z płynem Bellosta daje czarny osad (patrz spraw. w »Przegl. lek.« 1907, Nr 9) M. zbadał 45 chorych, cierpiących na czerwie, i ani razu nie otrzymał takiego odczynu. Tylko w jednym przypadku odczyn był dodatni, lecz u tego chorego była grypa i gorączka sięgała 39°. Odczyn moczu z płynem Bellosta niema przeto tego znaczenia, które mu przypisuje Jefimow. Z dalszych badań okazało się, że mocz daje opisany przez Jefimowa odczyn tylko podczas ostrych zakaźnych chorób; osad miewa tu odcień od szarego do czarnego. Przy zapaleniu włóknikowem płuc czarny osad powstaje już 1-go dnia choroby i trwa aż do przełomu; zaraz po przełomie osad staje się szarym, a następnie białym. W śmiertelnych przypadkach i wogóle w ciężkich przypadkach z powikłaniami mocz i po przełomie dawał wciąż czarny osad; zjawienie się białego osadu daje dobre rokowanie Przy innych chorobach gorączkowych mocz także daje mniejwięcej ciemny osad, lecz najstalszym bywa odczyn przy zapaleniu włóknikowem płuc. Przy chorobach, przebiegających bez gorączki, odczyn zwykle jest ujemny, nawet jeżeli mocz przytem jest ciemno-żółtego koloru. Odczyn dodatni bywa tylko, o ile się udało zbadać, przy zmianach układu nerwowego ośrodkowego i w niektórych chorobach wątroby. Główną część białego osadu w prawidłowym moczu po dodaniu do niego płynu Bellosta stanowi według autora kalomel, który tworzy się z *hydrargyrum oxydulatum nitricum* w obecności związków chloru w moczu; mniejszą część osadu stanowi związek rtęci z fosforanami moczu. Za przyczynę czarnego osadu przy ostrych chorobach zakaźnych uważa autor zjawienie się w moczu takich chorych patologicznego wytworu z rzędu zasad, najprawdopodobniej związków amoniaku. Zresztą zostawia to autor do ostatecznego rozwiązania chemikom. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Prof. dr Klemperer i H. Umber. **Tłuszczyca** (*lipaemia*) **w cukrzycy.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* Z. 1—2, 1907). Autorowie starali się wyświetlić ciemną sprawę powstawania tłuszczycy w cukrzycy. Nie wyjaśniają jej bowiem dostatecznie ani zapatrywania Naunyna, który sądzi, że jest ona wyrazem szybkiej wędrówki tłuszczów z narządów tłuszcz zatrzymujących, ani zapatrywania Fischera, który ją tłómaczy zmniejszeniem się zdolności krwi do rozkładania tłuszczów. Autorowie oznaczyli zawartość tłuszczów, cholesteryny i lecytyny we krwi 7 chorych na cukrzycę i 5 innych. Znaleźli tłuszczycę u 4 chorych na ciężką cukrzycę; u 2 chorych nawet w zapadzie cukrzyczym tłuszczycy nie stwierdzono. Nie było jej u chorych, nie mających cukrzycy i w jednym lekkim przypadku cukrzycy. Gołem okiem mogli K. i U. odróżnić surowicę krwi, zawierającej tłuszcz: była ona mętna po odstaniu, a wyjaśniała się po wykłóceniu z eterem. Stwierdzili, że we krwi takiej ilość substancyi rozpuszczalnych w eterze wynosi więcej, niż 1 prc. Tłuszczyca polega nie tyle na zwiększeniu się ilości kwasów tłuszczowych (w dwóch przypadkach tylko o 0·4—0·6 prc.), jak raczej na zwiększeniu się ilości cholesteryny i lecytyny, które były 3—10-krotnie zwiększone. Doświadczenia autorów przemawiają przeciw zapatrywaniu Naunyna, ponieważ narządy gromadzące tłuszcz zawierają zaledwie ślady cholesteryny. Natomiast prawdopodobniejsze jest pochodzenie tłuszczu z rozpadu komórek, ponieważ należy przypuścić, iż w skład komórki wchodzą i połączenia tłuszczów

z białkiem. Podczas rozpadów tłuszcz zostaje uwolniony, a białko zużyte. Wreszcie nasuwa się możliwość pochodzenia tłuszczycy z rozpadu pierwocin nerwowych, które wyjątkowo obfitują w cholesterynę i lecytynę. Za takim rozpadem przemawia zajęcie układu nerwowego w ciężkich postaciach cukrzycy. Obecnie zajmują się K. i U. stwierdzeniem w mózgu chorych na cukrzycę zmian chemicznych, które mogą poprzeć te przypuszczenia.

Dr Witold Skórczewski.

Higiena.

Rosenfeld. **Wpływ stopnia zamożności na śmiertelność w Wiedniu ze szczególnem uwzględnieniem niezakaźnych przyczyn śmierci.** (*Zeitschr. f. Hygiene* Tom 53, str. 195—258). Badaniami swemi objął autor dziesięciolecie od 1891—1900, porównując w nich 10 starych dzielnic z 9 nowemi, w r. 1891 przyłączonemi. Jako miara zamożności dzielnicy posłużyła mu liczba służby domowej, liczba mieszkających »kątem« lub odnajmujących noclegi, liczba mieszkańców wypadająca na 1 ubikacyę i wysokość podatku dochodowego. Na podstawie tego rozróżnia R. wśród dzielnic starych 2 bogate (Śródmieście i Wieden), 6 zamożnych, 2 ubogie, i 2 bardzo ubogie (Favoriten i Margarethen), wśród nowych 3 zamożne, 5 ubogich i 1 bardzo ubogą (Ottakring). We wszystkich nowych dzielnicach, z wyjątkiem jednej (Fünfhaus) i we wszystkich ubogich starych w okresie badanym bardzo znacznie wzrosła ludność, stąd też wzrasta w nich przyrost z urodzin w stosunku geometrycznym, zaś liczby śmiertelności wypadają nieco za małe. — Jedynie w 3 nowych zamożnych dzielnicach są warunki, zbliżone do warunków wiejskich. — Śmiertelność, wahająca się między 10,6 (Śródmieście), a 28,8‰ (Favoriten) była w stosunku do dzielnic bogatych prawie 3 razy większa w najuboższej, stojąc w prostym stosunku do stopnia zamożności w dzielnicach starych; w dzielnicach nowych o nagłym przyroście ludności zasada ta w części się zatarła. Śmiertelność wśród kobiet mniejsza jest, niż wśród mężczyzn w dzielnicach zamożnych, w dzielnicach ubogich zbliża się do niej; przyczyną tego jest praca zawodowa kobiet. Małą śmiertelność kobiet dzielnic zamożnych odnosi autor w części do znacznej ilości służby, która w razie choroby zmienia często miejsce zamieszkania. Śmiertelność niemowląt odpowiada śmiertelności ogólnej. Znika w niej jednak różnica płci; w lecie pozostaje w odwrotnym stosunku do zamożności. — Wrodzona niezdolność do życia i niedostateczny rozwój, oraz porody płodów nieżywych zdarzają się wśród zamożnych częściej, niż wśród ubogich. Natomiast częstsze wśród ubogich jest przewlekłe wodogłowie (krzywica, kiła). Śmiertelność z chorób żołądka i jelit, oraz narządów oddechowych wzrasta wraz z ubóstwem dzielnicy; związku tego nie widać przy zapalnych chorobach mózgu i jego opon. Udary mózgowe zdarzały się równie często wśród kobiet i mężczyzn, ubogich i zamożnych. Mniejsza zamożność idzie w parze ze wzrostem niezapalnych chorób narządów krążenia, oraz śmiertelnością z raka u kobiet, rozedmy płuc u mężczyzn; natomiast przewlekłe zapalenie nerek jest częstszą przyczyną śmierci u zamożnych, aniżeli u biednych. *L. Bier.*

Doc. K. Kisskalt. **Zanieczyszczenie rzek Lahn i Wieseck przez wody użytkowe miasta Giessen ze szczególnem uwzględnieniem wartości metod, używanych do oceny zanieczyszczenia rzek.** (*Zeitschr. f. Hyg.* T. 53, str. 385—369). Pod miastem Giessen wpada do rzeki Lahn przebiegająca przez miasto i przezeń zanieczyszczona Wieseck; powyżej miasta obie rzeki są czyste. K. badał, jakie przyczyny wpływają na skład wody tych rzek i jaki sposób badania zanieczyszczenia rzek jest najlepszy. Trudności, zależące od stanu pogody i stopnia opadów atmosferycznych zniewoliły autora do tego, że ograniczył się do określenia wpływu wysokości stanu wody, wahań ciepłoty i pogody na skład wody tych rzek. Większe znaczenie ma druga część pracy. Autor odrzuca podział metod badania na chemiczne i bakteryologiczne, a natomiast rozróżnia 4 grupy badania: 1) Badanie rozkładu wody w rzece, którego wyższym stopniem jest gnicie. 2) Badanie zdolności do rozkładu. 3) Wskaźniki uwydatniające dopływ wód nieczystych i 4) Wskaźniki zakaźności. — Składniki, zawarte w wodzie zanieczyszczonej, zawiera i woda czysta, żąda przeto autor od dobrej metody, by między wodą czystą, a mało zanieczyszczoną już wyraźną uwydatniała różnicę. Wymaganiu temu odpowiadają: badanie przejrzystości zapomocą pochłaniania światła, badanie co do amoniaku, zawartości wolnego tlenu i ilości bakteryi. Przejrzystość wody, badana na podstawie pochłaniania światła, zależy od ilości składników w wodzie zawieszonych, nie zmniejsza się przy wzroście ciepłoty, lecz wraz ze zwierciadłem wody (ulewy). Amoniak, pojawiający się w ilościach małych nawet w czystych wodach rzecznych (zima), należy badać równolegle z jego produktem utlenienia, kwasem azotawym. Przy wyższej ciepłocie bowiem przemiana amoniaku na kwas azotawy odbywa się tak szybko, że pierwszego się nie wykryje; przy silnem zanieczyszczeniu spotyka się oba ciała. Ilościowe określenie amoniaku jest dobrym wskaźnikiem stopnia cuchnienia wód zanieczyszczonych; jako granicę dla wód bezwonnych przyjmuje autor 1 mgr. Do stwierdzania kwasu azotawego nadaje się lepiej odczynnik Erdmanna jako znacznie czulszy od skrobi z jodkiem cynku. — Ilość wolnego tlenu wzrasta w wodach czystych wraz z ciepłotą, maleje w nieczystych, wzmaga go rozwój zielenic, zmniejszają bakterye i zanieczyszczenia. — Bardzo czułą próbą co do rozkładu wody jest określenie w niej ilości bakteryi; wzrost tej ilości przy jednakowym stanie zwierciadła wody dowodzi zanieczyszczenia. Poniżej miast zawierają wody rzeczne zawsze zwiększoną ilość bakteryi, zwłaszcza w lecie. Obecność siarkowodoru dowodzi bardzo złych stosunków, brak jego zaś nie jest jeszcze dowodem braku zanieczyszczenia. Składniki w wodzie zawieszone są główną przyczyną widocznego gołem okiem zanieczyszczenia. — Odczyn wody przy zanieczyszczeniu miejskiem jest zasadowy, ma jednak mniejsze znaczenie, niż przy zanieczyszczeniach fabrycznych. — Dla stwierdzenia stopnia zdolności do rozkładu wody rzecznej nie wystarczy określenie skłonności do gnicia, jak również i utlenialności wody, choć ta zazwyczaj wzrasta wraz z zanieczyszczeniem; również i metoda Spitty określenia stopnia pochłaniania tlenu, choć pewniejsza od metod powyższych, wymaga poprawy. — Stopień rozcieńczenia wód nieczystych oznacza najlepiej badanie chlorków, mniej pewnie określenie pozostałości suchej. — Jako wskaźniki zakaźności wody rzecznej podaje autor miano ilości bakteryi okrężnicowej (Colititer) i hodowlę na ziemniaczanej pożywce żelatynowej z dodatkiem jodku potasowego. Dając miarę ilości prątka okrężnicowego we wodzie, określają obie metody zarazem i stopień możliwej zakaźności co do duru. Jakkolwiek metoda z żelatyną ziemniaczaną jest wygodniejsza, uważa autor pierwszą metodę Petruszkyego za pewniejszą.

L. Bier.

XXIV. Zjazd niemiecki dla medycyny wewnętrznej w Wiesbadenie od 15 do 18 kwietnia 1907.

Podał **Dr E. Stahr.**

(Ciąg dalszy, por. Nr 22.)

Połączenia (anastomozy) tętnic wieńcowych serca.

Spalteholz (Lipsk) przekonał się, że tętnice wieńcowe serca mają liczne połączenia zarówno gałązek grubszych, jak cienkich. (Metoda jego postępowania nie nadaje się do krótkiego streszczenia). Tętnice wieńcowe nie są wedle S. końcowemi w rozumieniu Cohnheima.

von Hampeln (Ryga) już dawno na podstawie niektórych danych klinicznych przypuszcza, że istnieją połączenia między tętnicami wieńcowemi serca. W istocie też stwierdził, że wieńcowa lewa może zastąpić wieńcową prawą; objawu odwrotnego nie mógł natomiast nigdy stwierdzić.

Jamin (Erlangen) na podstawie radiogramów serc, nastrzykanych bizmutem, potwierdza istnienie anastomoz, których liczba okazuje liczne osobnicze odmiany.

Rumpf (Bonn) donosi, że i Kösterowi udało się nastrzykać obie tętnice z jednej. Fakty te pozwalają nam na zmianę naszych poglądów na znaczenie zwapnienia tętnic wieńcowych.

O częstości zmian gruźliczych utajonych.

Naegeli (Zurych). Już w r. 1900 doniósł N., że w 97% sekcyonowanych zwłok można znaleść zmiany gruźlicze w płucach. Wobec różnych zarzutów zabrał się N. do kontrolnych badań i obecnie donosi, że cyfra 97% jest raczej za nizka; trzeba tylko bardzo szczegółowo badać płuca. W swej statystyce do grupy gruźliczych zaliczał tylko zmiany niezaprzeczalnie gruźlicze. Statystyka N. obejmuje wszystkie warstwy społeczne; tkacze stanowią 2·8%, wieśniacy 15%, a kobiety, które się wyłącznie zajmowały gospodarstwem domowem 19%. Statystyka N. nie jest wyłącznie statystyką wielkiego miasta, bo 32% osobników mieszkało na wsi. Sekcye zmarłych, którzy płacili pierwszą klasę w szpitalu w Zurychu, dały te same wyniki, co sekcye z innych klas szpitalnych.

Cornet (Berlin) nie uważa za rozstrzygające statystyk sekcyi dokonywanych w szpitalach, bo nie obejmują one klas bogatszych. Zdaniem C. istnieją tak zmiany, wywołane przez przez prątki Kocha osłabione, jak i zmiany, opisywane przez Naegelego, np. ogniska zwapniałe, mające wielką skłonność do gojenia się.

Liebermeister (Kolonia) starał się rozstrzygnąć, czy prątek Kocha może się znajdować w narządach u ludzi gruźliczych w ścisłem tego słowa znaczeniu, gdyż, jak wiadomo, spotyka się w trzewiach u chorych na gruźlicę zmiany, które nie mają cech gruzełka, a polegają na bujaniu śródmiąższowem. W tym celu używa L. badania mikroskopowego i doświadczeń. We wszystkich narządach, w których było czyto bujanie śródmiąższowe, czy też niewielkie nacieki, znajdował L. prątki Kocha. I tak spotkał je w 1 przypadku zapalenia żył i w 3 przypadkach zapaleniu nerwu z małem zwyrodnieniem i wybujałą otoczką; spotkał je także 2 razy w nerkach. Raz także mógł potwierdzić w przypadku takim odkrycie Jousseta, t. j. stwierdzić obecność prątka gruźliczego w krążącej krwi. Na tej podstawie wyraża L. przekonanie, że u niektórych chorych na gruźlicę krąży prątek Kocha we krwi i zatrzymuje się w narządach, nie koniecznie wywołując gruźlicę prosówkową ogólną.

Cukrzyca doświadczalna.

Zülzer (Berlin) zdołał u zwierząt znieść wpływ adrenaliny na wydzielanie dekstrozy, jeśli równocześnie wstrzykiwał wyciąg z trzustki. Nigdy się wtedy nie zjawiał cukromocz, a nawet nie zjawiał się cukromocz trzustkowy po podwiązaniu żył w otoczce nadnercza. Z tego wnosi mowca, że cukrzyca trzustkowa jest raczej cukrzycą nadnerczową; w stanie prawidłowym trzustka wydziela ferment, zobojętniający wszelkie wzmożone wydzielanie wewnętrzne nadnercza.

Działanie gorąca na wydzielanie cukru w cukrzycy.

Lüthje (Frankfurt n. M.). Ciepłota otoczenia ma wpływ na wydzielanie dekstrozy u psów, którym wycięto poprzednio trzustkę; zimno wzmaga wydzielanie, zaś ciepło obniża. Wpływ jest wyraźniejszy, jeśli pies jest na czczo. I ilość cukru znajdującego się we krwi w stanie prawidłowym zależy również od ciepłoty otoczenia, a wyniki otrzymał mowca te same, co u zwierząt z cukrzycą.

Noorden na podstawie spostrzeżeń klinicznych potwierdza te wyniki doświadczeń. Chorzy na cukrzycę wydzielają bowiem mniej cukru w środowisku ciepłem, niż w zimnem Mimo to jednak nie radzi N. chorym na cukrzycę przebywać w krajach gorących, gdyż znosząc tam łatwiej większe ilości węglowodanów, zapadają tam na uporczywe cierpienia skórne.

Minkowski jest przekonany, że w krajach podzwrotnikowych raczej sposób życia, niż wysoka ciepłota, wpływa na stan chorych na cukrzycę.

Falta (Wiedeń) badał wymianę gazów oddechowych u 2 psów, którym wyciął trzustkę. Objawów, o których mówił Lüthje, nie zauważył, chociaż coprawda, różnice ciepłoty w doświadczeniach F. były niewielkie.

Ciśnienie krwi i jego zmiany pod wpływem różnych czynników.

F. Klemperer (Berlin) badał wpływ pracy na ciśnienie krwi i stwierdził, że zaburzenia psychiczne wywołują zmiany wyraźniejsze, niż praca. Ciśnienie rosło nie równomiernie z pracą samą, ale raczej z brakiem wprawy do poszczególnych czynności. U zwierzęcia zakuraryzowanego podrażnienie kory mózgowej podnosi w tym samym stopniu ciśnienie krwi, co i u zwierzęcia niezakuraryzowanego. Te same wyniki dają doświadczenia na człowieku w stanie hipnozy. Ruchy bierne, elektryzowanie, podnoszą jednakowo ciśnienie krwi, czy się drażni tylko małą, czy też wielką grupę mięśni.

Gräupner (Nauheim) nie godzi się z Klempererem: Praca ma wyraźny wpływ na parcie, chociaż i wpływ nerwowy i psychiczny nie da się zaprzeczyć. Zaburzenia w krążeniu, które stwierdził Basch zapomocą doświadczenia zwanego »z nerwu trzewnego«, można stwierdzić u człowieka, jeśli się każe pracować skombinowanemi grupami mięśni i to z coraz większym wysiłkiem. Wtedy uzyskuje się krzywe parcia, mające swoje fizyczne określone właściwości, z których można wnosić o sprawności lub niedomodze czynnościowej, a także i o niedomodze patologicznej serca. Mowca zaznacza także i parcie tętna bezpośrednio po pracy i stwierdza wahania w parciu tak wśród skurczu, jak i rozkurczu.

Hesse (Kissingen) doszedł do przekonania, że wyniki studyów nad parciem prawidłowem rozchodzą się dlatego, że niedoskonałość przyrządów nie pozwala badać oddzielnie parcia rozkurczowego i skurczowego i że nigdy wpływów psychicznych nie zdołamy z doświadczeń usunąć. Mowca poleca do badania tonometer Recklinghausena i poleca osoby badane wpierw do badań przyzwyczaić, zanim się przystąpi do doświadczeń ostatecznych, na których badacz zamierza się oprzeć.

K. Jellner (Franzensbad) poleca do badań manszet Riva-Rocciego i stetoskop. Jeśli się przysłuchiwać uciśniętej manszetem tętnicy za pomocą stetoskopu, to z początku nic nie słychać, później, gdy ucisk staje się mocniejszy, słyszy się szmer, który znowu potem znika, jeżeli się jeszcze mocniej uciśnie tętnicę. Otóż zjawianie się i znikanie szmeru mogą służyć do mierzenia ciśnienia rozkurczowego i skurczowego.

Janowski (Warszawa) radzi do manszetu przystosować mały fonendoskop.

Strassburger (Bonn) badał elastyczność tętnic głównych ludzkich. Tętnice osób starych zarówno jak młodych rozszerzały się, tylko, ponieważ tętnice u osób starych są szersze, więc pod wpływem tego samego ciśnienia rozszerzały się nieco mniej.

Moritz (Strasburg) otrzymał te same wyniki. Z klinicznego punktu widzenia uważa za najważniejsze dane, pozwalające ocenić sprawność czynnościową serca. M. sądzi, że przemijające podniesienia parcia uspasabiają do zaburzeń w warstwie środkowej tętnic. I tak udało się mowcy wywołać zmiany, podobne do tych, które wywołuje adrenalina, kombinując sztucznie oba jej działania: działanie toksyczne i podniesienie parcia ościennego. Równocześnie wstrzykiwał M. jakąś istotę toksyczną np. gumigutę i uciskał część brzuszną tętnicy głównej.

Grober (Jena) badał metodą W. Müllera wpływ sztucznego stwardnienia tętnic na wagę serca i stwierdził, że przerost lewej komory serca pozostaje w ścisłym związku i wprost zależy od stopnia zmian w tętnicach, wyjątkowo zaś zależy od nadmiaru pracy serca.

J. Falk (Grac) donosi, że wedle jego doświadczeń, można wstrzymać lub zmniejszyć zmiany po wstrzykiwaniu adrenaliny, jeśli się równocześnie wstrzykuje różne substancye, jak np. małe dawki młodych hodowli bulionowych gronkowca złotego, terpentyny, zabitych ciał gronkowca, protein z prątka ropy błękitnej i oleju sezamowego. Wszystkie te istoty posiadają własności chimiotaktyczne dodatne. A więc ogólna hyperleukocytoza przeszkadza wytwarzaniu się zmian tętnic po adrenalinie. Na odwrót olej krotniowy, gumiguta, toksyna gronkowca, istoty toksyczne i wywołujące martwicę (nekrozę) ułatwiają działanie adrenaliny.

(Dok. nast.)

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe w d. 7. czerwca 1907.

Przewodniczący prof. dr Gluziński zabrał głos przed porządkiem dziennym, by uczcić pamięć ś. p. Henryka Jordana. Następnie zawiadomił przewodniczący członków o zawiązaniu sekcyi oto-laryngologicznej z okazyi zbliżającego się Zjazdu.

1) W zastępstwie prof. Barącza przedstawił dr Pisek przypadek **promienicy pośladka.**

2) Dr Czyżewicz (jun.) przedstawił z zakł. położn.-ginekologicznego: *a*) przypadek **raka pochwy**, *b*) przypadek rzadkiej zmiany rozwojowej macicy (*uterus biforis*), *c*) przypadek rozległej **przetoki pęcherzowo-pochwowej.** W dyskusyi przemawiał dr Obtułowicz.

3) Dr Progulski przedstawił z kliniki pedyatrycznej dziecko 7-letnie, okazujące objawy **obrzęku śluzowatego** (*myxoedema infantile*), objaśniając rzecz rentgenogramami. W dyskusyi przemawiali: prof. Raczyński i prof. Gluziński.

4) Dr Sołomowicz przedstawił z ambul. neurol. przypadek ciężkiej **myastenii.** *Witold Ziembicki.*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Walne Zebranie w d. 10. kwietnia 1907

odbyło się przy niezmiernie licznym udziale kolegów, przybyłych nawet z odległych okolic Księstwa Pozn. i Prus zachodnich; wśród nich znajdował się czcigodny nestor stanu lekarskiego, dr Laskowski z Wągrowca. Przewodniczącym wybrano dra Rzepnikowskiego z Lubawy. Prezes Komitetu gosp. X. Zjazdu lekarzy i przyr. polskich, prof. Bylicki ze Lwowa, miał gorąco

oklaskiwane przemówienie w sprawach Zjazdu. W imieniu zebrania oświadczył dr Pomorski, iż lekarze z zaboru pruskiego uczestniczyć będą w Zjeździe ile możności jak najliczniej. Nastąpił szereg demonstracyi: dra Szumana z Torunia (kamica żółciowa), dra Łazarewicza (nowotwór jajnika), dra Skoczyńskiego, dra Dembińskiego i i. W końcu po ożywionej dyskusyi w sprawach zawodowych (m. i. co do stosunku lekarzy obcej narodowości w Towarzystwach lekarskich) zjednał dr Łazarewicz gorącym apelem sporo nowych członków Wydziałowi z grona przybyłych gości.

Posiedzenie w d. 12. kwietnia 1907.

1) Paniński przedstawił chłopca, dotkniętego **skrzywieniem bocznem kręgosłupa**, a od pewnego czasu porażeniem nóg. P. przypuszcza ucisk kręgów na rdzeń, zamierza spróbować wyciągania kręgosłupa, jednakowoż rokuje niezbyt pomyślnie. — W dyskusyi zabierali głos Dziembowski, Mieczkowski, Święcicki, Łazarewicz, Chłapowski. Chirurgiczne usunięcie zrostów kręgów skrzywionych i wywierających ucisk, według Mieczkowskiego w tym przypadku także nie rokowałoby polepszenia stanu.

2) Karwowski przedstawił *a*) 12-letniego chłopca, u którego **kilaki na głowie** dzięki swoistemu leczeniu ustąpiły, **pozostawiając jednak łyse miejsca**, podobne do łysin plackowatych. Poprzednio przypadek ten był leczony jako woszczyny (*favus*). Ponieważ brak zupełnie objawów dziedzicznej kiły, przeto przypuszcza K. zakażenie późniejsze, którego źródła niepodobna teraz wykryć. *b*) Następnie przedstawia K. przypadek **neurodermitis**, leczony przez dłuższy czas w szpitalu bez skutku. K. zamierza zastosować u chorego światło żelazne.

Posiedzenie w d. 3. maja 1907.

1) Radca dr Franciszek Chłapowski wykładał **O laktobacylinie Miecznikowa i d'Arsonvalizacyi.** Mówca zdaje bardzo wyczerpująco sprawę z najnowszych badań nad sprawą t. zw. »przedłużenia życia« zapomocą przetworów mlecznych i prądów d'Arsonvala. Niewątpliwie niezwykłemu pomysłowi Miecznikowa zaszkodziła dużo reklama, z którą zabrano się do finansowej eksploatacyi pomysłu. Mowca przyznaje jednak dużo słuszności stosowaniu mleka kwaśnego. D'Arsonvalizacya co do leczenia stwardnienia tętnic zawiodła nadzieje w niej pokładane. — Ciekawy bardzo odczyt urozmaicony przedstawieniem zaczynów, np. dra Karwackiego z Warszawy, wywołał nader ożywioną dyskusyę. Gantkowski wspomina o ogólnej eubiozie; Święcicki zalecając gorąco przyrządy Zanderowskie do gimnastyki, uważa ją za potężny środek, orzeźwiający ustrój. Zakrzewski stwierdza ważną rolę kwasu mlecznego przy trawieniu w tych przypadkach, w których brak kwasu solnego; Skoczyński zwraca uwagę na zupełny brak zamiłowania do ćwiczeń fizycznych u polskiego społeczeństwa i poleca zakładanie odpowiednich Towarzystw; Kapuściński bierze w obronę stosowanie prądów elektrycznych przy chorobach serca, stojąc jeszcze nadal na stanowisku Smitha.

2) Chłapowski przedstawia tabliczki dra Reitza z fabryki Höchst, mające mieć własności emanacyi radu.

3) Karwowski nadmienia, że naświetlanie promieniami pozafiołkowymi chorego na **neurodermitis**, przedstawionego na ostatniem zebraniu, wywarło wpływ bardzo korzystny, mianowicie swędzenie szybko ustąpiło. *Dr Adam Karwowski.*

Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1903, oraz 1901/2.

Streścił **prof. dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

4. Zakłady przemysłowe.

Przytoczone przez Radę zdrowia wyjątki ze sprawozdań inspektorów przemysłowych pouczają, że pomimo biurokratycznych utrudnień egzekutywy młode te urzędy bardzo poważnie zdołały wpłynąć na poprawę w zakresie higieny przemysłu. O ile liczbę nieszczęśliwych przypadków uważać można za wykładnik panujących w przemyśle stosunków, to poprawę tę uznaćby trzeba za bardzo widoczną. I tak np. w okręgu lwowskim zmniejsza się stale liczba takich przypadków w przemyśle drzewnym (1901/2); w krakowskim okręgu liczba przypadków w przemyśle budowlanym (9·7% wszystkich uszkodzeń) jest bardzo nizka w porównaniu do okręgu lwowskiego (31·6%—1901/2). Działalność inspektorów przemysłowych zaznaczyła się najwybitniej w tem, że nowo powstające większe fabryki wyposażone są w dostateczne urządzenia ochronne i higieniczne, a dawniej istniejące większe fabryki stopniowo się w nie zaopatrują. Natomiast skarżą się inspektoraty, zarówno lwowski i krakowski, jak i utworzony w r. 1902 stanisławowski, że niektóre mniejsze zakłady przemysłowe urządzano lub przeistaczano bez zezwolenia władzy przemysłowej, a właśnie w takich zakładach spostrzegano najwięcej wadliwości. W pewnych znów gałęziach przemysłu (cegielnie, kamieniołomy, stolarnie maszynowe w okr. lwowskim 1903, piekarnie w całym kraju) wadliwości i usterki higieniczne stale się utrzymują pomimo wszelkich starań inspektorów. Nasuwa się tu uwaga, że przyczyną tego jest w znacznym stopniu możność odwoływania się od zarządzeń władzy do całego szeregu instancyi, będąca jedną z najfatalniejszych wad biurokratycznych urządzeń austryackich.

Jak ze Sprawozdań Rady zdrowia widać, powiodło się w szeregu przypadków uzyskać w zakresie higieny przemysłu poprawę dzięki współdziałaniu inspektorów przemysłowych i władz sanitarnych, bądź miejskich autonomicznych, bądź rządowych (nieraz samegoż krajowego Referenta sanitarnego), zwłaszcza, jeżeli nie cofano się przed najenergiczniejszym środkiem, t. j. zupełnem zamknięciem wadliwego zakładu przemysłowego. Tem więcej ubolewać należy, że zdarzają się powiaty, w których władze sanitarne nie bywają wzywane do komisyi przemysłowych, ani pytane o opinię w tych sprawach (Jarosław 1903).

5. Handel środkami leczniczymi i truciznami poza aptekami.

Ustęp ten Sprawozdań dotyczy drogueryi (składów materyałów aptecznych), których liczba w latach sprawozdawczych się nie zmieniła, dalej pokątnej sprzedaży leków i ziół w kramach i sklepach, która dzięki energicznym zarządzeniom i konsekwentnym karom stopniowo się zmniejsza, wreszcie pozwoleń, wydanych na sprzedaż trucizn (na myszy).

6. Higiena szkół.

Aczkolwiek rozdział ten w Sprawozdaniach Rady zdrowia daje wcale dokładne wyobrażenie o ogólnym stanie tej sprawy w kraju, to jednak nie da się ono ująć w ścisłą ramę cyfr. Zdaje się, że winę tego należy przypisać Krajowej Radzie szkolnej, nie podającej w swych sprawozdaniach bardzo nieraz ważnych pod względem sanitarnym danych statystycznych, na co Rada zdrowia utyskuje (np. co do dzieci uwolnionych ze szkół z powodu chorób) słusznie i niestety bez skutku (zarówno w r. 1901/2, jak i 1903). A przecież bez ścisłych liczb niepodobna zdać sobie sprawy, w jakiem tempie stosunki się polepszają, szczególnie nie posiadając dokładnego zestawienia stanu całej sprawy w pewnej chwili.

I tak np. co do budynków szkół ludowych i ich urządzenia byłoby rzeczą bardzo pożądaną mieć pod ręką dokładne całkowite zestawienie, ile i jakich szkół znajdowało się w poszczególnych powiatach kraju i módz z niem porównać przyrost nowych, ulepszenia starych budynków i t. d. w roku, objętym sprawozdaniem. Niepodobna zapewne żądać, aby takie szczegółowe obszerne zestawienia, które są rzeczą Rady szkolnej, powtarzały się corocznie w Sprawozdaniach Rady zdrowia; ale podobnie, jak to już z niezmierną dla rzeczy korzyścią w innych rozdziałach Sprawozdań uczyniono, przydałyby się i tu bardzo, przynajmniej najogólniejsze liczby z lat poprzednich i wskazanie dokładne źródła, gdzieby szczegółowsze dane do porównań odszukać można.

Sprawozdanie z r. 1901/2 i sprawozdanie z r. 1903 poniekąd się w tym ustępie uzupełniają. O ile bowiem pierwsze uwzględnia przynajmniej ogólnie, istniejącą liczbę i stan budynków szkolnych w różnych powiatach, o tyle znów drugie łatwiej pozwala ocenić poczynione w r. 1903 postępy, dzięki zestawieniu ich w krótkiej, a przejrzystej tabelce. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska *ogłasza następujące ostrzeżenie:*

Lekarz powiatowej Kasy chorych w Przemyślanach rozpoczął akcyę celem poprawy warunków pracy w tej Kasie. —

Wzywa się zatem wszystkich kolegów jak najgoręcej, aby w razie zatargu tego lekarza z Zarządem Kasy nie obejmowali ewentualnie opróżnić się mogącej posady w tej Kasie bez poprzedniego porozumienia się z Izbą. — Lwów, dnia 8. VI. 1907. Prezydent Izby *dr Festenburg*.

W austryackiej Radzie państwa zasiądzie 3 lekarzy-Polaków: Dr Dietzius, dr Gold i dr Kunicki.

Organizacye lekarskie dolno-austryackie ostrzegają przed przyjmowaniem jakichkolwiek posad w Austryi niższej bez porozumienia się z Zarządem organizacyi, ponieważ wszystkie posady, zapewniające jaki-taki byt, są obsadzone, a konkursa rozpisywane bywają prawie wyłącznie na takie posady, na których lekarz nie może się utrzymać. Dr *Pascher*, dr v. *Crippa*, dr *Janeczek*.

Organizacye lekarskie dolno-austryackie przekształcają się w ścisłą organizacyę na wzór czeskiej i łączą się w jeden Związek krajowy. *J.*

Stempel receptowy na Bukowinie. Dzienniki donoszą, że czerniowiecka Izba lekarska uchwaliła, by na cele Izby i fundusz wdów i sierót pobierano opłaty zapomocą stempli 1- i 2-halerzowych, nalepianych z urzędu na każdą receptę i na każdą flaszkę wód mineralnych. Z tego źródła przewiduje Izba dochód 12.000 K. *R.*

Znaczki receptowe w Warszawie będą może wprowadzone na wzór znaczków, zaprowadzonych przez krakowskie »Towarzystwo Samopomocy lekarzy galic.« Sprawa ta była przedmiotem rozpraw w »Stowarzyszeniu lekarzy polskich«; dla jej rozpatrzenia wybrano osobną komisyę, która obecnie zwróciła się do administratora znaczków, dra Zydlowicza, o informacye co do urządzenia i wyników działania tej instytucyi. *R.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	po 1 h.
Od r. 1904 do końca r. 1906	314,765	112,950
W r. 1907 od 1. I. do 30. IV.	18,096	22,800
Od 1. do 31. maja 1907	2,450	1,000
razem .	335,311	136,750

Dr Żydłowicz, administrator.

Miejsc płatnych dla średnio zamożnych chorych nie będzie, jak donosiliśmy, w szpitalach wiedeńskich; powstanie za to sanatoryum, utrzymywane zbiorowemi siłami lekarzy. (Ze względu na interes ogółu lekarzy wyjdzie to chyba na jedno; z poza »zasadniczego« stanowiska wyłaniać się więc teraz zdaje walka grup lekarskich między sobą). Fundusz zakładowy sanatoryum utworzy 2000 udziałów po 500 K; dotąd subskrybowano 750,000 K. *R.*

Za niegodne stanu lekarskiego uważa klub lekarzy peszteńskich, żeby lekarz ordynujący otrzymywał od kolegi, którego prosi na naradę do swego chorego, pewną część jego honoraryum, niejako jakby prowizyę. *E. S.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 2. do 8. VI. 1907 doniesiono o 77 nowych przypadkach duru plamistego w 22 gminach, a mianowicie w m. Lwowie 2, pow. Borszczów (Korolówka 3), Buczacz (Porchowa 2), Czortków (Wygnanka 2), Gródek (Wiszenka m. 1), Horodenka (Dąbki 1), Jaworów (Przyłbice 1, Wierzbiany 2, Załuże 2), Kosów (Słobódka 30, Sokołówka 1), Lisko (Smolnik ad Lut. 1), Mościska (Wola małnowska 3), Nadwórna (Zielona 3), Pilzno (Kamienica górna 2), Peczeniżyn (Rungury 1), Rawa (Hujcze 1, Ulicko seredkiewicz 7, Rzyczki 8), Sniatyn (Rożnów 1), Stryj (Tarnawka 2, Stryj 1) i o 5 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 5 gminach, a mianowicie pow. Jasło (Kołaczyce 1), Nisko (Sojkowa 1), Strzyżów (Niewodna 1), Zborów (Józefówka 1). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 2. do 8. VI. 1907 przypadków: płonicy 5, duru brzusznego 1, dysenteryi 1, błonicy 3, krztuśca † 1, róży 2. *W.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 2. do 8. VI. 1907 urodziło się dzieci żywo 62, nieżywo 6; zmarło osób 59 (w tem obcych 25), z nich z gruźlicy 18 (8), zapalenia płuc 4 (1), płonicy —, krztuśca 1, duru brzusznego 1 (1). *R.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 2. do 8. VI. 1907 przypadków: błonicy 3 † 1 (w tem obcy 1), krztuśca 1, płonicy 5, duru brzusznego 4 (2), nagminnego zapalenia opon 2. *L.*

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Delegatem Akademii Umiejętności w Krakowie na Zjazd został wybrany dr Kazimierz Kostanecki, profesor anatomii Wszechnicy Jagiellońskiej. — Akademię Umiejętności w Zagrzebiu zastępować będzie na Zjeździe dr Gustaw Janeček, profesor chemii i dziekan Wydziału filozoficznego Wszechnicy w Zagrzebiu. — Towarzystwo leśne galicyjskie zamianowało swoim delegatem na Zjazd p. Stanisława Sokołowskiego, profesora szkoły lasowej we Lwowie, Towarzystwo higieniczne we Lwowie — prezesa swego dra Ferdynanda Obtułowicza.

Stan prac organizacyjnych w sekcyach:

W III sekcyi (chemicznej) zgłoszono 6 wykładów, z których wymieniamy: 1. J. Merunowicz: Badania nad heminą. 2. L. Bruner: Dynamiczne badania reakcyi organicznych. 3. St. Tołłoczko: O szybkości rozpuszczania się ciał stałych. 4. Br. Koskowski: Przemysł chemiczno-farmaceutyczny w Niemczech i możliwość stworzenia go w Galicyi.

W V. sekcyi (anatomiczno-zoologicznej łącznie z antropologiczną) wśród zgłoszonych 39 wykładów znajdują się m. i. następujące: 1. Loth Edward: Anatomia porównawcza rozcięgna stopowego w szeregu małp ze specyalnem uwzględnieniem człowieka. 2. Wielowiejskii H.: Wyniki badań nad oogenezą. 3. Tur Jan: Embryogenia potworów bezpostaciowych. 4. Grochmalicki J.: Badania nad regeneracyą soczewki ocznej u ryb. 5. Nussbaum J.: Przyczynki do historyi porównawczej skóry u kręgowców. 6. Tenże: Z kwestyi regeneracyi u robaków. 7. Schreiber W.: O asymetryi czaszki ludzkiej. 8. Weigl R.: O trofospongiach, aparatach siateczkowych i innych utworach w protoplazmie komórki. 9. Stefanowska M.: Teorya neuronów w świetle najnowszych poszukiwań. 10. Garbowski T.: Zjawisko cytofobii komórek bruzdkowych. 11. Hoyer H.: Rozwój układu limfatycznego u żaby. 12. Stołyhwo K.: Ślady prarasy ludzkiej na ziemiach polskich. 13. Tenże: Demonstracya kranioforu własnego pomysłu. 14. Kostanecki K.: Rozwój partenogenetyczny jajek mięczaka Mactra. 15. Bochenek A.: O centralnem rozgałęzieniu włókien nerwu wzrokowego. 16. Tenże: Badania doświadczalne nad rozwojem nerwów. 17. Godlewski E. jun.: Z badań nad problemem dziedziczności. Cytologiczne badania zjawisk regulacyjnych po uszkodzeniach, wywołanych w procesie rozwojowym działaniem kwasu węglowego. 18. Białoszewicz K.: O zjawiskach absorbcyi wody w początkowych okresach rozwoju embryonalnego. 19. Loriowa M.: Badania doświadczalne nad regeneracyą nerwów. 20. Młodowska: Histogeneza mięśni skieletowych. 21. Rosenhauch E.: Badania nad rozwojem komórki śluzowej. 22. Markowski J.: O rozwoju zatok żylnych opony twardej u człowieka. 23. Markowski i Kadyi H.: Ulepszenie masy gutaperchowej Teichmanna celem nastrzykiwania najdrobniejszych naczyń. 24. Pańczyszyn M.: Rekonstrukcya plastyczna piramid nerki ludzkiej. 25. Szymonowicz: O zakończeniach nerwowych we włosach ludzkich. 26. Tenże: Porównawcze badania zakończeń nerwowych w błonie śluzowej i skórze ptaków. 27. Tenże: Porównawcze badania zakończeń nerwowych we włosach dotykowych zwierząt ssących. 28. Hulanicka Roz.: O zakończeniach nerwowych w błonie śluzowej i skórze płazów i gadów. 29. Grek J.: O ciałkach Hassala w grasicy.

X. Sekcya fizyologiczna (c. d.). Z zakładu fizyologicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie zgłoszono: 14. Prof. Cybulski: W sprawie teoryi prądów elektrycznych tkanek żywych. 15. Tenże: O prądach elektrotonicznych. 16. Tenże wspólnie z pp. Pielą, Czarnkiem i Hubickim: Mikrokalorymetr i jego zastosowanie. 17. Welecki St.: Przyczynek do wyjaśnienia fizyologicznego działania nadnercza. 18. F. Hortyński: Przyczynek do badań nad prądami osiowymi. 19. Borkowski (Kraków): Hemolityczne działanie soli rtęciowych. 20. Tenże: O tak zw. »fenomenie Gürtera« (wpływ kwasu węglowego na czerwone ciałka krwi). — Z zakładu fizyol. Uniw. lwowskiego: 21. Prof. Beck: Demonstracya ergografu żuchwowego.

W sekcyi filozoficznej zgłoszono 30 wykładów, m. i. w dziale III (psychologia): 1. Dr Bandrowski (Lwów): Z psychologii myślenia. 2. St. Sterling (Zurych): Z psychologii myślenia. 3. A. Stögbauer (Lwów): O tożsamości przedmiotu wyobrażeń. 4. Dr A. Złotnicki (Przedecz): Biologiczne znaczenie wierzeń. 5. Tenże: O odosobowieniu (depersonalizacyi) wspomnień. 6. Ks. prof. dr Gabryl (Kraków): Nieco o naturze obrazów pamięciowych. 7. Dr K. Noiszewski (Dźwińsk): Powstawanie wyobrażeń wzrokowych wielkości i odległości. 8. Dr A. Wyczółkowska

(Lwów): Z psychologii słuchu. 9. Taż: Z psychologii mowy. 10. A. Szycówna (Warszawa): Psychologia dziecka w początkach XX. wieku. 11. Taż: Rozwój pojęć moralnych u dzieci.

W dziale I (logika i metodologia ogólna) zgłosił m. i. 2 wykłady dr Władysław Biegański (Częstochowa).

XI. Sekcya patologiczna. Gospodarze: Prof. A. Obrzut i Prof. P. Kučera. Sekretarz: Dr W. Nowicki. Zgłoszone wykłady: 1. Prof. Browicz (Kraków): O stłuszczeniu (spraw. poglądowe). 2. Dr Blumenfeld (Lwów): Meningococcus i gonococcus. 3. Prof. Bujwid (Kraków): Stosowanie zapobiegawcze niektórych szczepionek i surowic. 4. Prof. Ciechanowski (Kraków): Z kazuistyki anatomiczno-patologicznej. 5. Dr Dembiński (Warszawa): O bakteryolizie laseczników gruźliczych. 6. Dr Dembiński i dr Karwacki (Warszawa): O tworzeniu się we krwi związków swoistych w przebiegu zakażeń. Mechanizm powstawania i rola tych związków. 7. Dr Eisenberg (Kraków): Nowe zagadnienia i nowe drogi w nauce o odporności. 8. Tenże: Przyczynek do mechanizmu zakażenia. 9. Doc. Gliński i prof. Ciechanowski (Kraków): W sprawie anatomii i patologii wyrostka robaczkowego. 10. Prof. Hlava (Praga): Temat zastrzeżony. 11. Dr Hornowski (Lwów): O nowotworach serca. 12. Tenże: Gruczoły śluzowe oskrzeli w chorobach miąższu płucnego. 13. Tenże i dr Nowicki (Lwów): Nadnercze i miażdżyca. 14. Dr Hryniewski (Moskwa): Próba biologicznej charakterystyki zjawisk zakażenia. 15. Dr Karwacki i dr Dembiński (Warszawa): O odporności (spr. poglądowe). 16. Dr Karwacki (Warszawa): Próby hodowania krętka bladego. 17. Tenże: Odczynniki do prób sero-dyagnostycznych. 18. Tenże: Hodowle laseczników kwaso-odpornych ujednostajnione. 19. Tenże: Metodyka otrzymywania czystych hodowli laseczników gruźlicy z plwociny. 20. Tenże: Temat zastrzeżony (z zakresu epidemiologii i anatomii pat. gorączki powrotnej). 21. Tenże i dr Dunin-Karwicka (Warszawa): Anatomia patologiczna przymiotu nabytego i dziedzicznego w związku z krętkiem bladym. 22. Prof. Kučera (Lwów): Zapalenie wsierdzia przy gruźlicy. 23. Dr Landau i dr Wilczyński (Lwów): O powstawaniu obrzęków przy zapaleniu nerek. 24. Dr Nitsch (Kraków): O wściekliźnie. 25. Prof. Nowak (Kraków): Różnica biologiczna między trzema rasami gruźlicy: ludzkiej, bydlęcej i ptasiej. 26. Dr Nowicki (Lwów): Flora tlenowców w woreczku żółciowym na podstawie 150 przypadków sekcyjnych. 27. Tenże: Badania nad wyrostkiem robaczkowym z uwzględnieniem stosunków anatomicznych i patologicznych. 29. Prof. Obrzut (Lwów): O budowie gruzełka (spr. poglądowe). 29. Tenże: Temat zastrzeżony. 30. Dr Orłowski (Petersburg): Patologiczno-anatomiczne zmiany w mięśniu sercowym u królików przy ostrem, ostrawem i przewlekłem zatruciu niektórymi środkami sercowymi. 31. Dr Serkowski (Łódź): Nowy typ podłóż bakteryjnych. 32. Tenże: Szczepionka przeciwpłonicza zapobiegawcza.

XVIII. Sekcya okulistyczna (c. d.). Wykłady: 27. Dr Fukala (Wiedeń): O leczeniu niektórych chorób ocznych. 28. Dr Maciesza (Płock): Polskie podręczniki szkolne z punktu widzenia higieny oka. 29. Tenże: Statystyka ślepoty w Królestwie Polskiem. — Demonstracye: 9. Doc. Bednarski (Lwów): Przedstawienie przyrządu służącego do badania obrazków zdwojonych.

W XXIV sekcyi (weterynaryjnej) zgłoszono 18 wykładów. Pomijając wykłady treści ściśle weterynaryjnej, wymieniamy prócz przytoczonych poprzednio (Nr 6, str. 74 i Nr 19 str. 257): 1. Doc. Markowski: Ujednostajnienie we wszystkich państwach oględzin bydła i produktów spożywczych zwierzęcego pochodzenia. 2. Kiszkiel J.: Porównawcza ocena sposobów oczyszczania odpływów rzeźnianych.

Na wystawę zjazdową zgłosiło się dotąd 430 wystawców ze wszystkich dzielnic Polski; nadto dopuszczono kilkunastu wystawców zagranicznych ze względu na przedmioty, w kraju nie wyrabiane.

Składki na pomnik M. Nenckiego (spis II, od 21. V. do 3. VI.): Na listę prof. dr Nadiny Sieberowej (Petersburg): prof. dr Sieberowa 100 rb., prof. dr S. Dzierżgowski 100 rb., p. Władysław Dzierżgowski 100 rb., p. Grigoriewa 1 rb., p. St. Biernacki 50 kop., p. W. Białosuknia 3 rb., razem 304 rb. 50 kop. = 764 kor. 75 hal. Od Wydziału Tow. nauczycieli szkół wyższych (Lwów) 30 kor. Od członków komisyi redakcyjnej »Przeglądu lekarskiego« (Kraków) 50 kor. Od doc. dra Wł. Janowskiego (Warszawa) 32 kor. 40 hal. Składki przyjmuje dalej sekretarz Wydziału gosp. Zjazdu, docent dr Adam Szulisławski (Lwów, Jagiellońska 8).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 12. VI. b. r. posiedzenie, na którem 1) odczytano pismo komitetu, wybranego przez wiec lekarzy w sprawie polikliniki; 2) prof. Kader przedstawił: *a*) chorego na próchnienie kręgów szyjnych w gorsecie do zdejmowania swego pomysłu; *b*) przypadek stopy końskoszpotawej, leczony ortopedycznie; *c*) przypadki porażeń dziecięcych, leczone przez wszczepienie nerwów, plastykę mięśniową i artrodezę; 3) uchwalono wnioski komisyi dla spraw szpitalnictwa, przedstawione przez referenta, prof. Ciechanowskiego.

— Wydział lekarski Uniw. Jag. przedstawił na katedrę położnictwa i ginekologii prof. Aleksandra Rosnera, na katedrę pedyatryi docenta Ksawerego Lewkowicza i habilitował dra Romana Nitscha z zakresu bakteryologii.

— Zastępcze kierownictwo oddziału położniczo-ginekologicznego w szpitalu św. Łazarza powierzył Wydział krajowy sekundaryuszowi drowi Józefowi Owsińskiemu aż do czasu zamianowania profesora położnictwa i ginekologii w Uniwersytecie Jag. i objęcia przez niego obowiązków prymaryusza.

— Grono lekarzy postanowiło założyć w Krakowie poliklinikę o celach humanitarnych i naukowych. Poliklinika ta udzielałaby porady bezwzględnie bezpłatnej chorym notorycznie ubogim i służyłaby zarazem do badań naukowych i wykładów dla lekarzy. W sprawie tej odbył się w ubiegłym tygodniu wiec, w którym uczestniczyło kilkudziesięciu lekarzy krakowskich. Wiec ten uchwalił oprzeć się wprowadzeniu polikliniki w życie. Komitet, wybrany w tym celu przez wiec, odbył d. 6. VI. b. r. posiedzenie, na którem zredagowano i wysłano pismo protestujące do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, Wydziału lekarskiego U. J., Towarzystwa Samopomocy lekarzy i Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

— Wydział Izby lek. zach.-galicyjskiej na posiedzeniach swych w dniu 25 maja i 6 czerwca b. r. załatwił cały szereg spraw administracyjnych i uchwalił w zasadzie zająć odpowiednie stanowisko w sprawie projektowanej w Krakowie polikliniki, przeciwko której oświadczył się wiec lekarzy krakowskich. — Rada honorowa odbyła d. 6 czerwca rozprawę honorową przeciwko jednemu z lekarzy, zakończoną wyrokiem, skazującym go na grzywnę. *L.*

— *Otrzymujemy następujące pismo:* Kolega dr Zenon Pelczar z Truskawca przysłał na moje ręce 20 koron dla Towarzystwa Samopomocy lekarzy zamiast wieńca na trumnę ś. p. dra Słapy. Kwotę tę przesłałem przez pocztową kasę oszczędności do centralnej kasy Towarzystwa. *Dr Langie.*

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej odbył posiedzenia w d. 22. V., I. VI. i 8. VI. b. r., na których oprócz załatwienia szeregu drobniejszych spraw bieżących i rozpatrzenia kilku spraw honorowych rozpoczęto pierwsze czytanie projektu nowego regulaminu Izby, opracowanego przez dra Papéego, wydano opinię co do utworzenia nowych aptek we Lwowie i kilku miejscowościach wschodniej Galicyi, postanowiono udzielić poparcia pewnemu lekarzowi w staraniach tegoż o poprawę warunków pracy w Kasie chorych, zajmowano się sprawą polepszenia bytu lekarzy kolejowych, wydano opinię co do zamianowania znawcą sądowym jednego z lekarzy, wreszcie przyznano komitetowi X. Zjazdu na pomnik ś. p. Nenckiego kwotę 50 koron.

— »Tygodnik lek.« (Nr 23) donosi, iż władzom administracyjnym, wytykającym ordynacyę w lwowskich klinikach kilku lekarzy obcych poddanych, jako nie posiadających prawa praktyki w Austryi, odpowiedział Wydział lekarski lwowski, że lekarze ci, zatwierdzeni przez ministerstwo na stanowiskach asystentów, mają prawo w zastępstwie swych przełożonych pełnić w klinikach wszelkie czynności lekarskie, że nie stanowi to jednak wykonywania praktyki lekarskiej we właściwem znaczeniu tego słowa.

— Wydział krajowy ogłasza konkurs na nowoutworzoną posadę chemika w szpitalu lwowskim (płaca 2400 K., 3 pięciolecia po 300 K.). Termin podań (na ręce Dyrektora szpitala lwowskiego) do 15. VII. b. r.

— Przelotne bezrobocie służby (150 osób) zdarzyło się w zakładzie dla obłąkanych w Kulparkowie, mieszczącym obecnie 1250 chorych. Bezrobocie zażegnano w ciągu kilku godzin.

— Fizykat miejski urządza w lipcu kilkotygodniowy kurs dla dozorców targowych, na którym oprócz fizyka m. dra Legieżyńskiego wykładać będą prof. dr Gizelt (o nabiale), weter. dr Gottlieb (o oględzinach mięsa) i t. d.

— Zakład hydropatyczny ma powstać we Lwowie staraniem Zarządu szpitala izraelickiego.

Warszawa. Z wydanego właśnie XXV. Sprawozdania »Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem im. dra med. Józefa Mianowskiego« wynika, że po ćwierćwiekowem istnieniu doszła Kasa do poważnego, pół miliona rubli przekraczającego majątku. Bilans za r. 1906 zamyka się kwotą 536.883 rbs. Członków założycieli liczyła Kasa 88, honorowych 158, rzeczywistych 831 (5-rublowe roczne ich wkładki przyniosły w roku 1906 4407 rbs.). W roku 1906 wypłaciła Kasa na cele i badania naukowe i wydawnictwa naukowe ogółem 30.600 rbs. 03 kop. W dziale nauk lekarskich otrzymali z tego dr Dębiński, Rzętkowski, Kamieński, Rotsztadt, Sosnowski, Orłowski, Steinhaus na badania i wydawnictwa razem 3886 rbs. 66 kop., a więc niewiele ponad dziesiątą część ogólnej sumy. Już w r. z. podnosiliśmy, że na cele badań i wydawnictw lekarskich wydaje Kasa stosunkowo bardzo mało; nie zmieniło się to, jak widać, i w r. 1906. W r. 1906 przyznano nadto, ale jeszcze nie wypłacono: drowi Heryngowi rb. 500 (na wydanie dzieła p. t. »Choroby nosa, jamy nosowo-gardłowej i gardła«), drowi Kramsztykowi rb. 600 (na »Objawy kliniczne chorób oczu«), drowi Markiewiczowi rb. 250 (na podręcznik doc. Chlumskyego »Wykład o masażu«), drowi T. Benniemu rb. 300 (na badania fizyologii mowy).

— Otwarcie szpitala dla chorych na dur powrotny przy ul. Spokojnej zostało znowu wstrzymane, chociaż epidemia nietylko nie wygasa, ale szerzy się znowu silniej. (W przeszłym tygodniu było 158 świeżych przypadków). Rada dobrocz. publ. wniosła do magistratu protest przeciw przewlekaniu sprawy szpitala epidemicznego (»Gaz. lek.« 22).

— Towarzystwo opieki nad nieuleczalnie chorymi utrzymywało w r. 1906 w swoim przytułku w Królikarni 66 kobiet i udzieliło w 3 swoich lecznicach 17.636 porad. Do zarządu na r. b. wybrany został z lekarzy dr W. Żurakowski, zastępcą członka zarządu dr K. Zaleski.

— Budowa wznoszonego ze składek sanatoryum dla piersiowych chorych w Rudce pod Kuflewem uległa od lat kilku dla braku funduszów niepożądanej przerwie. Główny inicyator sanatoryum, dr T. Dunin, postanowił przeto przyspieszyć wykończenie budowy przez zaciągnięcie pożyczki 30.000 rbs., którą ofiarował się zabezpieczyć hipotecznie na swym własnym domu aż do czasu spłacenia jej przez grono ofiarnych osób, które dla tej sprawy zjednał.

— »Medycyna« (Nr 23) donosząc, iż w jednym ze szpitali warszawskich ma być utworzona osobna posada ordynatora-rentgenologa (!), występuje przeciw nieprawidłowemu nadawaniu ordynatur pokątną drogą jednostkom protegowanym.

— Ministeryum oświaty postanowiło uniwersytet warszawski i w przyszłym roku pozostawić zamkniętym.

— Na pawilon szpitalny im. ś. p. dra Jonschera zebrano dotąd w Łodzi 11.000 rbs.

— Szpital im. Poznańskich w Łodzi pozbawiony zostanie od 1. VII. b. r. znacznej zapomogi, którą otrzymywał od spadkobierców fundatora, wskutek czego musi zaprowadzić wielkie oszczędności.

Z różnych stron. W Monachium odsłonięto pomnik H. Ziemssena.

— Na fundacyę pamiątkową im. Schaudinna zebrano w Niemczech 85.170 mk.

— W Wiedniu odbyło się 29. V. b. r. Walne Zgromadzenie międzynarodowego Związku Akademii Umiejętności. W sekcyi matematyczno-przyrodniczej uchwalono organizacyę międzynarodowych badań budowy i czynności mózgu. Wyznaczona do tego komisya centralna składa się z 7 podkomisyi (anatomia opisowa, anatomia porównawcza, histologia, rozwój, fizyologia, patologia, klinika). Jako centralne zakłady wyznaczono zakłady neurologiczne w Wiedniu, Zurychu i Filadelfii. Do przedsięwzięcia tego oświadczyło gotowość 31 państw. Prezesem komisyi centralnej jest prof. Waldeyer. (W całej tej organizacyi niema nazwisk polskich, a wogóle naszej Akademii nie wyznaczono, o ile wiemy, należnego jej stanowiska w międzynarodowym Związku Akademii).

— Na ostatnim rosyjskim Zjeździe im. Pirogowa uchwalono podjąć starania o reformę studyów lekarskich, o zniesienie egzaminów na »doktora medycyny« i ustanowienie jednego tylko stopnia naukowego: »lekarza«, o podniesienie poziomu szkół średnich; postanowiono Związkowi lekarskiemu nadać charakter zawodowy i utworzyć osobny Związek lekarzy fabrycznych. Przyszły Zjazd odbędzie się w r. 1909 w Odessie.

— Związek balneologów austryackich urządzi wystawę balneologiczną, jako osobny oddział na wiedeńskiej wystawie jubileuszowej w r. 1908. Należałoby sobie życzyć, żeby i nasze zdrojowiska wzięły udział w tej wystawie. *E. S.*

Mianowani: W szpitalu lwowskim dr Samuel Meiżels sekundaryuszem I. kl., drowie: Władysław Wyhowski, Łazarz Lauterstein, Juliusz Notz, Juliusz Stockknopf — sekundaryuszami II. kl.; adjuta otrzymali drowie: T. Walichiewicz, M. Tobiaszek, Józ. Jasieński, Wł. Huzar, Maur. Penzias. — Dyrektorem szpitala w Husiatynie mianował Wydział krajowy dra Zarembę, sekundaryusza szpitala krakowskiego;

Prof. Lubarsch mianowany dyrektorem zakładu patologicznego akademii lek. w Düsseldorfie; prof. Schirmer profesorem okulistyki w Strassburgu; profesorami klinicznymi w Paryżu: prof. Hutinel (na miejsce Granchera), prof. Segond (na miejsce Ferriera).

Zmarli: Prof. M. Litten z Berlina w zdrojowisku Liebenstein w 62 r. ż.; znakomisty higienista Sir Józef Fayrer w Falmouth w 82 r. ż.;

Dr Ludwik Czernichowski w 72 r. ż., a 50 roku pracy lekarskiej w Orszy; dr Lucyan Marecki, lekarz m. Kałuszyna, w 31 r. ż.

Sprostowanie. W Nrze 23, str. 285, szp. 2, wiersz 26 od góry po słowie »mniejwięcej« dodaj: »dwukrotnej«.

Redakcya otrzymała: Prof. C. Beck (NYork): 1) A new method of orchidopexy. 2) A new method of operation for epispadias. 3) A new method of incision for removal of the breast. Odb. Med. Rec.« 1906/7. 4) The Röntgen method in lithiasis of the urinary tract. Odb. »Ann. of Surg.« 1905. 5) Üb. Lungengangrän. Odb. z »Deuts. med. Wochs.« 1907. 6) Üb. eine neue Methode der Deckung von Schädeldefecten. Odb. »Arch. f. kl. Chir.« 1906. 7) Üb. die Bewertung der Frühsymptome bei der Entzündung des Wurmfortsatzes. Odb. »Arch. f. klin. Med.« 1906. — XXV. Sprawozdanie z działalności kasy im. Mianowskiego za r. 1906. — Bericht üb. die II. Sitzung des Reichsverbandes österr. Aerzteorganisationen. — Dr W. Ziembicki: Pierwsze dziesięciolecie lwowskiej kliniki chorób wewnętrznych. Lwów, 1907. — Higier. 1) Familiäre paralytisch-amaurotische Idiotie u. familiäre Kleinhirnataxie des Kindesalters. »Deuts. Zts. f. Nervenh.« 1906. 2) Schweissanomalien bei Rückenmarkskrankheiten. »Neurol. Ctbl.« 1907. 3) Was lehren uns die Bibel, der Talmud und das Evangelium über Lepra und Syphilis.« Petersb. med. Wochs.« 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Walne Zgromadzenie Tow. Samopomocy lekarzy odbędzie się w domu Tow. lek. w Krakowie (Radziwiłłowska 4) **w niedzielę dnia 23. czerwca o godzinie 4 popołudniu.** Ze względu na niezmierną doniosłość dla ogółu lekarzy spraw mających się omawiać, zwraca się Wydział z prośbą, zwłaszcza do Kolegów z poza Krakowa, by licznie przybyć zechcieli, lub delegatów wysłali. Kolegów niecztonków, jako gości, uprzejmie się zaprasza.

Dr Flis, zast. sekretarza. *Dr Bogdanik,* wiceprezes.

Towarzystwo lekarskie warszawskie

ogłasza następujące tematy do nagrody konkursowej z funduszu zapisanego przez Dra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO.

1) Stosunek tak zwanej arteriosclerozy doświadczalnej królików do miażdżycy tętnic u ludzi. 2) Azurofilowa ziarnistość lymfocytozów w rozmaitych stanach patologicznych. 3) Płytki Bizzozero, ich pochodzenie i udział w krzepnieniu krwi. 4) O wpływie ośrodków nerwowych na trofikę mięśni. 5) Stwierdzić doświadczalnie zależność tężyczki pooperacyjnej od wycięcia gruczołów przytarczycowych, oraz możliwość jej leczenie przez wszczepianie tych gruczołów. 6) Sprawdzić doświadczalnie na zwierzętach, jaka metoda połączenia dróg żółciowych z jelitem najbardziej zabezpiecza te drogi od zakażenia. 7) Wpływ alkoholu na wydzielanie się ciał alloksurowych z moczem. 8) Zbadanie chemiczne i bakteryologiczne wód ściekowych z domów w Królestwie Polskiem, skanalizowanych systemem przelewnym. 9) Doświadczenia i obserwacye nad wpływem kesonów warszawskich na pierwiastki morfologiczne krwi. 10) Zmiany krzepliwości krwi i krążków czerwonych (ich wielkość i odporność) w żółtaczkach przewlekłych. 11) Samooczyszczanie się Wisły pod Warszawą podczas przyboru, przy średniej i niskiej wysokości wody. 12) Studya nad morfologią i biologią spirochetów Obermayer'a. 13) Badanie trawienia żołądkowego u starców.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1908 r. Za najlepszą pracę napisaną na jeden z tematów z liczby wyżej wymienionych, wyznaczoną jest nagroda po rb. 300.

Rozprawa nagrodzona wydrukowaną będzie nakładem Tow. lek w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autora. Prace nadesłane być mają w rękopisach pod adresem Sekretarza stałego Tow. lek. warszawskiego (ul. Niecała Nr 7) z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownemi dewizami.

Towarzystwo lekarskie warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna, w kwocie rb. 200, imienia TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO, przyznaną zostanie przez Tow. w r. 1909 za najlepszą prace oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1 stycznia 1905 r. do 31 grudnia 1908 r. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający, żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor przesyłając prace do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznacza. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1905—1908 i w ciągu stycznia 1909 r. na rece Sekretarza stałego Towarzystwa. Ustawe i regulamin konkursowe każdy w Kancelaryi Towarzystwa (ulica Niecała Nr 7) przejrzeć może.

Towarzystwo lekarskie warszawskie 376

podaje do wiadomości, że z funduszu Dra med. i chirurgii LEONA KONITZA, przyznana zostanie przez Towarzystwo w dniu 15 października 1908 r. jako w rocznice zgonu Dra Konitza, nagroda pieniężna w kwocie rb. 500, za najlepszą prace oryginalną, poświęconą chorobom kobiecym lub akuszeryi, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 1 kwietnia 1905 r. do dnia 31 marca 1908 r. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzielona stosownie do uznania Komitetu konkursowego. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiankowanej specyalności, jak również i podręczniki obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31 marca 1908 r. przedstawić Towarzystwu prace w rękopisach, z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Prace nadsyłane być mają pod adresem Sekretarza stałego Towarzystwa lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała Nr 7), lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków Towarzystwa z oświadczeniem na piśmie, że praca złożona zostaje na konkurs imienia Konitza. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłomaczona na język polski, nie może być nagrodzoną. Rozprawa uwieńczona z liczby prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora p. o. Sekretarza stałego: *W. Kosmowski.*

Rok XLVI. Kraków, dnia 22. czerwca 1907. Nr 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiell. pod kierownictwem prof. W. Jaworskiego.

O zmianie ilości bakteryi w kale pod wpływem stosowania w lewatywach i w dyecie mleka kwaśnego zwykłego oraz sporządzonego sposobem Miecznikowa.

Napisał

Dr Bronisław Wejnert.

(Ciąg dalszy.)

Przez odbytnicę już od bardzo dawna stosowano różne leki. W pracy Graafa: »Tractatus de clysteribus« znajdujemy wskazówki, iż stosowanie lewatyw było znane w starożytnym Egipcie. Sprawą tą zajmował się i Celsus. W późniejszych czasach wielu autorów wprowadzało do odbytnicy różne leki jużto w celu działania miejscowego, jużto ogólnego, ogłaszając wyniki swych badań [2]). Badań wszakże nad działaniem wprowadzonego do odbytnicy mleka kwaśnego na zmianę ilości bakteryi w kale nikt dotąd nie wykonał, i tą właśnie sprawą postanowiliśmy się zająć.

Zabierając się do tych badań, należało przedewszystkiem wybrać pewien sposób postępowania przy liczeniu bakteryi, możliwie najdokładniejszy. Przeglądając piśmiennictwo doszliśmy do wniosku, że niema żadnej stałej metody, którąby się wszyscy autorowie posługiwali, lecz że prawie każdy postępował inaczej.

I tak Suchsdorf napełniał kałem rurkę szklaną i ważył ją, następnie brał igłą platynową niewielką ilość kału i przenosił do kolby, zawierającej 500 c.^{3} wody. Rurkę z kałem ważono po raz drugi, a różnica wagi wskazywała, jaką ilość kału użyto do doświadczenia. Płyn w kolbie mieszał Suchsdorf dokładnie przez potrząsanie, następnie sączył i 1 c.^{3} przesączu mieszał z żelatyną; z tego pierwszego rozcieńczenia brał znów 1 c.^{3}, przenosił do 10 c.^{3} żelatyny i otrzymywał w ten sposób rozcieńczenie Nr 2. W taki sam sposób dochodził do rozcieńczenia Nr 3 i 4. Ilość bakteryi na wylanych płytkach obliczał po 48 godzinach.

Stern uważając, iż Suchsdorf popełnia zbyt wielki błąd, nie uwzględniając całej ilości bakteryi, pozostających na sączku, wprowadził do metody Suchsdorfa zasadniczą zmianę, a mianowicie, odważoną ilość kału rozcierał dokładnie z niewielką ilością wody i otrzymywał zawiesinę, którą, nie sączoną, rozcieńczał wodą (do 100 c.^{3} dla rozcieńczenia Nr 1; biorąc z niego 5 c.^{3} przenosił do 100 c.^{3} wody i w ten sposób otrzymywał rozcieńczenie Nr 2). Z takich rozcieńczeń przenosił Stern na agar jedną lub kilka kropel zapomocą pipetki, której 23 krople = 1 c.^{3} Ilość bakteryi obliczano po 4—6 dniach. Prócz powyższego sposobu Stern posługiwał się jeszcze do badań wpływu środków przeciwgnilnych na bakterye w jelitach inną metodą, a mianowicie zapomocą wprowadzania prątka krwawego *(b. prodigiosus)* do przewodu pokarmowego. Sposób ten pomijamy, jako bardzo kłopotliwy, dający jeszcze mniej dokładne wyniki i wyjaśniający właściwie wpływ środków przeciwgnilnych na prątka krwawego, a nie na bakterye, stale znajdujące się w przewodzie pokarmowym.

Fürbringer postępował zupełnie inaczej: nabierał on do 2 uszek platynowych kału, przenosił to do 10 c.^{3} wody i z tego przenosił 5 uszek do probówek z płynną żelatyną. Ilość kału, użytą do jednego badania, obliczał Fürbringer w przybliżeniu na 0,008 mg.

Gilbert i Dominici brali po 0,01 gr. kału, rozcieńczali w 100 c.^{3} wody i stąd $^1/_{10}$ c.^{3} płynu przenosili do żelatyny znajdującej się w rurkach Wurtza.

Salkowski rozcierał całą ilość kału z wodą, której dodawał do 2 litrów; 1 c.^{3} tego płynu rozcieńczał, dolewając wody do 100 c.^{3} Z tego I. rozcieńczenia brał 5 c.^{3} i znów dolewał wody do 100, a powtórzywszy to jeszcze raz otrzymywał rozcieńczenie Nr 3. Z każdego z tych 3 rozcieńczeń używał Salkowski do zasiewu po 1 c.^{3}.

Kumagawa wreszcie 1 gr. kału rozcieńczał 100 c.^{3} wody i w ten sposób otrzymywał rozcieńczenie Nr 1, stąd 1 c.^{3} przenosił do naczynia z 100 c.^{3} wody (to było rozcieńczenie Nr 2), a powtarzając to raz jeszcze otrzymywał rozcieńczenie Nr 3. Do zasiewu na żelatynie używał po 1 kropli z każdego rozcieńczenia.

Oczywiście wszystkie używane przez tych autorów naczynia, przyrządy, woda — były wyjaławiane.

My użyliśmy sposobu postępowania cokolwiek od wszystkich powyższych odmiennego, a mianowicie: Z całej ilości oddanego stolca braliśmy po 3—5 gr. kału z różnych miejsc i rozcieraliśmy dokładnie w wyjałowionej miseczce. Z uzyskanej w ten sposób jednostajnej masy odważaliśmy 1 gr., który znów rozcierano przy stopniowem dolewaniu jałowej wody (do 100 gr.). Taka zawiesina służyła nam jako rozcieńczenie Nr I. Aby otrzymać drugie rozcieńczenie braliśmy wyjałowioną pipetką (jedną) 2 krople i przenosiliśmy do 10 gr. wody jałowej (Nr II). Następnie przenosiliśmy na żelatynę z Nr I. jedną (2) kroplę, a z Nr II. (jedną) 2 krople również zapomocą pipetki. Używane do tego bardzo cienkie, włoskowate pipetki stale dawały równe

[2]) Helvetius, Neukrantz, Truppel, Restelli et Gaetano Strambio, Gorochowcew, Savory, Falk, Briquet, Starke, Biur, a ostatnio Sternberg.

krople. 70 kropel rozczynu Nr I. ważyło 1 gr.; również jeden gram ważyło 80 kropel rozczynu Nr II., cośmy niejednokrotnie sprawdzali. Obliczanie kolonii w płytkach Petriego następowało po 48 godzinach. Na podstawie wyżej wymienionych danych nie trudno obliczone na płytkach kolonie sprowadzić w stosunek do 1 miligrama kału. Sposób, którego używaliśmy, jest od innych nieco mniej kłopotliwy przy naszych warunkach pracy, nie będąc, jak przypuszczamy, mniej od innych sposobów dokładnym.

Ogółem badaliśmy kał co do ilości zawartych w 1 miligramie bakteryi w 26 przypadkach: 1) w 10 przypadkach badaliśmy kał przed i po seryi lewatyw z mleka kwaśnego przesączonego; 2) w 8 przypadkach określaliśmy ilość bakteryi w kale przy dyecie zwykłej i przy wprowadzaniu do dyety mleka kwaśnego zwykłego; 3) w 8 przypadkach zamiast zwykłego mleka kwaśnego używaliśmy mleka, zakwaszonego (laktobacyliną) sposobem Miecznikowa.

W pierwszej seryi przypadków postępowaliśmy w taki sposób: przed rozpoczęciem doświadczenia obliczaliśmy ilość bakteryi w kale (2—3 razy). Następnie badany otrzymywał przez szereg dni (3—6) lewatywy z kwaśnego mleka, które przed użyciem było nagrzane do 30⁰ i przesączone przez rzadkie, grube płótno. Każda lewatywa zawierała od 300 do 1000 cm. płynu; utrzymywano ją od 15 minut do kilku godzin. Ponieważ ilość lewatyw, ilość wprowadzonego płynu i czas utrzymania różniły się znacznie, więc w każdym z poniżej przytoczonych przypadków te okoliczności zaznaczamy. Po ostatniej lewatywie czekaliśmy na pierwsze stolce, które same odejdą i w nich obliczaliśmy ilość bakteryi. Badane osoby otrzymywały przez cały czas jednostajną dyetę.

I. M., liczba dziennika 120. *Hysteria.* Dnia 19. i 20. I. 1907 r. ilość bakteryi na żelatynie w 1 miligramie kału określeno na 441.056 i 359.856; średnio wypada 440.456. Dnia 21. I. wlano *per rectum* 1 litr mleka kwaśnego przesączonego o kwaśności 65; utrzymane 35 minut; nieprzyjemnych objawów prócz kruczenia w brzuchu nie było. Dnia 22. I., 23. I. 24. I. 25. I. 26. I. wlewano również po 1 litrze j. w.; lewatywa utrzymywana po 60 minut. (Kwaśność mleka wahała się 65—85). Dnia 27. I. i 28. I. ilość bakteryi w 1 mil. kału = 157.437 i 214.800; średnio 186.116. Dyeta: Rosół, kompot, jarzyna, 4 bułki, 5 mlek słod.

II. K., l. dz. 82. *Neurosis ventriculi.* D. 8. i 9. XII. 1906 ilość bakteryi w 1 miligr. kału = 62.475 i 71.600; średnio 670.37′5. Dnia 9. XII. wlano *per rectum* 1 l. mleka kwaśnego przesączonego o kwaśności 65; utrzymywał 15′; bolów nie miał. Dnia 10. XII, 11. XII, 12. XII, 13. XII, 14. XII. stosowano mleko kwaśne j. w.; utrzymywał 30′—45′; wahanie kwaśności mleka od 65—80. Dnia 14. i 15. XII. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału = 21.420 i 17.850; średnio 19.635. Dyeta: 4 mleka słodkie, rosół, 4 jaja, legumina, 3 bułki, jajecznica.

III. C., l. d. 64. *Ulcus ventriculi.* Dnia 28. i 29. XI. 1906 ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 357.000 i 393.800; średnio = 375.400. Dnia 29. XI. wlano *per rectum* 1 l. mleka kw. przes. o kw. 65; utrzymała 6 godzin; parcia, ani bolów nie było. Dnia 30. XI. j. w. utrzymała 2 godziny; 1. XII, 2. XII, 3. XII. j. w. utrzymywała $1^1/_2$—2 godzin; kwaśność wahała się między 65—75. Dnia 4. XII. i 5. XII. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 71.400 i 93·080; średnio 82.240. Dyeta: 3 mleka sł., rosół, 4 jaja, 3 bułki, kawa biała.

IV. B., l. dz. 71. *Hysteria.* D. 28. i 29. XI. 1906 r. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału = 35.700 i 35.800; średnio 35.750. Dnia 29. XI. wlano *per rectum* 1 l. mleka kwaśnego przes. o kwaśności 70; utrzymała $1^1/_2$ godziny; dnia 30. XI. i 1. XII. j. w., utrzymywała 60′; kwaśność oba razy była 65. Dalszych wlewań zaniechano z powodu bolów. Dnia 2. XII. i 3. XII. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału = 24.990 i 42.960; średnio 33.975. Dyeta: 5 mlek sł., rosół, mięso, legumina, jarzyna, 4 bułki, kawa biała.

V. F. I., dz. 60. *Colitis ulcerosa.* Dnia 17. i 18. XI. 1906 r. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału = 303.800 i 325.500; średnio 314.650. D. 18. XI. wlano *per rectum* 300 ctm. mleka kwaśn. przesączonego, o kwaśności 65, utrzymał 10′; odczuwał parcie; d. 19. XI. j. w. utrzymał 20′; d. 20. XI, 21. XI, 22. XI′ i 23. XI. j. w. utrzymywał po 30′—35′. D. 24. i 25. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału = 21.700—22.568; średnio 22.134. Dyeta: kura w potrawce, 4 herbaty, 6 jaj, omlet, kleik, rosół.

VI. K., l. dz. 59. *Neurasthenia.* D. 17. i 18. XI. 1906 r. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 217.000 i 282.100; średnio 249.550. D. 18. XI. wlano *per rectum* 1 l. mleka kwasn. przes. o kwaśności 65; utrzymał 2 godziny; żadnych przykrych objawów nie było. D. 19. XI, 20. XI, 21. XI, 23. XI. j. w. utrzymywał 2—3 godziny, kwaśność mleka wahała się 70—80. D. 24. XI. i 25. XI. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału wynosi 10.850 i 15.190; średnio 12.970. Dyeta: Rosół, mięso, herbata, legumina, jarzyna, 4 bułki, 2 mleka słodkie.

VII. A. R., l. dz. 11. *Hysteria.* D. 8. XI. i 9. XI. 1906 r. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału = 260.400 i 316.820; średnio 288.610. D. 9. XI. wlano *per rectum* 1 l. mleka kwaśnego przes. o kwaśności 70; utrzymała 2 godziny. Wzdęcie brzucha znaczne. Dnia 10. XI, 11. XI, 12. XI. j. w. utrzymywała 2—3 godzin; kwaśność mleka 65—70. Dnia 13. XI. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału = 11.284 i 13.020; średnio 12.152. Dyeta: 2 mleka sł., rosół, mięso, legumina, jarzyna, 4 jajka, 4 bułki.

VIII. P., l. dz. 118. *Hysteria.* D. 19. I. i 20. I. 1907 r. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału = 517.293 i 716.000; średnio 616.646′5. D. 21. I. wlano *per rectum* 1 l. mleka kw. przesącz. o kwaśności 70; utrzymała 20′ bez przykrych objawów. D. 22. I. j. w. utrzymała 20′, bole silne, wzdęcie żołądka. D. 23. I. j. w. utrzymała 30′ bole i wzdęcie, wskutek czego dalsze stosowania lewatyw przerwano. D. 24. I. i 25. I. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału = 506.047 i 572.200; średnio 539.123′5. Dyeta: rosół, pieczeń, legumina, kompot, 4 bułki, jarzyna, 5 mlek słodkich.

IX. S., l. dz. 142. *Ptosis ventric. et aterosis valv. sem. et bicusp.* D. 4. II. i 5. II. 1907 ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 562.275—1,002.400—902.160; średnio 822.278. D. 6. 2. wlano *per rectum* 1 l. mleka kw. przes. o kwaśności 70, utrzymał $1^1/_2$ godziny, bolów nie było. D. 7. II. j. w. utrzymał $1^1/_2$ godz., kwaśność była 65, w nocy silne bole i wzdęcie. D. 8. II. j. w. utrzymał 3 godziny, żadnych bolów nie było; 9. II. j. w. utrzymał 1 godzinę, w nocy bole i wzdęcie; 10. II. j. w. utrzymał 1 godz., i z powodu bolów zaniechano wlewań. D. 10. II. i 11. II. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału = 224.910—429.600—572.800; średnio 409.103. Dyeta: 2 mleka sł., rosół, 4 jaja, legumina, jajecznica, 3 bułki, 2 mleka słodkie.

X. S. C., l. dz. 36. *Neurosis sensitiva ventriculi.* D. 2. XI. i 3. XI. 1906 r. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału = 581.000 i 784.000; średnio 682.500. D. 3. XI. wlano *per rectum* 1 l. mleka kw. sącz. o kwaśności 90; utrzymał 2 godziny. D. 4. XI, 5. XI, 6. XI, 7. XI. j. w. utrzymał 2 godziny. D. 8. XI. i 9. XI. ilość bakteryi w 1 mil. kału = 222.600, 168.000; średnio 195.300. Dyeta: rosół, mięso, legumina, 4 bułki, 4 mleka sł., 2 herbaty.

Nb. W dyetach jedna porcya mięsa waży 10 dekagr.; 1 porcya płynów = $^1/_3$ litra; bułka $7^1/_2$ dekgr., legumina $4^1/_2$ dekagr.

Z otrzymanych wyników widzimy, iż w dwóch przypadkach, gdzie lewatywy były znoszone bardzo źle i stosowano je tylko 3 razy, ilość bakteryi nie zmieniła się prawie zupełnie; w innych atoli wpływ tych zabiegów jest dosyć wyraźny: w dwóch przypadkach ilość bakteryi obniżyła się mniej więcej do połowy poprzedniej ilości; w dwóch drugich do jednej trzeciej; w jednym do $^1/_5$; w jednym do $^1/_{15}$; w jednym do $^1/_{20}$ i w jednym do $^1/_{24}$. (C. d. n.)

Z kliniki lekarskiej prof. dra Konrada Wagnera w Uniwersytecie kijowskim.

O rozpoznawczem znaczeniu zmian w moczu, wywoływanych przez uciskanie nerki.

Podał

Dr E. Żebrowski.

(Ciąg dalszy.)

Z 38 badanych przypadków w 21-ym, gdzie białkomocz uciskowy był nieznaczny i osad nie ulegał zmianom, uwa-

żałem nerkę za zdrową. Dzięki wyjątkowo szczęśliwemu zbiegowi okoliczności rozpoznanie mogło być w 2 przypadkach stwierdzone przez operacyę. W pierwszym przypadku, który poniżej opiszę szczegółowo, był duży guz na lewej nerce (ropień nerki przyrody gruźliczej), operowany przez dra M. S. Czeremuchina (patrz L. 20) i nieco ruchoma (II. stop.) prawa nerka. Obmacywanie prawej nerki (20. II.) wywołało niewielki stosunkowo białkomocz (zwiększenie ilości białka od 0,33‰ do 0,66‰), przyczem skład osadu nie zmienił się. Wnosiłem stąd, że nerka ta jest zdrowa. 8. III. wycięto lewą nerkę, a 11. III. mocz przy badaniu okazał się zupełnie przejrzystym i bez żadnych śladów białka.

Drugi przypadek jest o tyle ciekawy z punktu widzenia rozpoznawczego, że pozwalam sobie przytoczyć historyę choroby w całości.

III. Chora A. Z., 28-letnia, zgłosiła się na oddział chirurgiczny szpitala imienia W. Ks. Aleksandra w Kijowie 24. III. 1906 roku ze skargami na częste bole kurczowe w prawym boku, na które cierpi od 2½ lat. Mocz bywa czasami mętny.

Budowa i odżywienie niezłe. Zabarwienie błon śluzowych prawidłowe. Płuca i serce bez zmian. Wątroba i śledziona nie powiększone. Na wysokości pępka z prawej strony czuć twardy, ruchomy szczególnie ku górze, dość bolesny guz wielkości prawie dwu pięści, podobny do nerki. Mocz nie zawiera białka, w osadzie kryształy szczawianu wapniowego, krwinki białe i nabłonki płaskie. Wobec skarg chorej na kurczowe bole w boku, zwiększenie, stwardnienie i bolesność nerki i wobec znalezienia w osadzie kryształów, przypuszczano kamicę nerkową i zalecono chorej operacyę. 27. II. zbadałem mocz przed i po uciskaniu prawej nerki, otrzymałem nieznaczny białkomocz (0,033% białka), osad zaś nie uległ zmianom. 1. III. uciskanie prawej nerki dało takiż wynik (białka 0,066%). Wobec tych danych wnosiłem, że obie nerki są zupełnie zdrowe.

2. III. Operacya: »Cięcie według Bergmana ukośne od 12. żebra do środka więzadła Pouparta. Rozcięto otrzewną, by obejrzeć lewą nerkę. Zapomocą wprowadzenia ręki wymacano lewą nerkę, stwierdzono, że jest ona prawidłowej wielkości i twardości, nieco obniżona. Zaszyto otrzewnę. Przez cięcie lędźwiowe wydobyto prawą nerkę. Torebka tłuszczowa dobrze rozwinięta. Nerka nieco powiększona i twardsza, barwa jej prawidłowa, nie wygląda chorobliwie. Miedniczki niezajęte, nie są również rozszerzone. By lepiej wyjaśnić stan nerki, rozcięto ją wzdłuż, przyczem nie wykryto w miąższu sprawy chorobowej. Cięcie w nerce zaszyto. Jasnem było, że mamy przed sobą nerkę ruchomą, którą też przyszyto trzema szwami, przechodzącymi przez okostną XII. żebra i cały miąższ nerki«. (Wyjątek z historyi chor. oddziału chirurgicznego).

W osadzie moczu spostrzegałem dwojakiego rodzaju zmiany: 1) zwiększenie się ilości pewnych składników postaciowych osadu, 2) zjawienie się nowych składników postaciowych. Zwiększenie się ilości składników może w jednych wypadkach być znaczne, w innych zaś nieznaczne. Przypadki, w których wystąpiło znaczne zwiększenie się ilości składników są szczególnie ciekawe z punktu widzenia rozpoznawczego, gdyż niekiedy mogą dać wyraźne wskazówki co do sprawy chorobowej w nerkach, a więc: znaczne zwiększenie się ilości ciałek białych wskazuje stanowczo na obecność sprawy ropnej w nerkach. Jako przykład przytaczam tu przypadek, w którym, dzięki tylko uciskaniu nerki, wykryłem sprawę ropną w miedniczce (w tabl. I. L. 8).

IV. Chory B. G., 25-letni, zgłosił się 1. I. 1906 r. do kliniki terapeutycznej ze skargami na ból w lewej połowie brzucha, który rozpromieniał się w kierunku prawej nogi. Cierpi od 5. XII. 1905 r. Według słów jego cierpienie rozpoczęło się od silnej gorączki i zatwardzenia, potem wystąpił ból w lewym boku i wzdęcie brzucha. Mocz oddawał chory w ilości nieznacznej. Przed chorobą miał wiewióra z obfitą wydzieliną. W 19 roku życia przebył dur. W jesieni co rok cierpi na zimnicę (mieszka w Astrachaniu, trudni się połowem ryb). Od 18 lat pijał wódkę często i obficie, w ostatnich zaś czasach picia zaprzestał. Kiły nie miał. Gruźlicy w rodzinie niema.

Znaczne charłactwo, skóra z łatwością wyciąga się w fałd. Skóra i błony śluzowe blade z nieznacznym żółtawym odcieniem. Gorączkuje (C. około 39° C.). Serce i płuca bez widocznych zmian. Brzuch nieco wzdęty. Wątroba i śledziona niemacalne; górny brzeg śledziony leży w linii pachowej na wysokości 7-go żebra. W lewej górnej części jamy brzusznej macalny, miękki, gładki, bardzo czuły na ucisk guz, o zaokrąglonym dolnym brzegu, który wystaje na 3 palce z pod łuku żebrowego. Guz porusza się przy oddechu, przyczem górny brzeg pozostaje ukryty w lewem podżebrzu. Guz wyraźnie porusza się przy uciskaniu na okolicę nerkową; okolica ta przy oględzinach nie wypukla się w sposób widoczny. Uderzenie w okolicę nerkową bardzo bolesne. Opukiwanie stwierdza w okolicy nerkowej odgłos bębenkowy. Mocz (zebrany w ciągu doby), jasno-żółty, oddziaływa mocno kwaśno i zawiera 0,033‰ białka. W osadzie dużo śluzu, wałeczków śluzowych, po 10—12 ciałek ropnych w każdem polu widzenia, często spostrzegać się dają nitki wiewiórowe, zawierające nieznaczną ilość ciałek ropnych. Dwoinek Neissera nie wykryto. Na zasadzie gorączki, wyraźnej bolesności okolicy nerkowej lewej, bolesności wyczuwanej nerki, obecności w moczu śladów białka, zwiększenia się ilości śluzu, dość znacznej ilości ciałek ropnych, przypuszczano ostrą sprawę nieżytową w miedniczce lewej nerki.

6. I. Dokonałem lekkiego uciskania lewej nerki. Mocz przed uciskaniem zupełnie przeźroczysty, zawiera nieznaczne ślady białka (< 0,033‰). W osadzie nieco śluzu i nabłonki płaskie. W 12 minut po uciskaniu zebrałem 13 sz. c. płynu mlecznego, zawierającego 3,3‰ białka, w którym drobnowidowo stwierdziłem wyłącznie tylko ciała ropne i miazgę rozpadową. Wykryłem dwoinki Neissera.

Druga porcya moczu (po 27 minutach 18 cent. sz.) bardzo mętnego zawierała białka 0,66‰; trzecia porcya (po 42′—27 c. sz.) słabo mętna, zawierała 0,33 prc. białka. Po upływie godziny od chwili badania mocz (4. porcya sz. c. 36) prawie przeźroczysty, zawierał 0,033‰ białka.

Wynik badania moczu po uciskaniu nerki przemawiał za zapalnym stanem miedniczki nerki lewej pochodzenia wiewiórowego ze znaczną zastoiną ropową w miedniczce. Zaleciłem choremu sztuczną wodę alkaliczną (3—4 szklanek dziennie), dyetę, leżenie, odżywianie się i t. d.

Dalszy ciąg choroby był najzupełniej pomyślny. Ciepłota 21. II. (t. j. po 20 dniach od zgłoszenia się do kliniki), spadła do wysokości prawidłowej, choremu przybyło wagi (13,24 kilo, czyli około 32 f). Ból w lewym boku ustąpił. Co 3—4 dni w celu kontroli dokonywałem uciskania nerki (ogółem 21 razy) i od 12. II. już nie otrzymywałem ropy. Uciskanie wywoływało wydzielanie się nieco mętnego moczu, a tylko 2 razy 22. II. i 4. III. otrzymałem pierwszą porcyę mętniejszą. O ile nie uciskano nerki, nie spostrzegano, by mocz był bardzo mętny i zawierał ropę (mocz zbierano porcyami do naczyń pojemności 100 sz. c.).

Wypadek ten ciekawy jest jeszcze dlatego, iż poucza wyraźnie, że uciskanie nerki, nawet w sprawach ostrych, jest zabiegiem zupełnie nieszkodliwym, a odniosłem nawet wrażenie, iż uciskanie to wpływało poniekąd dodatnio na przebieg choroby.

Drugi przypadek, w którym dzięki zwiększeniu ilości ciałek białych po uciskaniu nerki rozpoznałem w niej sprawę ropną, był stwierdzony przez operacyę.

V. Chora A. J., służąca, l. 44. W lutym 1906 zgłosiła się do Maryackiego szpitala Czerwonego Krzyża z powodu guza w lewej stronie jamy brzusznej. Guz ten po raz pierwszy spostrzegła chora w sierpniu 1904 roku, kiedy był on wielkości kurzego jaja. Zwiększając się stopniowo, dosięgnął guz w dniu wstąpienia do szpitala wielkości główki płodu. Chora uskarża się na ból w lewej okolicy lędźwiowej, który występuje podczas uciąźliwej pracy. Oddawanie moczu nieco bolesne, częste moczenie. W moczu nie spostrzegała chora ani krwi, ani też ropy. Ciepłota przez cały czas była prawidłowa. W ostatnim czasie chora znacznie straciła na wadze. Przed 10 laty przebyła dur. Płucnych chorób nie miała. Krwioplucia także. Ojciec umarł z suchot. Z siedmiorga dzieci pozostało przy życiu i zdrowiu czworo, troje zaś umarło z chorób gorączkowych.

Budowa ciała i odżywienie dobre. Tętno 72 na minutę. Ciepłota 36,8° C. Błony śluzowe blade. Gruczoły chłonne nie powiększone. Płuca i serce bez zmian widocznych. Brzuch nieco wzdęty, ściany jego wiotkie, nieznaczny rozstęp mięśni prostych. Odgłos opukowy na brzuchu wszędzie bębenkowy i nieco tylko stłumiony na lewej stronie powyżej linii pępkowej. Twardy, nieco zaokrąglony brzeg wątroby przy wolnem oddychaniu wystaje na 3 palce z pod łuku żebrowego. Górny brzeg wątroby (opukiwaniem) w linii sutkowej prawej na wysokości 6. żebra. Przy badaniu obu rękami, poza wątrobą wymacać można brzeg nerki, który szybko usuwa się ku górze. Śledziona macalna przy leżeniu na prawym boku: jej brzeg twardy, okrągły przy wdechu wysuwa się na 1 palec z pod łuku żebrowego. Okrężnica macalna wyraźnie prawie na całej długości miękkiego wałka. W okolicy kątnicy przy obmacywaniu kruczenie. W jamie brzusznej z lewej strony powyżej linii pępkowej miękki, przy oddychaniu ruchomy, nieco bolesny guz wielkości głowy dziecięcej. Dolny brzeg dosięga linii pępkowej, wewnętrzny nie dochodzi na 3 palce do linii środkowej ciała, ku górze kryje się guz w lewem podżebrzu. Przy uciskaniu na okolicę nerkową guz wyraźnie porusza się. Uderzanie okolicy nerkowej sprawia ból, wypuklenia tej ostatniej nie spostrzegłem.

Przed uciskaniem mocz mętny zawiera 0,033‰ białka, w osadzie 15—20 ciałek białych w polu widzenia i nabłonki płaskie.

Po upływie 20′ po uciskaniu prawej nerki otrzymałem 5 sz. c. moczu mętnego, zawierającego 0,66‰ białka, w osadzie to samo, co i przed uciskaniem. W 20′ po uciskaniu guza (z lewej strony) około 10 sz. c. płynu śmietankowatego, białka 4‰; w osadzie bardzo dużo ciałek ropnych i miazgi rozpadowej.

W preparatach z osadu moczowego, zebranego przed i po uciskaniu guza, po zabarwieniu sposobem Ziehl-Neelsena i Gramma żadnych drobnoustrojów nie wykryłem.

Rozpoznanie. Znaczne zmiany w składzie moczu po uciskaniu guza, leżącego z lewej strony, świadczą, iż jest on nerką. Ropomocz, wywołany przez uciskanie, świadczy o sprawie ropnej w nerce (roponercze). Nieznaczny białkomocz uciskowy w prawej nerce bez zmian w osadzie wskazuje, iż jest ona zdrową.

8. III. Operacya (dr M. Czeremuchin). Przez cięcie lędźwiowe (bez resekcyi żebra); wyłuszczono guz lewostronny, który okazał się bardzo zmienioną nerką; wymiary jej: długość 24 sz. cm., największa szerokość 12 cm., grubość 9 cm. Barwa nerki żółtawo-blada, na powierzchni widać miejscami guzki. Po przecięciu anatomicznem nerki okazała się miedniczka znacznie rozszerzoną; wyciekło z niej około 250 sz. cm. płynnej ropy. Zapomocą nacięć wykryto także cały szereg ognisk ropnych wielkości od laskowego orzecha do włoskiego, z których każde zawierało gęstą zielonkawo-żółtą ropę i masy serowate. Tkanki nerkowej pozostało niewiele przy wnęce ku tylnej powierzchni. W miedniczce wykryto kamień z rozgałęzieniami w postaci drzewa, którego jeden koniec był przymocowany do ujścia moczowodu, dwa zaś inne końce były skierowane ku wnętrzu miedniczki, jeden w kierunku dolnego, drugi w kierunku górnego jej bieguna. Oprócz tego w miedniczce wykryto inny jeszcze kamień wielkości ziarna fasoli.

Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy. Po 8 dniach wyjęto szwy, rana zabliźniła się doraźnie. Po 2 tygodniach chora wyszła ze szpitala zupełnie wyleczona.

Mocz na trzeci dzień po operacyi był zupełnie przejrzysty i nie zawierał nawet śladów białka.

Znaczne zwiększenie się ilości krwinek czerwonych po uciskaniu nerki spostrzegałem *a)* przy kamicy, *b)* przy nowotworach.

Dla przykładu przytoczę 1 przypadek kamicy i dwa przypadki nowotworów nerkowych.

VI. J. Zoł., 41 l., krawiec, 2. I. 1906 r. zgłosił się do kliniki ze skargami na częste kurczowe bole w krzyżu i prawym boku, rozpromieniające się do okolicy pachwinowej i prawego jądra, 2—3 razy tygodniowo spostrzegał w moczu krew i długie krwawe skrzepy. Krwotok bywa bez określonej przyczyny, towarzyszą mu wyżej opisane bole; krwotok trwa niedługo, 1—2 godzin, czasami już następna porcya moczu (po ½ godzinie) nie zawiera wcale krwi. Pierwszy krwotok był przed rokiem. Cierpi na bole w krzyżu już od lat 20, ale mocz aż do czasu pierwszego krwotoku był zupełnie czysty. Przymiotu, ani wiewióra nie miał nigdy; nie nadużywa wyskoku. Nigdy nie kaszlał. Gruźlicy w rodzinie niema. Dzieci (10) i żona zdrowe.

Budowa i odżywienie dobre. Ciepłota prawidłowa. Serce i płuca bez zmian widocznych. Brzuch nieco wzdęty. Wątroba i śledziona niemacalne. Podczas głębokiego wdechu z pod łuku żebrowego prawego wysuwa się brzeg prawdopodobnie prawej nerki, okrągły, gładki, dość twardy i bardzo bolesny. Uderzanie prawej okolicy lędźwiowej sprawia dość znaczny ból.

Badanie krwi wykryło: Hemoglobiny 75 prc. (według Gowersa), krwinek czerwonych 5,500.000, białych 3600 (Stosunek 1: 1529); czerwone krwinki układają się w ruloniki; różnokształtności krwinek czerwonych, mikrocytemii i krwinek czerwonych, zawierających jądra, nie wykryłem. Mocz mętnawy, mocno kwaśny, zawiera 0,66‰ białka. W osadzie bardzo dużo krwinek białych, 5—10 czerwonych w polu widzenia, czasami nabłonki płaskie i zrzadka szczawiany. Dokonałem kilkakrotnego (5) uciskania prawej nerki. Po 15′ otrzymałem około 28 sz. cm. krwawego płynu z kilku długimi (10—15 cm.) skrzepami krwi, grubości pióra gęsiego, który zawierał 6·6‰ białka. W osadzie dużo białych i czerwonych krwinek, czerwonych jednak więcej, dość dużo kryształków szczawianowych, gdzieniegdzie nabłonki płaskie.

Powyżej opisany charakter bolów kurczowych w prawym boku, bolesność okolicy tej przy uderzaniu, wzmożona bolesność przy uciskaniu nerki, szybkie zjawianie się i takież znikanie krwi w moczu, duża ilość w nim krwinek czerwonych i kryształów szczawianu wapniowego wobec dobrego odżywienia chorego i prawidłowej ciepłoty, przemawiały za kamicą prawej nerki.

Dalszy przebieg potwierdził rozpoznanie. Choremu zalecono spokój i sztuczne wody alkaliczne (do 4 szklanek dziennie). Stan chorego polepszył się nieco; bole w boku i krwotoki stały się rzadsze. Podczas jednego z krwotoków (24. III.) dokonano badania wziernikiem pęcherzowym. Okazało się, iż krew sączy się z prawego moczowodu. Wobec przypuszczenia możliwości sprawy gruźliczej w nerce, kilka (7) razy badałem mocz w celu wykrycia laseczników Kocha, jednak zawsze z wynikiem badania ujemnym. W ciągu całego pobytu chorego w klinice (od 2. I. do 15. IV. 1906 r.) ciepłota pozostawała prawidłową, i choremu znacznie przybyło na wadze (20 funtów), co przemawia także przeciwko gruźlicy i nowotworowi złośliwemu.

Po pierwszem uciskaniu (3. I.), kiedy wydzieliło się w moczu kilka długich skrzepów, prawej nerki nie można już było wymacać, nawet przy głębokim wdechu aż do 23. I, kiedy nerkę zdołałem znowu wymacać i dokonać paru lekkich ucisków na dolną jej część; wynik otrzymałem taki sam, jak 3. I; chory oddał znacznie krwawy mocz z długimi skrzepami. Później nerki nie można już było wymacać. (Dok. nast.)

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Littauer. **Operacye pod ochroną gaudaniny podług Döderleina.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 21). Zakażenie przyranne bardzo często bierze początek z okolicznej skóry. By drobnoustrojów, znajdujących się w skórze, do rany nie dopuścić, podano wiele sposobów. Za najodpowiedniejszy i najlepszy uważa L. sposób Döderleina, polegający na posmarowaniu skóry gaudaniną, która składa się z rozczynu paragummi w formanbenzynie z dodatkiem formanceteru aż do zawartości 1 prc. formaliny. Gaudanina tworzy na skórze nieprzepuszczalną powłoczkę, którą L. zostawia aż do wygojenia się rany. Po 2—3 tygodniach odpada ona sama. Skórę odkaża L. w ten sposób, że na dzień przed operacyą po ogoleniu kładzie okład 1 prc. formaliny. Przed operacyą myje skórę 1 prc. formalinbenzyną, potem wyciera jodyną, a w końcu smaruje gaudaniną, sypiąc na nią wyjałowiony proszek łojku. Sposób ten wypróbował L. przy 60 laparotomiach i jak najgoręcej go poleca. *Klęsk.*

Pletieniow. **W sprawie wyjaławiania jedwabiu.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 14). Autor gotuje doraźnie jedwab w ciągu 10 minut w glicerynie przy 175°, potem przepłukuje go w wyskoku i eterze, wyjmując jedwab po zupełnem wyschnięciu. Pod wpływem tego postępowania jedwab staje się mocniejszym 1½ razy i zupełnie jałowym. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Kuttner. **Technika leczenia krwawień nosowych.** (*Zeitschr. f. ärztl. Fortb.* Nr 2, 1907). Najczęstszem miejscem krwawienia jest przednia część przegrody nosowej (*locus Kiesel-bachii*); miejsce to można łatwo obejrzeć przez podniesienie końca nosa do góry. Autor od lat 20 tamuje krwawienia z nosa

zapomocą podługowatych tamponików z waty (rzadko gazy), zmoczonych w 10 prc. wodzie utlenionej. Chory ma zachowywać położenie półsiedzące z głową nieco tylko ku tyłowi wspartą. Tamponiki należy pozostawić, jeśli krwotok ustał, co najmniej jeszcze przez 6—8 godzin. Jeśli mimo zatamponowania krew przecieka, należy tamponiki wyjąć i wkroplić do nosa 10—15 kropli wody utlenionej lub adrenaliny, albo suprareniny; gdy teraz krwotok chwilowo ustanie, należy obejrzeć jamę nosową i wyszukać miejsce krwawiące, następnie to miejsce starannie zatamponować. Tamponiki mogą pozostać 24—48 godzin, o ile występuje gorączka, bole głowy, wymioty. Rurkę Belocquea stosować należy, gdy miejsce krwawiące leży tak blisko nozdrzy tylnych, że skuteczny ucisk wprowadzonego tamponika jest niemożliwy. *B. Żmigród* (Rymanów).

Böcker. **Operacyjne leczenie kręczu** (*torticollis*) **mięśniowego.** (*Zentralbl. f. Chir.* 1907, Nr 16). Na mocy doświadczenia zebranego w klinice Hoffy poleca autor w leczeniu kręczu głównie częściowe wycięcie mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego. Sposób ten daje o wiele pewniejsze wyniki, niż otwarte przecięcie, podane przez Volkmanna. W 2 przypadkach spostrzegano w klinice Hoffy przy kręczu przykurczenie mięśni pochyłych i wykonano na nich przecięcie ścięgien. *Klęsk.*

Hofmann. **Przemieszczenie mięśnia najdłuższego uda jako środek umocowujący po wycięciu kolana.** (*Zentralbl. f. Chir.* 1907, Nr 15). By zapobiedz wyginaniu się nogi ku tyłowi po wycięciu stawu kolanowego (*genu recurvatum*), zaleca autor przemieszczenie mięśnia krawieckiego (podług Schanza) ku przodowi i umocowanie go do mięśnia czworogłowego. W ten sposób można też postępować przy porażeniu mięśnia czworogłowego. Mięsień krawiecki działa wtedy jako wyprężacz nogi. *Klęsk.*

Samter. **Urazowe powstawanie i operacyjne leczenie porażenia mięśnia zębatego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 21). Porażenie mięśnia zębatego po urazie powstaje przy uszkodzeniu nerwu piersiowego długiego. Nastąpić to może z różnych przyczyn. Na jedną z nich, nie uwzględnianą, zwraca S. uwagę, t. j. na zgniecenie nerwu między żebrem a wyrostkiem kruczym przy przesunięciu się łopatki. Wiele wrodzonych wadliwych ustawień łopatki należy tylko do tego odnieść. Leczenie polegaćby mogło na plastyce nerwów lub mięśni. Wobec trudnych warunków anatomicznych jednakże jedynie plastyka mięśni ma podstawę. Dokonał też jej autor z bardzo dobrym wynikiem (po 11 miesiącach trwania porażenia), przedzieliwszy mięsień piersiowy na 2 części i przyczepiwszy dolną połowę do dolnego kąta łopatki po nakarbowaniu brzegu najszerszego mięśnia grzbietu. Już po 12 dniach znikło wadliwe ustawienie łopatki, ramię podnosiła chora swobodnie do góry. W razie braku wyniku leczniczego, n. p. przy leczeniu elektrycznością, nie należy więc przy porażeniu długo zwlekać z operacyą. *Klęsk.*

Lange. **Ulepszenie sztucznych ścięgien.** (*Zeitschr. f. orth. Chirurg.* T. XVII). Zastępowanie ścięgien sztucznie jedwabiem ma tę wadę, że jedwab gotowany w wodzie wywołuje często ropienia, jedwab zaś sublimatowy pobudza wydzielanie. Autor celem usunięcia tych niedogodności napawa jedwab wysuszony po wygotowaniu w sublimacie gotującą się parafiną. *Klęsk.*

Kablukow. **Postrzały trzonu kości długich bez złamania.** (*Deutsche Aerzte-Ztg.* 1907, Z. 10). Na zasadzie opisanych przypadków dochodzi K. do następujących wniosków: 1) Istnienie postrzałów trzonu kości długich bez całkowitego złamania nie ulega wątpliwości. 2) Postrzały takie zdarzają się nietylko od nowoczesnych pocisków karabinowych pancernych (objętych twardym płaszczem), lecz także, choć znacznie rzadziej, od miękkich ołowianych kul szrapnelowych. 3) Uszkodzenia takie bez złamania nie zależą od głębokości, na jaką pocisk wwierca się w kość. Kule pancerne mogą utkwić w różnej głębokości, a nawet przebić poprzecznie na wylot kość długą, nie wywołując mimo to całkowitego złamania; miękkie kule szrapnelowe mogą nie wywołać złamania, przebiwszy połowę kości i utkwiwszy w jamie szpikuwej. 4) Od nowoczesnych kul pancernych mogą niewątpliwie powstawać także takie uszkodzenia trzonu kości długich, przy których, wbrew dotychczasowemu mniemaniu, niema pęknięć szczelinowatych kości. Stwierdzono to zarówno zapomocą promieni Röntgena, jak i badając kość bezpośrednio przy zabiegach operacyjnych celem wyjęcia kuli. Kule szrapnelowe mogą przy wlocie postrzału wywołać odpryśnięcie bardzo małych kawałeczków kości, nie wywołując jednak ani złamania, ani pęknięcia szczelinowatego. 5) Wszystkie takie uszkodzenia stanowią odrębną grupę: postrzałowych przedziurawień kości długich bez złamania i pęknięcia. 6) Uszkodzenia takie są wśród postrzałów kości niewątpliwie najlżejsze, gdyż przebiegają prawie bez odczynu miejscowego i ogólnego. Powikłania (nawet śmiertelne) zdarzają się prawie tylko wtedy, gdy współcześnie uległo uszkodzeniu pobliskie większe naczynie. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Albers-Schönberg. **Wdmuchiwania tlenu do stawu kolanowego i pęcherza moczowego.** (*Pos. Tow. lek. w Hamburgu* 30. IV. 1907). Tlen wdmuchuje się do stawu kolanowego pod ciśnieniem $\frac{1}{2}$—1 atmosfery przyrządem Wollenberga. Już w kilka sekund staw jest wypełniony. Zdjęcia röntgenowskie takiego stawu wypadają doskonale i oddają bardzo wyraźnie nawet drobne zboczenia, jak zgrubienie torebki maziowej, zranienie chrząstek półksiężycowych, przewlekłe zmiany stawu, gruźlicę, myszki stawowe i t. p. Podobnież zdjęcia pęcherza, napełnionego tlenem, dają bardzo wyraźne obrazy n. p. drobnych nawet kamyków. Pęcherz napełnia się pod ciśnieniem 1 atmosfery, poczem prącie zawiązuje się drenem. Niestety nie można zaprzeczyć, że jak dotąd sposób ten nie jest wolny od niebezpieczeństw; opisano przypadki zejścia śmiertelnego przy badaniu, zdaje się wskutek zatoru tlenem. *Klęsk.*

Hildebrand. **Postrzały klatki piersiowej, a napięcie powłok brzusznych.** (*Berl. klin. Wochs.* 1907, Nr 18). Na mocy swego doświadczenia twierdzi autor, że napięcie powłok brzusznych spotkać można także nieraz i przy postrzałach klatki piersiowej bez zranienia trzew brzusznych. Przyczyną jest zapewne przebieg anatomiczny nerwów międzyżebrowych. Wynika z tego, że napięcie powłok brzusznych nie może być samo przez się wskazaniem do otwarcia brzucha po urazie w sąsiedztwie. *Klęsk.*

Lenhartz. **Leczenie ropni okołokątniczych prostem nakłuciem.** (*Pos. Tow. lek. w Hamburgu* 14. V. 1907). L. poleca gorąco nakłucie ropni okołokątniczych, zamiast nacięcia. Unika się przez to występującego czasem przy lub po zwykłej operacyi rozlanego zakażenia otrzewnej, skraca się czas gojenia i zapobiega się powstawaniu przepuklin; nadto następowe usunięcie wyrostka jest o wiele łatwiejsze z powodu braku blizn. Od r. 1905 leczył w ten sposób L. 287 chorych, z których 6 prc. umarło. *Klęsk.*

Groedel. **Zastosowanie promieni Röntgena do rozpoznawania cierpień żołądka i do badania morfologii i fizyologii żołądka.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 22). Żołądek badać można promieniami Röntgena pusty lub napełniony. Przy badaniu żołądka pustego używa się do pomocy zgłębnika, wprowadzenia rtęci, śrutu, lub bizmutu w postaci zawiesiny lub bułeczek z bizmutem podług Riedera. O wiele pewniejsze wyniki daje jednak badanie żołądka całkowicie napełnionego. W tym celu podaje się choremu jakąś masę kaszowatą (ziemniaki, kaszę, ryż i t. p.) z 40—50 gramami bizmutu. Bizmut odchodzi zwykle niezmieniony z kałem. Następowe prześwietlania lub zdjęcia rentgenowskie pokazują wyraźnie kształt, ruchy i zachowanie się żołądka, zmiany jego kształtu przy zmianie położenia ciała i t. p. Rentgenizacyę uważa G. za jeden z najcenniejszych sposobów badania żołądka. *Klęsk.*

Hertle. **Zranienia jelit i krezki ciałami tępemi.** (*Beitr. z. klin. Chir.* Tom 53, Zeszyt 2). Na podstawie materyału kliniki chirurgicznej w Gracu dochodzi H. do następujących wniosków: Najodporniejszą jest błona śluzowa. Pęknięcia po urazach tępych występują najczęściej naprzeciw przyczepu krezki, a potem przy jej przyczepie. Jelito pęka wskutek zgniecenia, oderwania, lub silnego rozdęcia. Poprzecznie pękają najczęściej górne pętle jelita czczego. Pęknięciu nie zawsze towarzyszy wstrząs. Przypuszczać należy pęknięcie jelita, gdy w drugiej dobie liczba tętna nie opada, lecz wrasta. Ból jest objawem niestałym; natomiast prawie z reguły spotyka się napięcie powłok, brakuje go tylko w przypadkach, połączonych ze silnym wstrząsem. W pierwszych 12 godzinach wykonana operacya ratuje prawie wszystkich chorych, w drugich 12 połowę, potem daje już małe szanse wyleczenia. Zwykle wystarcza zeszycie jelita, wycina się je zaś w razie rozległych pęknięć, oderwań lub zgnieceń. *Klęsk.*

Omi. **Dalsze doświadczalne badania w sprawie operacyi Talmy.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 53, Z. 2). Na mocy doświadczenia klinicznego i badań na zwierzętach radzi O. prócz typowej operacyi Talmy, o ile na to stan chorego pozwala, stwarzać i inne uboczne krążenia przez równoczesne umocowanie sieci, nerek, śledziony i t. p. *Klęsk.*

Położnictwo i ginekologia.

W. Piltz. **Bliźniaki we wspólnej owodni z zapętleniem i zawęźleniem pępowin.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1907, Nr 2). Wspólna owodnia przy ciąży mnogiej zdarza się rzadko (1: 10.600).

Do dokładnie opisanych 44 przypadków dołącza P. swój. Po porodzie pierwszego płodu w położeniu czaszkowem, żywego, wezwano położną, która stwierdziła zewnętrznie drugi płód w jamie macicznej, wewnętrznie zaś nie napotkała pęcherza płodowego, tylko wprost rączkę we wchodzie miednicy. Drugie wody płodowe nie odeszły po porodzie pierwszego płodu. Wezwany lekarz nie stwierdził tętna płodowego. Wśród silnych bolów nastąpił poród drugiego płodu w położeniu miednicowem, nieżywego. Po pół godz. odeszło pojedyncze łożysko. Płody płci jednakiej, dobrze rozwinięte. Płód drugi obumarł wśród porodu. Łożysko okrągłe, bez śladu podziału po stronie matczynej lub płodowej, bez nakarbowania, wagi 1000 gr., grubości 2 cm.; obie pępowiny przyczepione środkowo w odległości 6 cm. od siebie, okręcone w pewnem oddaleniu od łożyska około siebie, tworzą węzeł. Błona owodna i jagnięca pojedyncze, dają się wszędzie oddzielić od siebie. Naczynia obu pępowin tworzą liczne powierzchowne połączenia. Schultze sądzi, że w tych przypadkach rozwija się od początku wspólna owodnia ponad dwoma, w tej samej błonie zarodkowej powstałymi zawiązkami, a Bumm podaje odpowiedni schemat. Strassmann tłómaczy różne rodzaje ciąży bliźniaczej jednojajowej przez oddalanie się obu otoczek na pęcherzyku zarodkowym. Inni przyjmują pierwotnie dwie owodnie, których przegroda, mało odporna, zanika pod wpływem różnych bodźców, jak przedarcie, zapalenie. *B. Wojciechowski.*

Hugo Salus. **Gorączka w ciąży.** *(Wiener med. Wochs.* Nr 23, 1907). S. opisuje przypadek przez siebie spostrzegany, ciekawy nietyle ze względu na przyczynę, która wywołała gorączkę w ciąży, ile na towarzyszące jej zmiany w częściach rodnych wewnętrznych. Pierwiastka młoda, dotąd zawsze zdrowa, dostaje nagle w 7. miesiącu ciąży 20 minut trwającego dreszczu i wysokiej gorączki powyżej 40° C. Na 3. dzień ponowny, $^1/_2$ godziny trwający dreszcz z bardzo wysoką gorączką. Między pierwszym a drugim napadem ciepłota i tętno prawidłowe. Badanie stwierdziło w okolicy kiszki ślepej wypełnienie i oporność bez wybitnej bolesności i ciążę 7-miesięczną. Mocz świeżo oddany bez śluzu i białka, zawiera sporo indykanu i wydaje woń siarkowodorową. Po wysokich lewatywach z ciepłego rumianku oddała chora obfity zbity stolec. Po 2 dniach znów silny dreszcz i częste bole dołem. Badaniem przez pochwę stwierdzono, że ujście zewnętrzne rozwarło się na szerokość dłoni, pęcherz stojący, z główką w miednicy, wobec czego sądził S., że poród jest w toku i przygotował też wszystko do rozwiązania chorej. Jednakże dreszcz ustąpił, bole stopniowo słabły i w końcu ustały; chora codzień po wysokich lewatywach oddawała bardzo obfite stolce. W 3 miesiące potem poród prawidłowy. W połogu znów oddaje chora wielkie masy kału. W 6 lat potem drugi poród. Chora przez cały ten czas była zupełnie zdrowa. Przyczyną dreszczu i wysokiej gorączki były w tym przypadku zalegające w jelitach masy kału. Ciekawszy jednakże jest przypadek ten ze stanowiska położniczego, mianowicie ze względu na to, że w następstwie gorączki powstały u pierwiastki bole porodowe, ujście zewnętrzne macicy rozwarło się na szerokość dłoni, szyjka zanikła tak, że przypuszczano poród przedwczesny, atoli po ustaniu bodźca część pochwowa uformowała się na nowo, ujście wewnętrzne macicy zamkło, a ciąża dobiegła do prawidłowego kresu. *Engländer.*

C. J. Gauss. **Technika oszołomienia skopolaminowo-morfinowego w położnictwie.** *(Zentr. f. Gyn.* 1907, Nr 2). Chore doznają wprawdzie w średniem uśpieniu wrażeń zmysłowych (*perceptio*), lecz nie zatrzymują ich w pamięci (*apperceptio*). Przy mniejszej dawce wraca pamięć wrażeń, przy zbyt wielkiej znika. Dla celów położniczych należy utrzymać rodzącą w stanie uśpienia średniego. Celem sprawdzenia stopnia uśpienia poddaje lekarz chorą w pewnej chwili jakiemuś wrażeniu, a po 20—40 minutach zapytuje, stosując je powtórnie, czy sobie je chora przypomina. Jestto jedyny sposób ustalania dawki, różnej w każdym przypadku. Jako te wrażenia próbne t. zw. »znaki« nie nadają się takie, które, jak np. bole porodowe, zbyt często po sobie następują. Po wstrzyknięciu 0·0003 (względnie 0·00045) skopolaminy + 0·01 morfiny przekonujemy się, czy chora pamięta znak, dany w godzinę po wstrzyknięciu, 35 minut później. Jeżeli tak, to stosuje się drugą takąż dawkę skopolaminy, lecz bez morfiny, — w razie zaś utraty pamięci czeka się tak długo, aż próba zaczyna wskazywać na jej powrót. Tak postępując, potrzeba średnio dla osiągnięcia pożądanego stopnia odurzenia 0·00075 skopolaminy i 0·01 morfiny. Niejednokrotnie musi się dojść aż do dawki 0.0012 skopolaminy. Trwanie działania dawki różne, 1—2 godzin, u innych o połowę krótsze. Działania zbiorowego (kumulującego) nie zauważono. Przez usuwanie silnego światła, szmerów i t. d. można osiągnąć potrzebne oszołomienie przy mniejszych dawkach. Podawanie większych i częstszych dawek wpływa źle na przebieg porodu i na płód. Wstrzykiwania należy rozpocząć, gdy już bole osiągnęły pewien wyraźny stopień nasilenia. Nie należy kierować się wrażeniami bolu, ale jedynie próbą pamięci rodzącej. *B. Wojciechowski.*

Preller. **Przypadek powtórnego cięcia przyłonowego u tej samej chorej.** (*Zentr. f. Gyn.* 1907, Nr 2). Wieloródka, z miednicą krzywiczo-płaską, ze sprzężną prawdz. około 7·25 cm., rodziła 5 razy; — z tego 3 razy ukończono poród wymóżdżeniem, 2 razy zaś (2. i 3.) urodziły się dzieci żywe, lecz wątłe, jedno z nich zmarło zaraz po porodzie, drugie po 5 latach. Gdy szósty poród trwał już 22 godzin, a główka pozostała ruchomą, wykonano cięcie przyłonowe. Płód 3100 gr. Po roku stwierdzono znowu ciążę. Końce odłamków przepiłowanej kości cokolwiek jeszcze przesuwalne przy silnym ucisku. Wymiary miednicy jednakie, tylko wymiar grzebieniowy (*d. cristalis*) o $^1/_2$ cm. większy. Po 17-godzinnem wyczekiwaniu cięcie przyłonowe po przeciwnej stronie, według Döderleina, trudny obrót i wydobycie płodu lekko omdlałego, który docucono. Waga 3820 gr., obwód główki 36 cm. Wyleczenie zupełne. — Na powtórne cięcie przyłonowe godzą się chore znacznie łatwiej, niż na powtórne cięcie cesarskie. Z lekarskiego punktu widzenia jestto zabieg o wiele lżejszy od cięcia cesarskiego. Wprawdzie nie wskazuje dotychczasowe doświadczenie, aby po cięciu przyłonowem można się spodziewać porodu siłami przyrody, jak o tem wiemy co do cięcia łonowego, lecz za to szybki powrót do zupełnego zdrowia przemawia na korzyść cięcia przyłonowego. Drugie cięcie przyłonowe należy wykonywać po stronie poprzednio nieoperowanej. *B. Wojciechowski.*

Bossi. **O przeciągającej się ciąży.** *(Gyn. Rundschau* 1907, Nr 1). B. utrzymuje, iż przeciągająca się ciąża, przekraczająca granicę fizyologiczną 285 dni, trafia się u 2—3 prc. ciężarnych, a więc znacznie częściej, niż dotąd mniemano. Płód takiej ciąży jest dłuższy, kości, zwłaszcza czaszki, są zbitsze i twardsze, cała zaś czaszka większa wywołuje niestosunek porodowy, dający powód do zabiegów operacyjnych (pubiotomia). *O.*

Thorn. **Brak miesiączki u kobiet karmiących.** *(Gyn. Rundschau* 1907, Nr 1). T. utrzymuje na podstawie swej statystyki, że brak miesiączki u karmiących jest rzeczą częstszą i naturalniejszą, aniżeli miesiączkowanie, i przeczy zapatrywaniom Heila i Essen-Möllera, którzy regularne miesiączkowanie takich kobiet uważają za stan fizyologiczny. Wnioski tych trzech autorów opierają się na bardzo skąpej statystyce. *O.*

Gauss. **W sprawie leczenia rzucawki przez obłuszczenie nerek.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1907, Nr 19). G. opisuje 2 przypadki rzucawki, wyleczone przez obłuszczenie nerek z torebki. W jednym wykonano najpierw operacyę kleszczową, a potem zdjęcie torebki, w drugim najpierw zdjęto torebkę, a potem po 17. napadzie ukończono poród cięciem pochwowem. Spostrzeżenia te wskazują, że obłuszczenie nerek wspólnie ze sztucznym porodem dadzą prawdopodobnie najlepsze wyniki lecznicze. *Klęsk.*

Stähler. **Dwa cięcia cesarskie pochwowe, wykonane w domu prywatnym z powodu rzucawki.** *(Gyn. Rundschau* 1907, Nr 7). Autor opisuje dwa przypadki ciężkiej rzucawki, w których musiał poród kończyć cięciem pochwowem Dührssena, z wynikiem pomyślnym. Uważa on ten zabieg za technicznie łatwiejszy i łagodniejszy, aniżeli rozszerzanie rozszerzadłem Bossiego. *O.*

Thorn. **Przyczynek do techniki próbnego wycięcia.** (*Gyn. Rundschau* 1907, Nr 7). W celu ułatwienia lekarzom praktycznym próbnego wycięcia z części pochwowej przy przypuszczeniu raka, opisuje i podaje T. rycinę przyrządu, przez siebie obmyślonego. Przyrząd ma kształt kulociąga, zakończonego mechanizmem, podobnym do tego, jaki służy do obcinania cygar. *O.*

Gallatia. **Przypadek miejscowej gruźlicy macicy, przydatków i otrzewnej u położnicy z zejściem śmiertelnem.** (*Gyn. Rundschau* 1907, Nr 4). U tej chorej rozpoznawano zakażenie połogowe, dopiero sekcya stwierdziła: płuca prawidłowe; stare zmiany gruźlicze macicy i przydatków obok świeższych otrzewnej i jelit. G. podkreśla, iż mimo tak znacznych i starych zmian gruźliczych kobieta ta zastąpiła i donosiła. *O.*

Nenadovics. **Sposób Biera w ginekologii.** *(Gyn. Rundschau* Nr 9, 1907). Przyrząd autora, przedstawiony w Tow. ginek. w Wiedniu, umożliwia dowolne stosowanie na macicę przekrwienia biernego i czynnego (rycina). *O.*

XXXVI. Zjazd Chirurgów niemieckich w Berlinie.

(Sprawozdanie »Przeglądu lekarskiego«).

Napisał **Dr Radliński.**

(Ciąg dalszy, por. Nr 23.)

Fraugenheim (Królewiec) widzi przyczynę zaniku szyjki kości udowej po jej złamaniu w tem, że istota gąbczasta przy złamaniu ulega pokruszeniu daleko poza linią złamania. Zanik taki występuje zarówno u osób starych, jak i u młodych.

Schulze (Bonn) sądzi, że dobre wyniki można otrzymać zapomocą wyciągu wyłącznie osiowego, bez kłopotliwych wyciągów bocznych.

Schlange (Hannower). Gdy prawidłowe ustawienie odłamków rękami przez skórę się nie udaje, przechodzi S. niezwłocznie do obnażenia cięciem przedniem podłużnem odłamków i zestawia je narzędziami. Nierówności powierzchni złamania przeważnie wystarczą do utrzymania uzyskanego odprowadzenia bez pomocy szwu kostnego. S. unika ściśle dotykania palcami rany i kości.

Körte (Berlin) zaznacza, że t. zw. metoda Bardenheuera pochodzi właściwie z Ameryki; zasługę B. stanowią wprowadzone do niej ulepszenia.

Ostatni z tematów głównych **„O wycięciu sterczu“** referował Kümmel (Hamburg). Zabieg ten, często dokonywany w Anglii, Ameryce i we Francyi, w Niemczech nie jest jeszcze popularny. Sam K. dokonał szeregu operacyi Bottiniego, próbował trzebienia i wycięcia przewodów nasiennych; obecnie porzucił wszystkie te półśrodki dla zabiegu doszczętnego, wycięcia gruczołu krokowego. Za wskazania do wycięcia sterczu uważa K. konieczność ciągłego używania cewnika, krwawienia, kamienie, przewlekły silny nieżyt. Nie należy operować przy znacznej miażdżycy naczyń, zupełnym zaniku kurczliwości pęcherza, powikłaniach w zakresie miedniczek i nerek, wreszcie u ludzi osłabionych, w razie silniejszego przewlekłego nieżytu oskrzeli. Z metod operacyjnych za lepszą uważa K. nadłonową, ponieważ lepszy jest dostęp i oświetlenie pola operacyjnego, ponieważ można znaleźć i usunąć kamienie, i ponieważ rzadziej powstają przetoki i niemoc płciowa wskutek uszkodzenia przewodów nasiennych. Metodę kroczową stosuje K. tylko u ludzi bardzo otyłych, lub jeżeli gruczoł krokowy silnie wpukla się do odbytnicy. Zaznacza trudność przedoperacyjnego rozpoznania raka sterczu, który jednak zdarza się często; sam na 41 przypadków wycięcia sterczu znalazł raka 9 razy. Przy raku operacya bywa trudna, rokowanie co do nawrotów bardzo niepomyślne. Śmiertelność operacyjna wogóle 10 prc. Wyniki czynnościowe są dobre: zdolność utrzymania moczu przez 4—6 godzin, dowolne opróżnianie pęcherza; czasem powstają następowe zwężenia bliznowate na miejscu operacyi.

Wullstein (Halle) podaje odmianę cięcia nadłonowego w celu lepszego udostępnienia dna pęcherza i sterczu. Odmiana ta polega na wytworzeniu ze spojenia łonowego płata kostnego, który odchyla się ku górze. (Krajewski 1900. *Przyp. spraw.*). Pęcherz otwiera W. cięciem poprzecznie łukowatem. Przed operacyą wypełnia pęcherz powietrzem, po operacyi zostawia w moczowodach cewnik stale na 1—3 dni, dając ranie pęcherza warunki dogodne do sklejenia się. Zwraca uwagę, że w obecnym dwupiętrowym szwie pęcherza drugie piętro rozluźnia pierwsze, i że błędnem jest porównywanie zewnętrznej warstwy ściany pęcherza z błonami surowiczemi i nakładanie na nią szwu typu Lemberta. Swój dwupiętrowy szew pęcherza nakłada W. w sposób następujący. Cięcie łukowate prowadzi przez połowę grubości ściany pęcherza i w tej warstwie odpreparowuje z warstwy mięsnej płat łukowaty aż do cięciwy łuku. Wzdłuż cięciwy przecina pozostałe warstwy pęcherza (linia prosta). Zeszywa najpierw linię prostą cięcia, przykrywa ją płatem i drugiem piętrem szwu i umocowuje płat na dawnem miejscu.

W dyskusyi Völker (Heidelberg) mówi o 32 przypadkach Czernego, operowanych metodą kroczową (3 zejścia śmiert., 21 dobrych wyników czynnościowych). Jeden z wyleczonych przez wycięcie sterczu popełnił potem samobójstwo.

Goebell (Kiel) uważa resekcyę przewodu nasiennego za zabieg, zapobiegający wtórnemu zapaleniu jąder. Metodę nadłonową poleca dla przypadków z kamieniami i przewagą przerostu płata środkowego sterczu; metodę kroczową w razie wypuklania się sterczu do odbytnicy. Zaleca staranne leczenie nieżytu pęcherza przed operacyą, oraz wczesne wstawanie chorych po zabiegu.

Roerink (Fryburg w B.) zaleca nie zarzucać operacyi Bottiniego, niewątpliwie wystarczającej w wielu przypadkach.

Rydygier (Lwów) opisuje treściwie swój sposób wewnątrztorebkowej resekcyi sterczu od strony krocza. Oprócz innych dodatnich stron sposób ten najmniej wystawia na niebezpieczeństwo zniszczenia przewodów nasiennych i następczej niemocy płciowej.

Quervain (Berno) jest zwolennikiem metody nadłonowej, podnosząc dobre wyniki czynnościowe po operacyi. O ile się nawet zeszywa pęcherz, w żadnym razie nie należy zaniedbać sączkowania przestrzeni Retziusa.

Rumpel (Berlin) podnosi znaczenie cystoskopii przy wyborze metody kroczowej lub nadłonowej. Przypadki przerostu pierścieniowatego nadają się bardziej do operacyi nadłonowej. R. zaleca częste płukanie (5—6 razy dziennie) pęcherza po operacyi. U operowanych widywał R. stany psychiczne, zbliżone do melancholii; dwóch popełniło samobójstwo.

Israel (Berlin) na wielką liczbę chorych, dotkniętych przerostem sterczu, tylko w 19 przypadkach uznał za potrzebne wycięcie tego gruczołu. Metodę nadłonową uważa za dogodniejszą. Zabiegi na narządach nasiennych zarzucił, jako bezskuteczne. Ranę nadłonową tamponuje lub sączkuje; zeszywa co najwyżej sam pęcherz. Cewnik na stałe.

Rovsing (Kopenhaga) wychodzi z założenia, że przy przeroście sterczu należy zwalczać nie sam przerost, ale zatrzymanie moczu i jego skutki. Na 150 przypadków dokonał zaledwie w 15 zupełnych lub częściowych wycięć gruczołu; zresztą zaś stosuje i zaleca nadłonową przetokę pęcherza (*cystostomia suprapubica*) z cewnikiem, który wypada zmieniać zaledwie około 10 razy na rok. Przy tej metodzie śmiertelności pooperacyjnej niema wcale, chorzy są zadowoleni ze swego losu i nie dostają melancholii, opisywanej po wycięciach, a nawet po zniszczeniu gruczołu przez sprawę wiewiórową. — Przeciw zakładaniu przetok nadłonowych przemawia Kümmell, nazywając ten sposób tylko zamianą jednej choroby na inną.

Oprócz tematów głównych omawiano na Zjeździe między innemi sprawy następujące:

Lexer (Królewiec): **O operacyi idealnej tętniaków tętniczych i tętniczo-żylnych.** Za postępowanie idealne uważa L. przywrócenie po usunięciu tętniaka drożności wielkich naczyn zapomocą szwu naczyniowego W razie zbyt dużej przerwy można przeszczepiać kawałki żył, wzięte z innej okolicy. W ten sposób unikamy niebezpieczeństwa zgorzeli kończyny po podwiązaniu głównego pnia tętniczego. L. opisuje swoje przypadki, leczone zapomocą szwu naczyniowego. W jednym chodziło o tętniak podkolanowy (szew tętnicy okolny), w drugim o tętniak pachowy (przeszczepienie kawałka żyły odpiszczelowej [*saphena*]).

Petrow (Petersburg) zwraca uwagę, że główną tętnicę kończyny przy tętniaku można bezkarnie podwiązać, o ile po uciśnięciu jej ponad tętniakiem, siła tętna poniżej tętniaka nie nazbyt słabnie. To napięcie tętna mierzyć można przyrządem Riva-Rocciego. Brak znacznego spadku napięcia tętna dowodzi, że wytworzyło się dostateczne krążenie oboczne. (Dok. nast.)

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d. 15. maja 1907.

Przewodniczący prezes kol. Rosner. Obecnych członków 28.

1) Protokół przyjęto.

2) Doc. Lemberger przedstawia wynik badania chemicznego mączki odżywczej dla dzieci wyrobu p. Gurgula, której skład jest identyczny ze składem tego rodzaju mączek, wyrabianych za granicą. Uchwalono przetwór ten polecić.

3) Kol. prym. Bogdanik interpeluje komisyę redakcyjną w sprawie artykułów »O szpitalnictwie«, umieszczonych w »Przegl. lek.« Po odpowiedzi prof. Ciechanowskiego, jako autora, oświadcza prezes, iż mimo, że sprawa należy do posiedzenia administracyjnego, gotów jest komitet na jednem z najbliższych posiedzeń odpowiedzieć na interpelacyę.

4) Prof. Kader przedstawia *a*) chorego **po wycięciu sterczu**, *b*) chorego po **resekcyi jelit z powodu nowotworu** pętli esowatej, *c*) chorą po **resekcyi 280 ctm. jelita cienkiego i kątnicy z powodu gruźlicy**, *d*) chorego po operacyi z powodu **przewlekłej niedrożności jelit.**

W dyskusyi *ad a*) zabierali głos koledzy: Rapaport, Borzęcki, Ciechanowski, Kader, *ad d*) Wachtel, Bogdanik i Kader.

5) Dr Steuermark miał wykład p. t. **Zasady i wskazania nowoczesnej rentgenoterapii** (rzecz przezn. do druku).

Uroczyste posiedzenie w d. 29. maja 1907 dla złożenia hołdu pamięci prof. Henryka Jordana.

Na posiedzenie przybyli tłumnie członkowie Towarzystwa i lekarze, w dniu tym przebywający w Krakowie. Zebrani wysłuchali stojąc przemówienia prezesa, kol. prof. Rosnera, który na wstępie podniósł, że z każdym dniem widać dokładniej ogrom straty, jaką przez śmierć ś. p. Jordana ponieśliśmy. »Wieść o śmierci ś. p. Jordana była tak niespodziewana i tak wstrząsająca, że spontaniczny wybuch żalu przyćmiewał zdrowy sąd o tym niezwykłym człowieku. Kiedy umiera człowiek zacny, ale mały, niewyrastający ponad przeciętną miarę, wówczas spostrzegamy ze smutkiem, że toczące się w nieznaną dal życie zaciera nam z przerażającą szybkością jego postać — maleje ona z dniem każdym — i znika, »tonie w niepamięci piasku«. Zupełnie inaczej, jeśli opłakujemy człowieka, wyrastającego ponad zwykłą miarę. »Jak cień tem dłuższy, gdy pada z daleka« tak w miarę oddalenia, występuje potężniej cała wielka niecodzienna postać ś. p. Jordana«. Przebiegłszy następnie w krótkich słowach życie ś. p. Jordana »pełne walk, dalekie od wszelkiej banalności« i scharakteryzowawszy działalność ś. p. Jordana na różnych polach, podnosi mowca, że »błędnem jest widzieć Jordana w dwóch postaciach: jako lekarza i jako działacza społecznego. Przeciwnie: lecząc, będąc lekarzem, tak w klinice, jak i przy łóżku chorej, miał on zawsze na myśli dobro społeczeństwa, był pracownikiem społecznym, ale i odwrotnie, stwarzając niespożyte swoje prace społeczne — był lekarzem. I oto powód, dlaczego na nas wszystkich, na cały stan lekarski polski spadała część tej chwały, jaką otoczył swoje nazwisko«. »Czy kiedy dbał o fizyczny i duchowy rozwój młodzieży, czy kiedy tworzył w myśli domy robotnicze dla tych, którzy »dźwigają cierniową koronę codziennej troski nad zbladłą w łzach twarzą«, Jordan był w najobszerniejszem słowa znaczeniu lekarzem. Umiał też być lekarzem lekarzy, kiedy całą serdeczną myśl swoją i cały swój wielki rozum poświęcał w Tow. Samopomocy dobru lekarzy i ich rodzin«. »S. p. Jordan był człowiekiem pod każdym względem niezwykłym. To, co innych ludzi łamie, jemu dodawało skrzydeł, to co u innych wytwarza egoizm i pychę, pobudzało go do myśli altruistycznych. Śmierć jedynego syna i ciężka nieuleczalna choroba żony stały się punktem wyjścia jego prac dla społeczeństwa. Wielkie uznanie i objawy czci, jakie go otaczały, kazały mu myśleć nie o tem, co stworzył, ale o tem, czego jeszcze nie zrobił. Dzieła jego rodziły się z miłości. Kochał ojczyznę, dla której gotów był zawsze wszystko poświęcić, kochał młodzież, kochał robotnika, i w tej miłości tworzył swoje dzieła«.

»Hołd wdzięcznej pamięci dłużni Mu są nietylko ci, których bezpośrednio obdarzył, ale i my wszyscy. Myślą swoją i pracą podnosił wielu, do zwątpienia skłonnych, i bezwiednie natchnął niejednego szlachetną myślą służenia społeczeństwu, gdyż, jak mówi poeta: »Myśl, która dobru powszechnemu służy, wiedzie za sobą duchów zastęp duży, jak łańcuch w niebo lecących żórawi«. Wszyscy też chcąc, czy nie chcąc, świadomie, czy nieświadomie, wzbogacaliśmy swojego ducha, czerpiąc z tej skarbnicy bogactw ideowych, jaką ten jeden człowiek swoją pracą zasilał, gdyż

»Cichych poświęceń nieustanna praca
»I serc szlachetnych dobroć promienista
»Powszechny skarbiec duchowy wzbogaca
»Z którego każdy czerpie i korzysta«.

»Ze skarbca tego czerpać będziemy długo i my i nasi następcy. Pamięć wielkiego lekarza polskiego żyć będzie w nas i wskazywać nam będzie »nowe działań pola««.

Na znak żałoby po przemówieniu tem posiedzenie zamknięto.

Sekretarz: *Dr Owsiński.*

Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1903, oraz 1901/2.

Streścił **prof. dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

Najlepszy stan i największe postępy były w obu miastach stołecznych; Kraków jednak przodował (do r. 1903) o tyle, że gdy we Lwowie w r. 1902/3 z 35 szkół miejskich tylko 14 miało budynki własne, 11 mieściło się częścią we własnych, a częścią w wynajętych, zaś 10 w wynajętych, przeważnie nieodpowiednich lokalach, to w Krakowie w tymże roku z 25 szkół tylko 3 mieściło się w lokalach wynajętych, znaczna przeto większość (nawet po odliczeniu 4 drewnianych baraków szkolnych) miała budynki odpowiednie. Zresztą oba miasta energicznie zmierzają do zupełnej poprawy stosunków, szybko stawiając nowe wzorowe budynki. Z końcem roku 1903/4 potrzeba było we Lwowie już tylko 8 nowych gmachów szkolnych (za 2·5 miliona koron); w Krakowie rozpoczęto w tymże roku budowę 2 nowych szkół, zrywając ostatecznie z budową baraków drewnianych, mających wiele stron ujemnych; w tymże roku zyskało odpowiednie pomieszczenie krakowskie seminaryum nauczycielskie męskie ze szkołą ćwiczeń, — w roku poprzednim powstały dwa wzorowe budynki dla większych szkół prywatnych (gminy ewangielickiej i Sióstr Bożej miłości).

Na prowincyi stosunki są bardzo rozmaite. Niektóre powiaty mają budynki szkolne z małymi wyjątkami pod względem higienicznym bez zarzutu (Biała, Kałusz, Lisko 1901/2), lub stawiają szybko dobre budynki (Gorlice), nieraz z niezwykłą ofiarnością (z funduszów powiatowych zbudowano w tłumackiem w jednym r. 1902 7 wielkich szkół kosztem prawie 200.000 K.); w innych natomiast stosunki są bardzo opłakane, a poprawa ich bardzo powolna, lub niema jej wcale, bądź z powodu ubóstwa ludności (Mielec), bądź indolencyi władz autonomicznych. Ubogiej ludności przychodzić zaczyna z pomocą Sejm; w r. 1903 uchwalono na zasiłki na budowę szkół 400.000 K., co jednak, jak słusznie zauważa Rada zdrowia, jest zbyt mało. Indolencya władz autonomicznych oburza i wymaga napiętnowania. Tak np. »w powiecie wadowickim gminy były skłonne budować, ale nie wykorzystano w należytym czasie ich dobrych chęci, obecnie zaś, gdy tymczasowe pomieszczenie jest jakietakie, trudno znaleźć pieniądze na nowe budowle« (1901/2). »Przeważnie liche« budynki szkolne wymienia Sprawozdanie z r. 1901/2 w pow. bobreckim, borszczowskim, drohobyckim (w samym Drohobyczu szkoła wydziałowa męska rozrzucona jest w pięciu budynkach, z tych 3 są bardzo wilgotne), grodeckim, jasielskim (tylko w 11 szkołach przypada na ucznia więcej niż 3 m.³ powietrza, w 15 poniżej 2 m.³, w jednej nawet tylko pół metra!), jaworowskim, kolbuszowskim, kołomyjskim, krośnieńskim, mieleckim (połowa szkół, mianowicie drewniane), mościskim (18 gmin z ludnością 8916 niema żadnej szkoły, 13 gmin z ludnością 5979 korzysta ze szkół gmin sąsiednich, tylko 43 gmin ma szkoły publiczne, a 4 prywatne pokątne, które muszą być z konieczności cierpiane, a utrzymywane są dobrowolnemi składkami włościan), nowotarskim (grzyb), peczeniżyńskim (tylko trzy szkoły są dobre), rawskim, samborskim, śniatyńskim, starosamborskim (połowa gmin niema wcale szkół), turczańskim, wadowickim, złoczowskim. W powiecie brodzkim były w r. 1903 takie stosunki, że w 45 szkołach jednoklasowych wypadało na ucznia średnio tylko 1·68 m.³ przestrzeni, a w 27 dwuklasowych nawet tylko 1·2, gdzieniegdzie jeden metr. Są miejscowości, gdzie nie pozostawało nic innego, jak szkoły zamknąć (Żabie, Stary Sambor 1901/2). Budynki szkolne, nawet nowe (pow. nowotarski 1901/2) w wielu miejscowościach są niezdrowe wskutek klęski grzyba, opadającego większość budynków drewnianych. To też coraz silniejszy jest prąd do stawiania budynków murowanych. Szkoda, że tabelka z r. 1903, wymieniająca 71 nowo zbudowanych i 13 przebudowanych szkół ludowych, nie podaje, ile powstało murowanych, a ile drewnianych, oraz, ile z nich zbudowano odpowiednio na zasadzie planów, zatwierdzonych przez lekarza urzędowego. Bo ciągle jeszcze niestety zdarza się, i to nierzadko, że stawia się nowe szkoły bez zasięgnięcia opinii lekarskiej (1902: w bocheńskiem, brodzkiem, dolińskiem, horodeńskiem, nowosądeckiem, turczańskiem i t. p.), przez co budynki stają w miejscach nieodpowiednich, budowane wadliwie, bez odpowiednich urządzeń (wychodki, ławki), o które potem trzeba »formalne staczać walki« (1901/2, str. 120). Co do tych urządzeń, to wina

ciąży tu też i na Radzie szkolnej krajowej, w której planach tego nie uwzględniono. Bardzo na czasie było wydanie w r. 1903 szczegółowej instrukcyi dla lekarzy urzędowych, jak mają wydawać opinię przy budowie nowych szkół (Rozp. Nam. L. 16.239), i zawiadomienie o tem wszystkich Rad szkolnych okręgowych. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Sprawozdanie Towarzystwa Samopomocy za r. 1906 zostało rozesłane członkom w ubiegłym tygodniu. Akcyę przeciw kasom majsterskim uwieńczyło uzyskanie od $^5/_6$ lekarzy galicyjskich deklaracyi, że posad w tych kasach nie przyjmą. Przygotowano przekształcenie Towarzystwa w organizacyę ścisłą, któraby mogła być przyjętą do Państwowego Związku organizacyi lek. austr. Ulepszono regulamin Kasy pogrzebowej, przygotowano statut Kasy zaliczkowej lekarzy, ułożono taryfę kosztów podróży, podejmowanych na żądanie Towarzystw ubezpieczeń i sądów, i uzyskano zatwierdzenie tej taryfy przez Izbę lekarską. Założono oddział antykwarski (pośrednictwa w nabywaniu i sprzedaży książek i narzędzi lekarskich). Oto główne prace Wydziału Towarzystwa, nie licząc całego szeregu spraw drobniejszych i stałej czynności w »oddziałach« Towarzystwa. Z »oddziałów« tych kierował ś. p. dr Słapa Kasą zapomogową, którą udzieliła 10 zapomóg w łącznej kwocie 1,400 K, jednej pożyczki (400 K) i subwencyi »Głosowi lekarzy« (500 K). Doc. Braun zarządzał Kasą pogrzebową, która liczy 202 członków, a wypłaciła w r. z. 3 premie pogrzebowe (razem 1,194 K), od założenia zaś, t. j. od r. 1903, wypłaciła 3,726 K. Dr Flis kierował Oddziałem należytości, który załatwił w r. z. spraw 16, odzyskując dla lekarzy 674 K zaległych honoraryów. Wreszcie w ręku dra Zydłowicza spoczywała Administracya znaczków receptowych, której obrót w r. z. dobiegł kwoty 5,459 K, a która do funduszu wdów i sierót za ten jeden rok wniosła 3,400 K. Pomyślne wyniki praktyczne, osiągnięte w tym dziale, sprawiły, że XII. Wiec Izb lekarskich poraz pierwszy nie przeszedł do porządku nad sprawą stempla receptowego, jak to się działo dotąd, lecz przeciwnie, uznał jego wprowadzenie za bardzo pożądane. — Liczba członków Towarzystwa doszła w r. z. do 676, ogólny obrót kasowy 16,874 K, bilans majątkowy zamyka się kwotą 23,724 K (w czem fundusz żelazny 2,430 K, rezerwowy 3,567 K, zapomogowy dla wdów i sierot 8,321 K). — Dołączony do sprawozdania projekt statutu Kasy zaliczkowej zbliża się do zasad warszawskiej Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy z jednej, do ustaw Kas zaliczkowych ogólnych z drugiej strony. Projekt zmiany statutu Towarzystwa Samopomocy wzoruje się na zasadach organizacyi lekarskich w innych krajach austryackich, tworząc Organizacye powiatowe, łączące się w ogólnym Związku krajowym (w razie potrzeby za pośrednictwem Związków obwodowych) i wprowadzając konieczną ścisłość i sprężystość organizacyi zapomocą zobowiązań, składanych przez każdego członka. *R.*

Kasa dla chorych lekarzy we Lwowie odbyła w dniu 25. V. 1907 Walne Zgromadzenie pod przewodnictwem dra Festenburga.

Sprawozdanie sekretarza dra Liliena, przedstawione Zgromadzeniu, stwierdza, że rozwój Kasy w roku ubiegłym postępował powolnie. Przystąpiło członków 20, a to z Galicyi wschodniej 12, z zachodniej 8. Ubyło członków 7, a to 3 przez śmierć, 3 przez wystąpienie, 1 przez wykreślenie wskutek zaległości. Członków z końcem roku 1906 było 177. — Kasa świadczyła w 82 wypadkach choroby łączną kwotą 12,012 K. — Wydział odbył 12 posiedzeń, na których rozpatrywał rozmaite sprawy wątpliwe i sporne. Największe trudności przedstawiała sprawa świadczenia w wypadkach wyjazdu. W dwóch takich wypadkach, gdy Wydział uchwalił odmówić zasiłku, członkowie odwołali się do Sądu rozjemczego, który oba razy rozstrzygnął zgodnie z uchwałą Wydziału. Dla uniknienia dalszych nieporozumień w tym kierunku, rozesłał Zarząd Kasy okólnik do wszystkich członków z wyraźnemi wskazówkami, kiedy i w jakich warunkach Kasa świadczy.

Sprawozdanie skarbnika dra Schellenberga dowodzi, że r. 1906 był dla Kasy mniej pomyślny. Obrót kasowy wynosił 17,893 K, jednakże rzeczywiście pobrane przychody wynosiły 11,234 K, a rzeczywiste rozchody (przy bardzo oszczędnej administracyi) 12,481 K; nadto nie opłacono do funduszu rezerwowego należnych 4,134 K, niedobór o tyle więc jest większy. Czysty majątek Kasy z 3,473 K z końcem r. 1905 zmniejszył się do 1,098 K z końcem 1906. Fundusz rezerwowy wynosił 31. XII. 1906 kwotę 2,142 K, należała mu się prócz tego wspomniana kwota 4,134 K. — Należące się Kasie zaległości wynosiły 2,073 K. — Przedstawiając swe sprawozdanie, zwrócił skarbnik uwagę na niekorzystny stan majątkowy Kasy, wymagający ograniczenia wydatków. — W dyskusyi domagali się dr Korman i Wątorek większego rygoru w ściąganiu zaległości. Przewodniczący oświadczył, że w razie potrzeby ściągać się je będzie sądownie.

Wnioski Wydziału w sprawie zmiany statutu przedstawił wiceprezes dr Stachiewicz. Doświadczenia dotychczasowe okazują konieczność ograniczenia wydatków Kasy. Ograniczenie takie da się uzyskać w pewnej mierze bez dotkliwego uszczuplenia praw członków przez przedłużenie czasu wyczekiwania (karencyi) od chwili wstąpienia i przez zniesienie świadczeń w wypadkach wyjazdu. Referent wnosi zatem zmianę § 2 statutu o tyle, że »nowo wstępujący staje się członkiem Kasy z dniem przyjęcia przez Wydział, a nabywa pełnych praw członka w dwa miesiące po przyjęciu« (Reszta § 2 niezmieniona). — W dyskusyi dr Wątorek sprzeciwił się temu zasadniczo. Wolałby podnieść opłaty, wolałby dokładnie zbadać każdego nowowstępującego przez lekarza zaufanego Kasy, a znieść zupełnie karencyę. Dr Moszkowicz, Skałkowski, Zabłocki uważają karencyę dwumiesięczną za niedostateczną. Dr Zabłocki wnosi zmianę statutu w postaci karencyi trzymiesięcznej. Wniosek dra Zabłockiego przyjęto większością głosów.

Dalszą zmianę statutu wniósł sprawozdawca dr Stachiewicz co do § 8, a mianowicie w następującem brzmieniu: »Wypłata odbywa się dnia 1. i 15. każdego miesiąca tylko po przedłożeniu pokwitowania, widymowanego przez lekarza ordynującego,« (Dalszy ciąg ustępu I. niezmieniony). Dodatek: »Na wyjazdy do kąpiel i sanatoryów, jakoteż w czasie pobytu członków poza ich stałą siedzibą, Kasa zasiłków nie udziela; tylko w razie choroby obłożnej lub w przypadkach, w których dowód zupełnej nieudolności do jakichkolwiek czynności lekarskich da się niewątpliwie przeprowadzić, może Wydział wyjątkowo przyznać zasiłki także podczas pobytu chorego poza miejscem stałego osiedlenia«. (Dalszy ciąg § 8 niezmieniony). Wnioskodawca uzasadnił potrzebę tych zmian na przykładach, zebranych z dotychczasowego istnienia Kasy, podnosząc, że w każdym specyalnym wypadku należy pozostawić rozstrzygnięcie Wydziałowi. — W dyskusyi przemawiali dr Korman, Wątorek, Zabłocki, Fels, Moszkowicz. Wniosek referenta przyjęto większością głosów.

Dr Wątorek wniósł zmianę statutu w tym kierunku, aby wpłaty dotychczasowe i pobory członków uważać za udziały i aby każdemu członkowi wolno było opłacać dowolną ilość takich udziałów z prawem poboru odpowiednio wyższego zasiłku w razie choroby. Wniosek ten uchwalono odesłać do Wydziału. *Ll.*

Ustawę aptekarską z d. 18. XII. 1906, obowiązującą obecnie w Austryi, wraz z rozporządzeniami w sprawie zapisywania i wydawania lekarstw na rachunek funduszów publicznych oraz utworzenia wydziałów kondycyonujących farmaceutów, wydali w dokładnem tłómaczeniu polskiem z obszernemi objaśnieniami Mr. farmacyi B. Jawornicki i adwokat dr Laufbahn. Myślą przewodnią autorów było przedstawić w objaśnieniach punkt wyjścia ustawodawcy i w ten sposób przyjść z pomocą prawną posiadaczom aptek, farmaceutom, lekarzom rządowym, lekarzom utrzymującym apteki domowe, oraz zakładom, mającym prawo prowadzenia własnych aptek. Wszystkim tym osobom i instytucyom może wydanie ustawy w tej formie oddać istotnie wielkie usługi, toteż wydawnictwo pp. Jawornickiego i Laufbahna szybko się wśród nich z pewnością rozpowszechni. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 9. do 15. VI. 1907 doniesiono o 57 nowych przypadkach duru plamistego w 22 gminach, a mianowicie w pow. Buczacz (Porchowa 5), Dobromil (Dobromil 1), Horodenka (Dąbki 4), Kosów (Rybno 24), Lisko (Wołkowyja 1), Nadwórna (Pniów 9), Rawa (Ulicko seredkiewicz 4, Rzyczki 4, Manastyrek 2), Stryj (Stryj 1, Tarnawka 1), Tarnopol (Suszczyn 1); o 2 przypadkach ospy w 2 gminach, a mianowicie: Bochnia (Wola batorska 1, zachorowało dziecko bezpośrednio po powrocie z Ameryki), Kałusz (Jasień 1); o 2 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 2 gminach, a mianowicie pow. Brzeżany (Brzeżany 1), Strzyżów (Glinik charzewski 1). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 9. do 15. VI. 1907 przypadków: odry 1, płonicy 7 † 1, krztuśca 3, ospicy 3, ospy 1. *W.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 9. do 15. VI. 1907 urodziło się dzieci żywo 67, nieżywo 8; zmarło osób 56 (w tem obcych 21), z nich z gruźlicy 20 (6), zapalenia płuc 6 (1), płonicy 1, krztuśca —, duru brzusznego —. *R.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 9. do 15. VI. 1907 przypadków: płonicy 2, odry 2, duru brzusznego 3 (w tem obcy 1), nagminnego zapalenia opon 7 † 2. *Z.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Rada miejska uchwaliła 13. VI. b. r. oddać część Placu Aryańskiego pod budowę kliniki neurologiczno-psychiatrycznej. W ten sposób zakończył się okres wstępny tej ważnej sprawy i rozpocznie się okres wykonania. Pragnąć należy, ażeby nastąpiło ono jaknajspieszniej, co przy dobrej woli wszystkich współdziałających czynników nietrudnem będzie.

— Prof. M. L. Jakubowski mianowany został z okazyi przeniesienia w stan spoczynku radcą dworu.

— Prof. dr Bossowski odznaczony został krzyżem kawalerskim orderu Franciszka Józefa.

— Konkurs na popularną broszurę przeciwalkoholową ogłasza VI Koło Towarzystwa Szkoły ludowej (Kraków, Floryańska 15) z terminem do 31. XII. 1907, a nagrodą 100 K.

— Dyplom doktorski otrzymali p. Salomon Friediker, rodem z Chrzanowa i p. Jan Schneider, rodem z Wadowic.

Lwów. W Towarzystwie higienicznem zawiązała się osobna sekcya szkolna pod przewodnictwem insp. szk. prof. Bruchnalskiego; wiceprezesem sekcyi jest dr Kazimierz Zgórski. Wydawany przez Towarzystwo »Przegląd higieniczny« przekroczył liczbę 500 egzemplarzy; otrzymuje on od Sejmu subwencyę 600, a od miasta Lwowa 400 K. Dnia 17. VI. odbyło się Walne Zgromadzenie Towarzystwa.

— Wydział krajowy zwrócił uwagę Wydziałów powiatowych, by przy obsadzaniu okręgów sanitarnych trzymały się ściśle ustawy z d. 5. X. 1906, mianowicie, by do konkursów dopuszczały tylko kandydatów, którzy nie przekroczyli 40 r. ż. i by przedstawiały Wydziałowi krajowemu podania wszystkich kandydatów ze swoim wnioskiem co do nadania posady (same bowiem posad teraz nadawać nie mają prawa).

— Wystawa przyrodniczo-lekarska i higieniczna została otwarta 16. VI. w obecności przedstawicieli instytucyi naukowych, naczelników wszystkich władz krajowych i miejskich i przy tłumnym udziale publiczności. Przy otwarciu wystawy przemawiali: wiceprezydent miasta dr Rutowski, dyrektor wystawy dr K. Krzyżanowski i prezes wydziału gospod. X. Zjazdu lek. i przyr. prof. Bylicki.

— Dyplom doktorski uzyskali p. Fryderyk Flohr, p. Tadeusz Olszański i Aron Bard.

Zdrojowiska galicyjskie. Do Krynicy przybyło od 15. V. do 12. VI. osób 1707, do Rabki od 20. V. do 18. VI. osób 752.

Warszawa. Rada dobroczynności publ. uznała, iż wskrzeszenie szkoły felczerskiej w Warszawie jest zbyteczne; natomiast w całym kraju powinny być zakładane szkoły dozorców i dozorczyń chorych. Praktykujący obecnie felczerzy mają z praw swych korzystać do śmierci. Inspektor szpitali ma utworzyć komisyę, która założy szkołę dozorców chorych w Warszawie, ułoży jej program i t. d.

— Z przyznanej sobie nagrody Akademii Umiej. przeznaczył dr A. Sokołowski połowę na fundusz stypendyalny, a drugą połowę na nagrodę za najlepszą popularną broszurę o gruźlicy. W konkursie na tę broszurę zdobył wśród 5 współzawodników nagrodę dr Stanisław Łagowski.

— Prócz szpitala im. Poznańskich znajduje się także łódzki szpital dziecięcy fundacyi Herbstów w trudnem położeniu finansowem. Niedobory pokrywano z funduszów zapasowych, lecz te już się wyczerpują. Magistrat łódzki przyrzekł 6,000 rb. zapomogi.

— Dzienniki donoszą, że na kierownika zakładu dla obłąkanych w Kochanówce pod Łodzią powołano dra Witolda Chodźkę na miejsce dra Mazurkiewicza, który przenosi się do Galicyi.

— Półwiekowy jubileusz pracy lekarskiej obchodził w Warszawie dr Aleksander Dobrzański. Urodzony w Sandomierskiem, gimnazyum ukończył w Radomiu, nauki lekarskie w r. 1857 w Moskwie. Po trzyletnich studyach okulistycznych w Paryżu, Wiedniu i Berlinie został ordynatorem oddziału ocznego w szpitalu Dz. Jezus w Warszawie, później w szpitalu izraelickim. Od r. 1879 był dyrektorem zdrojowiska w Busku, gdzie przyczynił się bardzo do rozwoju miejscowego szpitala. Po objęciu Buska przez administracyę rządową wrócił do Warszawy na stanowisko okulisty szpitala na Pradze, od r. 1901 zaś szpitala dla dzieci. Składając hołd nieznużonej pracy, życzymy sędziwemu Jubilatowi, by jeszcze długie lata cieszył się takimsamym zasobem sił i energii, jakie dziś, w 75. roku życia, są Jego udziałem.

— W Ojcowie odsłoniętą zostanie 29. b. m. tablica pamiątkowa ś. p. dra Stanisława Niedzielskiego, wieloletniego kierownika miejscowego zakładu leczniczego, ufundowana ze składek.

Z różnych stron. Rada miejska w Wiedniu przeznacza 10 milionów koron na fundacyę szpitala dla uczczenia 60-letniej rocznicy rządów cesarza Franciszka Józefa.

— Mowa tronowa przy otwarciu austryackiej Rady Państwa w d. 19. VI. b. r. zapowiada »nowożytną reformę ustawodawstwa sanitarnego, zwłaszcza celem skutecznego zwalczania epidemii i chorób wśród ludności, uregulowania sprawy domów dla obłąkanych«. Co do wszechnic zaś zapowiada »jaknajszybsze uposażenie instytutów, zwłaszcza klinik, w nowe budynki i wszelkie potrzebne środki naukowe«.

— Na Zjeździe ginekologów niemieckich w Dreźnie rzucił prof. Fritsch myśl, aby kliniki ginekologiczne niemieckie zamieniały wzajemnie swych asystentów, uważając to za korzystniejsze, niż ich podróże naukowe.

Mianowani: W rządowym zakładzie badania środków spożywczych w Krakowie: dr Leonard Bier starszym inspektorem, p. J. Buraczewski inspektorem, p. J. Hetper adjunktem.

Powołani: prof. Pfannenstiel z Giessen na katedrę położnictwa w Kiel; prof. Rosthorn z Heidelbergu na takąż katedrę do Wiednia (na miejsce ustępującego prof. Chrobaka), prof. Straub z Würzburga na katedrę farmakologii do Fryburga w B.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 26. czerwca o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Kader: Demonstracye chorych. 2) Doc. Gliński: Demonstracye preparatów anatomiczno-patologicznych. 3) Prof. Rosner: Demonstracye narzędzi. 4) Dr Blassberg: Najnowsze poglądy na ośrodki mowy.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

I. Zdrojowiska krajowe:

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.

Dr **Brodzki Jan,** b. asyst. prof. Leydena, kierownik zakładu dla hydro- elektro- mechanoterapii.

Iwonicz.

Dr **Berger Marek.**
Dr **Gabryszewski A.,** Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr **Lanes S.**

Kosów.

Lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Paździer.
Dr **Tarnawski,** właściciel i kierownik.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian,** („Domek Szwajcarski").
Dr **Dębicki Klemens,** („Pod Jeleniem").
Dr **Ebers H.,** kierownik c. k. Zakładu hydropatycznego
Dr **Kmietowicz Franciszek,** (Dom „Świteź").
Dr **Lewicki Stanisław,** b. asyst. kliniki chor. kobiec. prof. Marsa (willa Białej Róży).

Rabka.

Dr **Cholewicz Fr.**
Dr **Lang Otokar,** lekarz okr.
Dr **Langie Adam,** okulista, od 1 lipca do 15 sierp. (tylko w chor. ocznych).
Dr **Supiński Edmund,** lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Bielecki Ignacy,** lek. okręg.

Szczawnica.

Dr **Gorski Ksawery,** b. lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr **Hammerschlag,** (Willa „Atylla").
Dr **Kołączkowski J.,** kierownik wodolecz. i pensyonatu.
Dr **Kruszyński Kazimierz,** radca cesarski.
Dr **Żuliński Edward,** (Willa „Alma"), (zimą w **Meranie**).

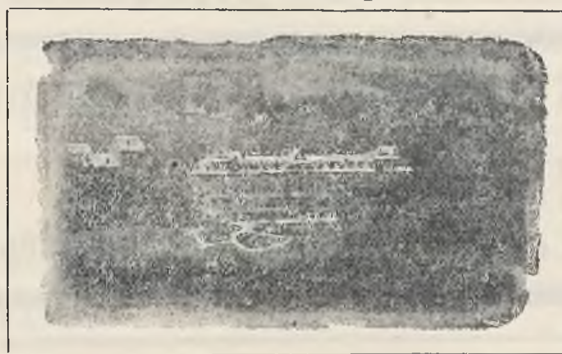
Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski,** radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon.**
Dr **Praschil Tad.,** b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Wisła.

Dr **Zanietowski Józef.**

Zakopane.



SANATORYUM Dra DŁUSKIEGO DLA CHORYCH PIERSIOWYCH.

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz,** lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński,** (Louisenstr. 2a).

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk,** lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon,** b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl").

Biarritz (B. P.) France.

Dr **Bohdanowicz,** („Villa St. Hubert"), („zimą w **Nizzy**").

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.,** lekarz zakładowy.
Dr **Wobr,** lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Engländer Bernard,** (Schwarzer Bär, Kirchenstr.).
Dr **Steinsberg,** (Pensyonat leczniczy we własnej willi).
Dr **Zeitner Józef,** („Stadt-Paris" Kirchenstrasse).

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.,** radca ces., (Villa „Höflinger" VII).

Kissingen.

Dr **Chłapowski Fr.,** radca sanitarny. Prinzregenten str. 1.

Karlsbad.

Dr **Biernacki E.,** docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").
Dr **G. Gittelmacher-Wilenko,** b. asystent Uniw. lwow. Sprudelstr. Haus Kronprinz.
Dr **Kaufmann Oskar,** („Pascha" Sprudelstrasse).

Marienbad.

Dr **Harajewicz Władysław,** radca ces. („Villa Wahnfried").
Dr **Kwiatkowski St. B.,** („Stadt Hamburg").

Rok XLVI. Kraków, dnia 29 czerwca 1907. Nr 26.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiell. pod kierownictwem prof. W. Jaworskiego.

O zmianie ilości bakteryi w kale pod wpływem stosowania w lewatywach i w dyecie mleka kwaśnego zwykłego oraz sporządzonego sposobem Miecznikowa.

Napisał

Dr Bronisław Wejnert.

(Ciąg dalszy.)

W drugiej seryi przypadków postępowaliśmy w ten sposób, iż bakterye w kale obliczano kilkakrotnie przed wprowadzeniem do dyety zwykłego mleka kwaśnego, a następnie po wprowadzeniu w dniach trzecim i następnych do dziewiątego lub 15-go. Nadto w niektórych razach w dniu trzecim i następnych po zaprzestaniu używania mleka.

I. K., l. dz. 58. *Morb. Basedowi et neurosis ventriculi.* D. 30. i 31. I. 1907 ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 108.300—216.010. Od dnia 1. II. do dyety wprowadzono 1 litr mleka kwaśnego. W dniach 3., 4., 5., ilość bakteryi w 1 mlgr. kału: 143.200—67.473—71.354—78.760; średnio 90.196. W dniu 6. i 7. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 73.530—80.400; średnio 76.965. Dyeta: rosół, 5 bułek, mleko słodkie, 2 jaja, kompot, jarzyna, jajecznica, sznycel, legumina, kakao, 2 masła, 2 szynki, 2 herbaty.

II. W. B., l. dz. 89. *Exsudat. periton.* W dniach 29. i 30. I 1907 r. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 940.910—1,306.000, średnio 1,123.455. Dnia 1. II. wprowadzono do dyety $1^1/_2$ litra mleka kwaśnego. W dniach 5. i 6. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 424.156—701.680; średnio 562.918. W d. 8. i 9. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 399.128—644.400; średnio 519.264. Od dnia 10. II. kwaśne mleko z dyety usunięto. Na trzeci dzień po usunięciu mleka ilość bakteryi w 1 mlgr. kału = 1,019.060; na szósty dzień 1,306.550. Dyeta: rosół, 4 jaja, pieczeń, jarzyna, 2 herbaty, 3 bułki, kompot, mleko słodkie.

III. M. K., l. dz. 119. *Diabetes mell.* Dnia 1. II. 1907 ilość bakteryi w 1 mlgr. kału wynosi 4,472.500. W d. 2. II. wprowadzono do dyety $2^1/_2$ l. mleka kwaśnego; d. 7. II. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału wynosi średnio 534.835. Po 13, 14 i 15 dniach podawania mleka kwaśnego ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 449.820, 572.800, 479.720; średnio 500.780. Dyeta: 2 mleka słodkie, rosół, 2 kotlety, 2 pieczenie, 2 sznycle, jajecznica, 2 jaja.

IV. J., l. dz. 108. *Diabetes mellit.* Dnia 2. II. 1907 r. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału średnio 2,386.860. D. 3. II. wprowadzono do dyety $2^1/_2$ l. mleka kwaśnego; d. 9. II. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 446.522. Po 15, 16, 17 dniach 701.680—224.910—859.200; średnio 595.263. Dyeta: 8 jaj, kotlet, 3 pieczenie, kawa biała, masło, rosół, 2 szynki, 2 mleka słodkie.

V. K., l. dz. 133. *Cephalaea.* Dnia 19. I. 1907 ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 562.000. Po 3 dniach spożywania po $^2/_3$ litra mleka kwaśnego, w 1 mlgr. kału bakteryi było 441.000. Dyeta: 2 mleka sł., rosół, mięso, jarzyna, 2 jaja, 4 bułki, 2 herbaty.

VI. K. M., l. dz. 80. *Morbus Raynaudi.* D. 10. XII. 1906 ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 705.600. Po 3 dniach spożywania $^2/_5$ l. mleka kwaśnego ilość bakt. w 1 mlgr. kału 793.800. Podawanie mleka przerwano z powodu wstrętu chorej do tego pokarmu. Dyeta: 2 kawy, 4 bułki, pieczeń, kompot, rosół, szynka, 2 jaja, herbata.

VII. K. W., l. dz. 181. *Paralysis spin. spast.* Dnia 22. i 23. II. 1907 ilość w bakteryi w 1 mlgr. kału 1,372.000—1,568.000; średnio 1,470.000. Po 6 dniach przyjmowania 1 l. mleka kwaśnego ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 754.600. Dyeta: 2 mleka sł., rosół, 2 jaja, pieczeń, kotlet, jarzyna, legumina, 3 bułki.

VIII. B. A. *Obstipatio habitualis.* Dnia 19. I. 1907 ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 882.000. Po 6 dniach spożywania 1 l. mleka kwaśnego ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 308.000. Dyeta: 4 herbaty, 5 bułek, rosół, 2 mięsa, legumina, szynka, kotlet.

Wyniki powyższe wskazują, iż zapomocą stosowania w dyecie mleka kwaśnego zdołaliśmy obniżyć ilość bakteryi w 1 miligramie kału w 3 przypadkach do połowy ilości pierwotnej; w jednym do $^1/_3$; w jednym do $^1/_4$ i w jednym do $^1/_9$. W dwóch przypadkach, w których mleko podawane było tylko przez 3 dni w ilości mniejszej, niż 1 litr i znoszone było wogóle źle, nie było znacznej różnicy w ilości bakteryi przed i po podawaniu mleka. Prócz tego widzimy, iż dłuższe spożywanie mleka, niż przez 6—7 dni, nie wywołuje coraz to większego obniżenia się ilości bakteryi, utrzymując jedynie *status quo.* Po usunięciu natomiast mleka już na 3—4 dzień ilość bakteryi wzrasta do pierwotnej prawie ilości.

W ostatnich czasach nabrało rozgłosu mleko kwaśne, przygotowywane z czystej hodowli bakteryi mlecznych, a znane pod nazwą »mleka Miecznikowa« lub mleka z laktobacyliny. Ponieważ jedną z cech głównych tego mleka ma być wpływ zgubny, wywierany przez nie na drobnoustroje przewodu pokarmowego — zajęliśmy się więc w trzeciej seryi przypadków wyjaśnieniem pytania, czy i o ile mleko Miecznikowa silniej działa na bakterye przewodu pokarmowego, niż mleko kwaśne zwykłe.

I. S., l. dz. 142. *Ptosis ventriculi.* D. 17., 18. i 19. II. 1907 ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 529.200 — 705.600 — 980.000; średnio 738.266. D. 22. II. zaczęto podawać po 1 l. mleka Miecznikowa. D. 25. i 26. II. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 294.000 — 145.530—308.000; średnio 282.510. D. 28. II. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 154.350; dnia 3. III. ilość bakt. w 1 mlgr. kału 98.000. W trzy dni po usunięciu mleka Miecznikowa ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 98.000. Stolce oddawał chory regularnie codziennie rano. Dyeta: 4 mleka słodkie, rosół, 4 jaja, legumina, jajecznica, 3 bułki.

II. B. W. *Obstipatio habitualis.* 18., 19., 20., 21. II. 1907 ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 88.200—126.000—112.000, 112.000; średnio 109.550. D. 22. II. zaczęto podawać po 1 l. mleka Miecznikowa. D. 28. II. ilość bakt. w 1 mlgr. kału 27.440—32.200; średnio 29.820. D. 5. III. ilość bakt. w 1 mlgr. kału 4.900—4.200; średnio 4.550. W 3 dni po usunięciu mleka Miecznikowa ilość bakteryi bez zmiany, w 10 dni ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 20.400. Od 3 dnia podawania mleka Miecznikowa wystąpiło zaparcie stolca (raz na 4—5 dni); stan ten trwał do 10 dnia po usunięciu mleka. Dyeta: 4 herbaty, rosół, 2 mięsa, 2 bułki, legumina, szynka.

III. S., l. dz. 180. *Depressio psychica.* Dnia 19., 20., 21. II. 1907 ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 128.380—222.600—168.000; średnio 172.993. Od d. 22. II. zaczęto podawać po 1 l. mleka Miecznikowa. D. 28. II. ilość bakt. 1 mlgr. kału 30.870—56.000; średnio 43.435. D. 4. III. ilość bakt. w 1 mlgr. kału 2.000. W 3 dni po usunięciu mleka Miecznikowa ilość bakteryi nie zmieniona; w 10 dni 4.600. Stolce regularne codziennie. Dyeta: 2 mleka sł., 2 jaja, rosół, pieczeń, kotlet, jarzyna, legumina, 3 bułki.

IV. Z., l. dz. 186. *Neurasthenia.* Dnia 1. i 2. III. 1907 ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 882.000—793.800; średnio 837.900. W d. 2. III. zaczęto podawać po 1 l. mleka Miecznikowa. Dnia 11. i 12. III. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 220.500—135.000; średnio 177.750. Od 3 dnia podawania mleka Miecznikowa wystąpiło zaparcie stolca (raz na 3—4 dni). Dyeta: 2 mleka sł., 2 jaja, rosół, kotlet, jarzyna, 5 bułek, kaszka.

V. M., l. dz. 184. *Neurasthenia.* Dnia 1. III. 1907 ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 441.000—548.000; średnio 494.500. Od 2. III. zaczęto podawać po 1 l. mleka Miecznikowa. D. 11. i 12. III. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 80.000—98.000; średnio 82.000. Stolce regularne codziennie. Dyeta: kleik, 4 mleka sł., 4 jaja, 4 bułki, kaszka na maśle.

VI. Sz., l. dz. 178. *Nephritis.* Dnia 7. i 8. III. 1907 ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 352.800—490.000; średnio 421.400. Od 8. III. zaczęto podawać po 1 l. mleka Miecznikowa. D. 17. i 18. III. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 65.000—104.970; średnio 79.985. Stolce regularne codziennie. Dyeta: 4 mleka sł., 4 bułki, kompot, legumina, jarzyna, kaszka.

VII. Sk., l. dz. 157. *Nephritis.* D. 8. III. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 882.000; od 8. III. zaczęto podawać mleko Miecznikowa. Dnia 17. i 18. III. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 114.009—147.000; średnio 130.500. Stolce regularne codziennie. Dyeta: 4 mleka sł., 4 jaja, 3 leguminy, kaszka, kompot, 3 bułki, masło.

VIII. Z. M. *Obstipatio habitualis.* D. 4. i 5. III. 1907 ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 1,176.000—980.000; średnio 1.078.000. Od 5. III. zaczęto podawać po 1 l. mleka Miecznikowa. D. 13. i 14. III. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 126.000—70.000; średnio 98.000. Od d. 15. III. usunięto mleko Miecznikowa. D. 18. III. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 112.000. Stolce codziennie. Dyeta: 5 herbat, 5 bułek, rosół, 2 mięsa, szynka, legumina, kotlet.

Przytoczone powyżej liczby dowodzą, iż zapomocą stosowania mleka kwaśnego, sporządzonego sposobem Miecznikowa, powiodło się obniżyć ilość bakteryi, przypadającą na 1 miligram kału, 2 razy do $^1/_7$ pierwotnej ilości i po jednym razie do $^1/_5$, $^1/_6$, $^1/_8$, $^1/_{11}$, $^1/_{27}$, $^1/_{86}$. Nadto widzimy, iż po usunięciu mleka Miecznikowa ilość bakteryi powraca do pierwotnej ilości bardzo wolno: w 10 dni jeszcze nie dochodzi do połowy pierwotnej ilości.

Przy obliczaniu kolonii na płytkach okazało się, iż zawsze rozstrzygający wpływ na wyniki wywierały kolonie, nie rozpuszczające żelatyny: kolonie rozpuszczające znajdowaliśmy wprawdzie kilka razy, lecz w ilości nader ograniczonej. W tych przypadkach, w których przeszczepiliśmy takie kolonie na żelatynę, agar i bulion, oraz zbadaliśmy je pod drobnowidem, doszliśmy do wniosku, iż mamy do czynienia z bakteryą, należącą do grupy prątka siennego *(b. subtilis).* Były to prątki, barwiące się według sposobu Grama, krótkie i szerokie, leżące miejscami jeden za drugim; na agarze nalot szaro-biały pomarszczony, gruby; w hodowli kłutej na żelatynie szybkie rozrzedzenie cylindryczne, na powierzchni błonka biała, bulion zlekka mętnieje, na dnie osad, na powierzchni błonka.

Z bakteryi nierozpuszczających żelatyny zauważyliśmy na płytkach trzy rodzaje kolonii: 1) drobne, kuliste, szarawo-żółtawe, przy powiększeniu ciemno-żółte punkciki o wyraźnych konturach, występujące zazwyczaj najliczniej; 2) wielkie, płaskie, przeświecające, białe błoniaste kolonie o zębatych nierównych brzegach, pod drobnowidem o licznych żyłkach jaśniejszych i ciemniejszych; kolonie te rosną na powierzchni płytek; ilość ich znacznie mniejsza od poprzednich; 3) półkuliste, nieprzeźroczyste, błyszczące, opalizujące kolonie o wyraźnych konturach.

Wobec tego, iż wszystkie nasze wyniki liczbowe, otrzymane we wszystkich 3 seryach, odnieść należy do powyższych trzech rodzajów kolonii, jako do jedynie rozstrzygających o ilości kolonii w danej płytce, staraliśmy się określić dokładniej, jakie tu bakterye wchodzą w grę. W tym celu badaliśmy preparaty pod drobnowidem, oraz szczepiliśmy hodowle na bulionie, żelatynie i agarze.

Co do badania drobnowidowego preparatów barwionych, to we wszystkich 3 razach znajdowaliśmy krótkie laseczki z zaokrąglonymi brzegami, odbarwiające się metodą Grama i leżące to pojedynczo, to podwójnie. Hodowle na bulionie, agarze i żelatynie dały również podobne bardzo wyniki we wszystkich 3 przypadkach. W kłutej hodowli na żelatynie wzdłuż całego ukłucia rozwijało się mnóstwo drobnych, okrągłych, zlewających się ziarenek, następnie na powierzchni tworzyła się błonka. Na skośnym agarze wzdłuż rysy wyrastał pasek o falistych brzegach, białawy, błyszczący, przeświecający i soczysty. Bulion mętniał po kilku godzinach (w termostacie), następnie na powierzchni tworzyła się niebieskawa błonka, a na dnie zjawiał się osad. Hodowle różniły się jedna od drugiej tem, iż podczas gdy w dwóch pierwszych przypadkach otrzymaliśmy wyraźny odczyn indolowy, w trzecim odczynu tego stwierdzić nie mogliśmy. (Dok. nast.)

Z kliniki lekarskiej prof. dra Konrada Wagnera w Uniwersytecie kijowskim.

O rozpoznawczem znaczeniu zmian w moczu, wywoływanych przez uciskanie nerki.

Podał

Dr E. Żebrowski.

(Dokończenie.)

VII. J. K., 56 lat, duchowny, zgłosił się do kliniki terapeutycznej 13. I. 1906 r. Główne skargi: mocne niedomaganie, brak zupełny łaknienia, wstręt do mięsa, częste wymiotowanie śluzem z domieszką krwi. Cierpi od roku, w ciągu choroby ubyło mu około puda wagi.

Osłabienie, znaczne wyniszczenie. Ciepłota 36·4 C. Skóra i błony śluzowe blade z szarym odcieniem. Twarz nieco obrzękła, na stopach znaczne obrzęki. Mięśnie w znacznym stopniu zanikłu.

Gruczoły pachwinowe nieco powiększone. W płucach nieznaczna rozedma. Serce przykryte płucami, tony głuche. Tętno 80 na minutę, prawidłowe. Brzuch równomiernie wzdęty, skóra na nim nieco obrzękła. Opukiwanie daje wszędzie odgłos bębenkowy. Wątroby i śledziony wymacać nie można. W lewej połowie środkowego odcinka brzucha można wymacać guz, składający się z kilku dość twardych mniejszych guzów, z których każdy dosięga wielkości kurzego jaja do wielkości pięści. Guz mocno bolesny, mało ruchomy przy oddychaniu. Wyraźnie porusza się przy uciskaniu okolicy nerkowej od tyłu. Odgłos opukowy w okolicy guza od strony guza bębenkowy. W prawej stronie brzucha macalny także guz, wielkości 2 pięści, bolesny, ruchomy przy uciskaniu na odpowiednią okolicę nerkową. B a d a n i e t r e ś c i ż o ł ą d k a po próbnem śniadaniu E w a l d a stwierdziło: kwaśność ogólna 0,05 prc. Kwasu solnego wolnego O. Kwasu solnego związanego 0,04 prc., ślady kwasu mlecznego. We krwi: hemoglobiny 75 prc. Ciężar właściwy 1,030, krwinek czerwonych 3,000.000, białych 8,700 (stosunek 1: 345), nieznaczna poikilocytoza. W kale: dużo włókien mięsnych, poprzecznie prążkowanych, i kropel tłuszczowych. Mocz (zebrany w prze-

ciągu doby) zawiera około 0,75‰ białka, w osadzie 15—20 krwinek białych, 10—15 krwinek czerwonych w każdem polu widzenia, dość znaczną ilość nabłonków płaskich i wrzecionowatych.

20. I. Dokonałem uciskania lewego guza. Mocz przed uciskaniem zawierał 0,5‰ białka; w osadzie 10—20 krwinek czerwonych, 5—6 pojedynczych krwinek białych i pojedyncze w polu widzenia nabłonki płaskie. Po upływie 10 min. po uciskaniu — 10 sz. c. moczu, zawierającego 1,5‰ białka; w osadzie i w polu widzenia dużo krwinek czerwonych, rozrzuconych pojedynczo lub po kilka, 10—15 krwinek białych.

27. I. Uciskanie prawej nerki. Mocz przed uciskaniem: 0,5‰ białka; osad: w polu widzenia 15—20 krwinek czerwonych, 20—30 białych, z osobna płaskie i wrzecionowate nabłonki. Po upływie 12 min. po uciskaniu — 40 sz. c. moczu, zawierającego 1,5‰ białka; osad: w polu widzenia przeważnie krwinki czerwone, leżące z osobna lub w grupach, 20—30 krwinek białych, pojedyncze płaskie i wrzecionowate nabłonki.

Białkomocz, powstający po uciskaniu każdego z guzów, świadczy, iż guzy te są nerkami; inne dane badania klinicznego: odgłos bębenkowy nad guzem, ruchomość przy uciskaniu na odpowiednią okolicę lędźwiową najzupełniej potwierdzają to przypuszczenie. Wiek, charłactwo, zmiany we krwi chorego zmuszają do przypuszczenia, że jest to sprawa nowotworowa złośliwa w obu nerkach. W czasie pobytu chorego w klinice charłactwo i osłabienie znacznie postąpiły.

29. I. chory zmarł. Pośmiertnego badania nie dokonywano.

VIII. (Przypadek badany w oddziale chirurgicznym Aleksandrowskiego szpitala w Kijowie). K. L., 41-letnia mężatka, zgłosiła się do szpitala 18. II. 1906 r. Cierpi około 6 miesięcy (od października 1905 r.) na bole w lewym boku, którym czasami towarzyszy drętwienie lewej nogi. Bole te, w początku choroby niezbyt silne, ku końcowi grudnia 1905 r. o tyle się zwiększyły, że chora nie mogła chodzić i położyła się do łóżka. Od czasu do czasu zjawiała się gorączka (38—39° C), której towarzyszyło ziębienie i pot. Mocz nie zawsze jednakowy: czasem przejrzysty, częściej mętny, a od czasu do czasu zabarwiony krwią. Domieszkę krwi spostrzegła chora na początku choroby (11. X. 1905). Oddawaniu moczu towarzyszy ból, moczenie częste (w nocy wstaje 2 razy). Łaknienie małe, zaparcie stolca. Dwa razy chorowała na zapalenie płuc włóknikowe, zwykle na wiosnę i w jesieni kaszle; krwioplucia nie było. Matka umarła na suchoty, siostra na zapalenie opłucnej.

27. II. Wyraźne charłactwo. Ciepłota — 38·5° C. Skóra i błona śluzowa blade. W płucach: zapadnięcie się okolicy prawego szczytu i tutaj przytłumienie odgłosu opukowego z przydźwiękiem bębenkowym; oddech osłabiony przy wydechu miękkim, rzężenia drobno-bańkowe przy kaszlu. Poniżej lewej łopatki z tyłu przytłumienie odgłosu opukowego z przydźwiękiem bębenkowym i osłabiony oddech pęcherzykowy. W sercu: prawa granica stłumienia sięga prawej linii mostkowej; uderzenie koniuszkowe w IV. międzyżebrzu nieco ku środkowi od linii sutkowej lewej. Pierwszy ton nad koniuszkiem nieczysty. Brzuch nieco zapadnięty, ściany jego napięte. Na całej przestrzeni brzucha, szczególniej po lewej jego stronie, zarysowują się nieco rozszerzone żyły podskórne. Wątroba macalna o jeden palec poniżej łuku żebrowego; górna granica w linii sutkowej prawej na wysokości 6. żebra. Śledziona nie powiększona. Opukiwanie brzucha stwierdza na całej przestrzeni stłumiony odgłos bębenkowy, po lewej stronie ku górze od linii pępkowej wymacać się daje miękki, ruchomy przy oddechu, bardzo bolesny guz. Dłuższa jego średnica leży równolegle do środkowej linii ciała, przyczem dolny brzeg leży o 2 palce poniżej linii pępkowej, wewnętrzny o 3 palce od linii środkowej i górny ukrywa się pod łukiem żebrowym lewym. Guz porusza się przy uciskaniu lewej okolicy nerkowej, która jest nieco wypukłona i bolesna przy uderzaniu.

Mocz przed uciskaniem guza — mętny z czerwonawym odcieniem, zawiera 0,165‰ białka; w osadzie w polu widzenia 10—30 krwinek czerwonych, 10—15 krwinek białych, 1—3 nabłonków wrzecionowatych, 3—5 kryształów szczawianowych, czasami twory wałeczkowate śluzowe. Laseczników gruźliczych nie wykryłem. W 40 minut po uciskaniu guza 26 sz. c. obficie z krwią zmieszanego moczu, zawierającego 1,32‰ białka; w osadzie w każdem polu widzenia dużo krwinek czerwonych, leżących grupami i pojedynczo, bardzo dużo tworów wałeczkowatych z krwinkami czerwonemi, 10—15 krwinek białych, 3—5 nabłonków wrzecionowatych. Laseczników gruźliczych nie wykryłem i teraz.

7. III. Zapomocą wprowadzenia cewnika do lewego moczowodu (dr Pietkiewicz) otrzymano w przeciągu godziny 12 sz. c. mętnawego, z krwią zmieszanego moczu, zawierającego 0,3‰ białka; w osadzie dużo nabłonków płaskich; 1—2 krwinek białych w polu widzenia, twory wałeczkowate śluzowe. Laseczników Kocha nie wykryłem.

Od końca marca chora przebywała w klinice prof. Janowskiego. Zmian szczególnych w jej stanie nie było: jak przedtem osłabienie i upadek sił. Badanie moczu (15 razy) w celu wykrycia laseczników gruźliczych dawało zawsze wynik ujemny. Wobec znacznego zwiększenia się we krwi ilości krwinek białych przypuszczano sprawę ropną w nerce, ale badanie moczu w celu wykrycia peptonów dało wynik ujemny. Znaczne zwiększenie ilości białka (od 0,165‰ do 1,32‰) po uciskaniu guza przemawia bez wątpienia za tem, że guz jest nerką. Co się zaś tyczy rozpoznania, to można było przypuszczać gruźlicę nerki, nowotwór złośliwy, lub kamicę nerkową.

Wzniesienie ciepłoty, objawy w szczycie prawego płuca, dane wywiadowe co do dziedziczności zwracały uwagę przedewszystkiem na możliwość gruźlicy nerki. Jednakże wynik ujemny kilkakrotnego badania w celu wykrycia laseczników przemawiał poniekąd przeciwko temu przypuszczeniu. Wyraźne charłactwo świadczyło poniekąd przeciwko kamicy, lub nowotworowi łagodnemu (polip). Wobec tych danych należało przypuszczać sprawę nowotworową złośliwą w lewej nerce.

14. II. Dokonano operacyi (dr B o n d a r e w). Z lewej strony brzucha wydobyto guz; okazał się on olbrzymią nerką, zasianą guzami nowotworowymi, które wrosły do miedniczki i żyły nerkowej (*Adenocarcinoma papilliferum*).

Co do innych składowych części osadu, to w jednym przypadku zapalenia przewlekłego nerki (L. 13 w tab. I) po uciskaniu nerki spostrzegałem znaczne zwiększenie się ilości wałeczków ziarnistych; przed uciskaniem trafiały się one rzadko, po uciskaniu zaś znajdowałem od 5—10 w polu widzenia. Niewielkie, jednakże dość wyraźne zwiększenie jednego ze składników osadu moczu po uciskaniu spostrzegałem stosunkowo dość często. Jak to już wyżej wspominałem, zmiany te spostrzegałem tylko w tych przypadkach, w których białkomocz był nie mniejszy, niż 0,033‰. Mianowicie, nieznaczne zwiększenie krwinek białych i czerwonych, w przypadku L. 2 (0,066‰ białka); białych tylko w przypadku L. 1 (białka 0,066‰), L. 5 (białka 0,066‰), L. 27 (białka 0,033‰), L. 32 (białka 0,033‰), L. 33 (białka 0,033‰) i L. 37 (białka 0,033‰). Jak należy zapatrywać się na to nieznaczne zwiększenie się ilości składników postaciowych osadu, czy należy liczyć się z niemi, jako wskaźnikami jakiejkolwiek sprawy chorobowej w nerce, czy też nie? Na podstawie danych naszych rozstrzygnąć tego pytania nie podobna. Jednakże, ponieważ zmiany tego rodzaju występowały po uciskaniu nie każdej nerki, w znacznej zaś większości przypadków (w 21 na 34) nie spostrzegano ich wcale, należy zwrócić na nie baczną uwagę. Być może, iż niektóre przynajmniej przypadki odnieść można do lekkich postaci nieżytu miedniczki nerkowej.

To samo da się powiedzieć o występowaniu p o u c i s k a n i u n e r k i: k r w i n e k c z e r w o n y c h (L. 11, 26 i 33), tworów wałeczkowatych śluzowych (L. 5 i 37), nabłonków wrzecionowatych (L. 2, 4, 11 i 37). Oprócz tego uciskanie nerki wywołało w przypadku L. 37 wystąpienie n i e z m i e n i o n y c h n a b ł o n k ó w n e r k o w y c h, w 5. i 7. śluzowych tworów wałeczkowatych, w 4. i 37. w a ł e c z k ó w s z k l i s t y c h, w 4., 5. i 28. z i a r n i s t y c h i n a b ł o n k o w y c h w a ł e c z k ó w z t ł u s z c z o w o - z w y r o d n i a ł y m i n a b ł o n k a m i n e r k o w y m i. O ile możliwem jest wystąpienie w moczu zdrowego człowieka niezmienionych nabłonków nerkowych, tworów wałeczkowatych i śluzowych, szklistych i ziarnistych wałeczków, jak tego dowiodły ba-

dania Filosofowa[6]), to jednak nie można tego zastosować do tłuszczowo-zwyrodniałych nabłonków, nigdy nie spotykanych w moczu człowieka zdrowego. We wszystkich 3 przypadkach (L. 4, 5 i 28), o ile nie brać w rachubę nieznacznych śladów białka przed uciskaniem nerki, nie było żadnej ze zwykłych oznak klinicznych zapalenia nerek; ponieważ jednak przy powtórnych badaniach osadu moczu (w przypadkach L. 4 i 5 po 3 badaniu, w 28 po 2 badaniu) po uciskaniu znajdowano zawsze wyżej wspomniane składniki, przypuszczamy, iż w przypadkach tych była skryta, lekka, może początkująca, postać przewlekłego zapalenia nerek. W 3 tych przypadkach w celu kontroli kilkakroć dokonałem badania moczu, zebranego w ciągu doby, przyczem ani razu nie znalazłem ani ziarnistych, ani też nabłonkowych wałeczków.

Główne wnioski, do których doszliśmy na podstawie rozpatrywania zbadanych przypadków, są następujące:

1) Białkomocz uciskowy jest zjawiskiem stałem, wobec czego może służyć za bardzo cenny środek pomocniczy przy rozpoznawaniu guzów jamy brzusznej.

2) Stopień białkomoczu uciskowego wskazuje na stan badanej nerki — chorobliwy lub zdrowy; uciskanie zdrowej nerki wywołuje nieznaczny białkomocz, najczęściej ślady białka (mniej niż 0,033‰). Wystąpienie białkomoczu, który wykryć się daje sposobem Brandberga, przemawia za sprawą chorobową w nerce.

3) Białkomocz uciskowy w nerce zdrowej znika zazwyczaj dość rychło (w ciągu ½—2 godzin), przy zapaleniach zaś nerki zwiększenie ilości białka może trwać do dnia następnego.

4) Pomiędzy stopniem białkomoczu uciskowego, a zmianami w osadzie moczu spostrzegać się daje pewna równoległość. Zmiany osadu, rzadkie przy nieznacznym białkomoczu, spostrzega się tem częściej, im znaczniejszym bywa białkomocz.

5) Zmiany w osadzie po uciskaniu nerki wykrywają w niektórych przypadkach sprawy chorobowe, które nie mogą być wykryte zapomocą zwykłego badania moczu. Brak zmian w osadzie moczu po uciskaniu nerki przemawia za tem, że jest ona zdrową.

6) Wobec tego, że nerkę ruchomą spostrzega się często [u kobiet według Harc[7]): w 87%, według Fritza[7]) w 85,7%, według Hertza[7]) w 74,6%, według Ebsteina[7]) w 85,4%, u mężczyzn według Kotowszczikowa[8]) w 15%], badanie moczu po uciskaniu nerki jest jednym ze sposobów, zasługujących na uwagę przy rozpoznawaniu chorób nerkowych.

Ciekawem jest pytanie, skąd pochodzi białkomocz uciskowy.

Według zdania Mengego uciskanie wywołuje białkomocz drogą czysto mechaniczną, dzięki wyciskaniu surowicy krwi przez ściany naczyń włoskowatych. Schreiber twierdzi, iż jest to tylko jedno ze źródeł białkomoczu uciskowego; według jego zdania źródeł takich jest kilka; po za wytłaczaniem krwi przez ścianki naczyń włoskowatych uciskanie wywołuje przesiąkanie limfy z naczyń chłonnych, których tak dużo w nerce; następnie uciskanie naczyń krwionośnych, znajdujących się w miąższu nerki, może wywołać zwolnienie obiegu krwi i obniżenie ciśnienia wewnątrznerkowego, co znów może pociągnąć za sobą przesączanie się białka z kłębków nerkowych[9]).

Tłómaczenie to jednak jest naszem zdaniem zbyt jednostronne, gdyż Schreiber bierze w rachubę tylko jeden czynnik mechaniczny — ucisk, wywierany na nerkę i możliwy jego wpływ na naczynia krwionośne nerki. Według naszego zdania, sprawa ta przedstawia się w innem nieco świetle. Gdyby zdanie Mengego i Schreibera odpowiadało rzeczywistości, to stopień białkomoczu byłby zależnym od siły uciskania i od wielkości powierzchni, dostępnej dla ucisku. Jak to już powyżej przy rozpatrywaniu naszych danych widzieliśmy, stopień białkomoczu uciskowego nie zależy od pomienionych warunków. Teorya czysto mechaniczna nie tłómaczy tej różnicy w stopniu białkomoczu uciskowego, jaka zachodzi w zdrowej i chorobowo zmienionej nerce. Gdybyśmy nawet pominęli te przypadki, w których znaczny białkomocz po uciskaniu nerki może zależeć poczęści od wydzielonej z miedniczki krwi i ropy, to i wtedy nawet, jakeśmy to widzieli w poszczególnych przypadkach, różnica w stopniu białkomoczu uciskowego jest bardzo znaczna. Na podstawie naszych badań przypuszczamy, iż różnica ta zależna od stanu nabłonków nerkowych, które wyściełają nieprzerwaną warstwą kanaliki nerkowe. Prawdopodobnie komórka nerkowa przy uciskaniu, pod wpływem czy to warunków czysto mechanicznej przyrody, czy też pod wpływem zmiany krążenia wewnątrznerkowego, dostaje się w warunki gorszego odżywiania i zaczyna przepuszczać białko ze krwi. Prawidłowo i chorobowo zmieniona komórka będą oczywiście oddziaływać rozmaicie na jeden i ten sam czynnik: prawidłowa oddziaływa słabiej, dość prędko odzyskując swą czynność, wpływ zaś oddziaływania na chorobowo zmienioną komórkę jest głębszy i pozostaje na czas dłuższy, dlatego też wydzielanie się białka jest znaczniejsze i trwa dłużej. Z tego punktu widzenia zrozumiałą jest różnica stopnia białkomoczu uciskowego w poszczególnych przypadkach uciskania nerki.

Uciskanie więc nerki może w wielu przypadkach dopomagać w znacznym stopniu do ścisłego rozpoznania cierpień tego narządu. Sposób ten jednak może być zastosowany tylko do nerek, dostępnych do macania. Nader pożądane byłoby oczywiście wyzyskanie mechanicznego oddziaływania na każdą, t. j. na niedostępną dla bezpośredniego ucisku nerkę. Nad tą sprawą, zachęcony przez prof. Wagnera, pracuję obecnie w klinice.

Oceny i sprawozdania.

S. Laache: **Choroby krwi.** Wydanie II. 1905. Enke. Stuttgart.

We wstępie, który się mieści na ośmiu stronnicach, zebrał autor jak najtreściwiej metodykę badania krwi, a potem podaje tylko co najciekawsze, o poszczególnych najważniejszych rodzajach krwinek. Z powodu szczupłości miejsca zdołał autor też zestawić tylko najogólniejsze dane i wiele opuścił z tego, na co modni hematologowie nawet i wielką kładą wagę. Choroby krwi (niedokrwistości wtórne i złośliwe, błednica, białaczki prawdziwe

[6]) Russkij Wracz, 1905, str. 1565.

[7]) S. N. Delicin: »Podwiżnaja poczka«. Pet. 1902.

[8]) N. J. Kotowszczikow: »Rukowodztwo k' kliniczeskim metodam izsliedowanija«. Kazań 1904. Str. 1906.

[9]) Zeitschr. f. klin. Med. 1904. T. 55. Str. 16—17.

i rzekome, plamica, krwawiączka, gnilec, choroba Barlowa, hemoglobinemia, hemoglobinurya, hematoporfinurya, pasorzyty krwi i ropnica) zestawił autor na ledwo 87 stronach. Przez użycie drobnego druku udało się jednak autorowi podać dość duży materyał, objaśniający poszczególne postaci chorobowe. Najnowszego piśmiennictwa hematologicznego nie uwzględnił autor wcale. *E. S.*

J. Arneth: **Gruźlica płuc na podstawie klinicznych i doświadczalnych badań krwi, ze szczególnem uwzględnieniem wyników, ważnych pod względem rozpoznania, rokowania i leczenia (w szczególności co do leczenia tuberkuliną).** Lipsk 1905. J. A. Barth.

Długi tytuł dzieła dużo zapowiada, ale i treść w istocie dużo przynosi i nowych myśli i podniety do dalszej pracy. Autor badał krew u 41 suchotników w różnych okresach choroby i uwzględnia swój t. zw. »neutrofilowy obraz krwi«.

Pierwsza część monografii opisuje wyniki badań krwi u 29 suchotników. Szczególnie ciekawe są 4 gruźlice prosówkowe, w których stwierdził autor mniej lub więcej wyraźną leukopenię (anizohypocytoza Arneth). Obraz neutrofilny był zupełnie odwrócony: prawie wszystkie krwinki neutrofilne mieściły się w klasie pierwszej i drugiej, t. z. miały jedno lub dwa jądra (części jądra), a więc były to wedle A. zupełnie młode komórki, któremi rozporządza każdy ustrój w celach obrony. Zjawisko to tłómaczy A. olbrzymiem zużywaniem neutrofilów, których rozpad dostarcza ustrojowi materyałów ochronnych, potrzebnych w walce z krążącym jadem żywym i z jego wśród choroby wytwarzającymi się, a trującymi wytworami przemiany materyi. Nadto potrzebne są olbrzymie ilości leukocytów przy wytwarzaniu mnogich gruzełków i po zwyrodnieniu ich do utworzenia wokoło nich wału ochronnego. Dalej podaje A. wyniki badań u chorych na gruźlicę przewlekłą w różnych okresach, częściowo gorączkujących, a częściowo nie. U wszystkich gorączkujących były ciężkie zmiany w obrazie neutrofilnym — czego przyczynę widzi A. z jednej strony w chłonięciu wytworów przemiany materyi prątka gruźliczego i w zakażeniu mieszanem, a z drugiej strony w wielkiem zapotrzebowaniu komórek w płucu i utracie leukocytów przez plwocinę. I u niegorączkujących także spotykał A. prawie zawsze poważne zmiany w składzie krwi, a szczególnie ciekawą jest rzeczą, że i w czasie względnego wyleczenia stosunek neutrofilów jest nieprawidłowy.

Druga część monografii zajmuje się obrazem krwi wśród leczenia tuberkuliną (przypadków 12). We wszystkich przypadkach, poprawiających się pod wpływem leczenia, neutrofilny obraz krwi coraz bardziej się rozszerza: powoli coraz liczniej zjawiają się komórki 3, 4 i 5 klasy. Na podstawie doświadczenia swego twierdzi A., że dopiero wtedy można mówić o skuteczności leczenia, jeśli obraz krwi przy końcu leczenia tuberkuliną przynajmniej się nie pogorszył w porównaniu z obrazem krwi początkowym (przed leczeniem). Zdaje się istnieć związek między wejrzeniem obrazu neutrofilnego, a większą lub mniejszą wrażliwością ustroju na wstrzykiwania, gdyż przy większych zmianach krwi oddziaływali chorzy łatwiej i mocniej. Autor radzi rozszerzyć granicę wskazań do leczenia tuberkuliną i na te przypadki, przebiegające z gorączką, w których obraz neutrofilny krwi stosunkowo mało jest zmieniony.

Trzecia część pracy, obejmująca doświadczenia, czynione na królikach z tuberkuliną Kocha i z żywymi prątkami gruźliczymi, stanowi uzupełnienie i potwierdzenie części drugiej. Ze względu na to, że zwierzęta miały się dobrze, były zdrowe i nie gorączkowały przed doświadczeniem, ulegał obraz krwi małym tylko zboczeniom. W końcu roztrząsa A. niektóre zagadnienia, będące w związku z gruźlicą, a przedewszystkiem znaczenie rozpoznawcze i lecznicze tuberkuliny i innych metod leczenia w świetle własnych hematologicznych badań. W roztrząsaniach tych dochodzi A. do nietylko hematologicznie, ale i klinicznie i ogólnie biologicznie ciekawych wyników. I tak przyczynowym związkiem, zachodzącym między wejrzeniem obrazu neutrofilnego krwi, a zdolnością oddziaływania na tuberkulinę, tłómaczy A. różnorodność oddziaływania wobec tuberkuliny: brak przy zupełnie prawidłowym obrazie, — tem mocniejszy odczyn, im bardziej zmieniony (na lewo przesunięty) obraz krwi i wynik dodatni u chorych i na inne cierpienia, u ozdrowieńców i u szczególnie wysokiego odsetka suchotników. Wstrzykiwania tuberkuliny działają leczniczo wedle A. w ten sposób, że wstrzykiwany jad zużywa większą lub mniejszą ilość komórek dla tworzenia niweczników, co wywołuje znowu większe lub mniejsze zastępcze wytwarzanie krwinek (leukocytoza). Wytwarzające się zaś na nowo krwinki ciągle drażnią ponawiane wstrzykiwania tuberkuliny, szczególnie w jednym kierunku wzbudzają ich czynność i zwolna, a stopniowo podnoszą ich zdolność walki z jadem. A ta z ćwiczeniem rosnąca zdolność ochronna przejawia się w coraz większej produkcyi niweczników, która wreszcie czyni ustrój zdolnym do zwalczania coraz większych dawek jadu, czyli czyni go odpornym. Podobnie jak tuberkulina działają i różne leki, jako też i zabiegi higieniczno-dyetetyczno-klimatyczne, boć wszystkie te czynniki pobudzają do czynności krwinki białe.

Praca ta, jakkolwiek bardzo ciekawa, jednakże grzeszy niewątpliwie jednostronnością, bo wprawdzie nie można zaprzeczyć, że zachowanie się neutrofilów ma bardzo wielkie znaczenie dla rokowania i leczenia w gruźlicy, nie wolno jednak dlatego, że te komórki stanowią w krwi prawidłowej najliczniejszą gromadę, zapominać o innych krwinkach białych i z niemi się zupełnie nie liczyć. *Stahr.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

W. Ebstein. **O naturze i leczeniu usposobienia dnawego.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 16, 1907). Autor zalicza otyłość, dnę i cukrzycę do grupy dziedziczących się chorób przemiany materyi komórkowej, a za przyczynę pierwszej uważa zaburzenia w przemianie drobiny żywego białka, drugiej — istot nukleinowych, trzeciej zaś — węglowodanów. Do rozwoju jednak tych chorób konieczną jest pewna skłonność, pewne usposobienie dziedziczne, które jużto w dzieciństwie, już też w późniejszym wieku się uwydatnia. Na poparcie tego przytacza E. statystykę, obejmującą 194 chorych dnawych, wśród których jest znaczny odsetek dziedzicznie obciążonych. Wśród wczesnych objawów, którymi cechuje się usposobienie dnawe, zwraca E. uwagę na wielką wrażliwość skóry i skłonność jej do bardzo swędzących, upartych wyprysków, nieraz trudno dających się odróżnić od zołzowych, dalej na krwawienia z nosa, bole stawowe, plamicę, bole głowy, nieżyty gardła, objawy, podobne do objawów Menièrea, wreszcie na objawy neurasteniczne. Właściwą dnę stawów dzieli E. na trzy okresy: jeden początkowy, kończący się pierwszym napadem dny, drugi okres typowych napadów, trzeci, w którym między poszczególnymi napadami występują najrozmaitsze objawy ze strony różnych narządów. Leczenie od czasów starożytnych niewiele się zmieniło. Wiadomo powszechnie, jak ważną rolę ogrywa tu sposób życia, jakość pożywienia i wyskok. E. leczy dnę tak samo, jak i otyłość, z pokarmów zabrania tylko potraw mącznych i dba o prawidłową czynność jelit. Że wyłącznie roślinne pożywienie dny nie leczy, to E. już dawniej udowodnił. *Nowaczyński.*

Seiler. **Istota moczówki prostej.** (*Zeitschrift f. klin.* Z. 1—2, 1907). S. wykonał doświadczenia kliniczne na 2 chorych na moczówkę prostą w celu stwierdzenia zapatrywania, że istota choroby polega na zaburzeniu w czynności samych nerek, wyjaśnienia rodzaju tego zaburzenia i stwierdzenia wartości środków moczopędnych w moczówce. W jednym przypadku moczówka powstała po złamaniu czaszki, w drugim bez znanej przyczyny. Mierząc dokładnie ilość moczu, przekonał się S., że w nocy wydalanie moczu było obfitsze od wydalania w dzień, co przemawia za zaburzeniem czynności nerek, a przeciw zaburzeniu wchłaniania w jelitach. Po podaniu większej ilości wody stwierdzał S. u swych chorych dłuższe i wolniejsze wydalanie wody, niż bywa u zdrowych. Aby przekonać się o braku zaburzeń wchłaniania podawanej wody, oznaczał S. hemomotrem Fleischla-Mieschera rozcieńczenie krwi po wypiciu większej ilości wody i stwierdzał tak u swego chorego, jak i u osób zdrowych rozcieńczenie krwi już po 20 minutach. Ilości dobowe mocznika i chlorków były mniejwięcej prawidłowe; natomiast zauważył S. znaczne zmniejszenie ilości dobowej kwasu moczowego (z 0,35 gr. na 0,14—0,28). Przy podawaniu większej ilości białka (5 jaj) zauważał S. w porównaniu do doświadczenia kontrolnego znacznie wolniejsze wydalanie mocznika bez większego wysycenia moczu (do 1·008). Ilość mocznika w obu przypadkach była większa. Po większych ilościach cukru cukromoczu nie było. Wydalanie soli było u chorych równie szybkie, jak u osób zdrowych. — Stwierdziwszy, że przy obfitem podawaniu wody prócz znacznego zmniejszenia ilości kwasu moczowego niema wybitnego zmniejszenia wydalania składników stałych, zmniejszał S. dowóz wody do 2 i $3^1/_2$ litra na dobę i przekonał się, że w tych warunkach wydalanie tak mocznika, jak chlorków

i fosforanów znacznie się obniżyło; natomiast ilość kwasu moczowego, — jak zawsze przy moczówce, nizka, — nie obniżała się więcej. W doświadczeniu Heftera z jodkiem potasu stwierdzał następnie S., że wydalanie trwa znacznie dłużej i jest znacznie mniej zupełne (28 prc. zamiast 65 prc. podanego JK). Klinicznie przy zmniejszeniu dowozu wody stwierdzał S. bole głowy, uczucie znużenia, brak łaknienia, skłonność do wymiotów, jako objawy poczynającej się mocznicy. Punkt marznięcia krwi spadał z — 0·56° C. przy zmniejszeniu dowozu wody na —0·58—0·60° C.

Na podstawie swych badań dochodzi S. do przekonania, że w moczówce istnieje zaburzenie czynności nerek, polegające na tem, że nerki mogą wydalać mocz jedynie o bardzo nizkim ciężarze gatunkowym. Pragnienie i zwiększona ilość moczu są samoobroną ustroju przed zatruciem, występującem wskutek zatrzymania składników stałych, nie mogących być wydalonymi przy skąpym dowozie wody. Pozostaje nierozstrzygniętem pytanie, jaki związek istnieje między urazami mózgu, a zaburzeniem czynności nerek. — Przy obfitszym dowozie wody podawanie leków moczopędnych, kofeiny, aguryny i teocyny: nie ułatwiało wydalania składników stałych. Należałoby zbadać jeszcze działanie tych środków przy zmniejszonym dowozie płynów.

Dr Witold Skórczewski.

Kühn. **O odczynie formalinowym przy cukrzycy.** (*Pos. Reńsko-Westfalskiego Tow. med. wewnetrz.* 3. III. 1907). Przed kilku laty stwierdził Strzyżowski, że w pewnych przypadkach cukrzycy po dodaniu do moczu 5 prc. formaliny (40-prc.) zjawia się po 24—48 godzinach fluoryzująco-zielone zabarwienie moczu. Odczyn ten wydarza się w ciężkich przypadkach cukrzycy i każe bardzo źle rokować. K. wypróbował ten odczyn w ostatnich czasach na setkach przypadków i potwierdza zdanie Strzyżowskiego. Czasem przy poprawie stanu ogólnego odczyn ten znika. Natężenie jego idzie w parze z odczynem Gerhardta (z chlorkiem żelaza), odczyn nie pochodzi jednak od acetonu, kwasu oksymasłowego lub aceto-octowego, bo same te substancye nie dają odczynu. Po przekropleniu moczu próbę daje pozostałość, a nie destylat. Zdaje się, że odczyn ten daje chyba jakieś odrębne ciało, tworzące się w ustroju przy cukrzycy.

Klęsk.

Grube. **Badanie moczu w praktyce lekarskiej, oraz nadający się w praktyce sposób ilościowego oznaczenia cukru.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 22). Autor kładzie wielką wagę na to, aby każdy lekarz sam mocz badał, odsyłanie bowiem chorego do chemika lub aptekarza i, co za tem idzie, dawanie choremu do rąk wyniku badania moczu może nieraz być powodem szkodliwych dla zdrowia wrażeń. Sposób Wolffa ilościowego oznaczenia cukru nadaje się według G. szczególnie do praktyki, da się bowiem wykonać szybko, a jest dostatecznie dokładny. Ilościowe oznaczanie białka uważa G. za rzecz, nie mającą praktycznego znaczenia i radzi ograniczyć się do pojęć: ślad, ślad wyraźny i duża ilość (!?). Obawa acetonu w moczu, pomiędzy publicznością zdaniem G. rozpowszechniona, nie jest uzasadniona. Nowsze bowiem zdobycze nauki, tworząc pojęcie t. zw. acetonuryi pokarmowej, dowiodły tem samem, że objaw ten pojawiać się może przejściowo nawet w lekkich postaciach cukrzycy, zwłaszcza przy szybkiem przejściu do dyety tłuszczowo-białkowej. Objaw ten nie jest zatem, jak dawniej sądzono, bezwzględnie niepomyślny.

Dr M. Godlewski.

Waelsch. **Przypadek zatrucia atoksylem.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 19). Stosownie do chemicznego składu atoksylu (anilidan kwasu metaarsenowego) złożyły się na obraz zatrucia objawy zatrucia arszenikiem (podniesienie ciepłoty, ból głowy i członków, drapanie w gardle, pieczenie spojówek, kaszel suchy), oraz objawy zatrucia aniliną (bolesne parcie na mocz). Najwyższa dawka wynosiła w tym przypadku 0,18 atoksylu, ogólna ilość wstrzykiwań 24. Ostateczne zejście było pomyślne.

Dr Maryan Godlewski.

Braatz. **Zatrucie ołowiem przez pocisk.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 22). Ciekawy przypadek zatrucia ołowiem przez pocisk, który bezkarnie tkwił w ciele przez lat 18. *Dr M. G.*

Gelfond. **Przypadek porażenia lewego nerwu krtaniowego dolnego na tle zatrucia ołowiem.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 15). Chora 29-letnia zgłosiła się do autora z powodu chrypki, trwającej już cały miesiąc. Oprócz tego skarżyła się chora na bole w okolicy żołądka, zaparcie stolca, bole w kończynach dolnych, ogólne osłabienie. Przy badaniu stwierdził autor porażenie lewego n. krtaniowego dolnego (*n. recurrens*); zwróciło uwagę autora to, że wbrew zwykłemu obrazowi porażenie zwężaczy krtani było większe, niż rozszerzaczy. To skierowało myśl autora ku ołowicy. Po długich poszukiwaniach okazało się, że choroba datuje się odtąd, odkąd chora zaczęła spożywać 2 razy dziennie kwaśne mleko Miecznikowa z glinianych garnuszków z napisem »Le Ferment, Paris, 77 Rue Denfert-Rochereau«. Przy badaniu znaleziono w 330 grm. tego kwaśnego mleka (1 porcya) 0,7934 grm. ołowiu. Wtenczas autor polecił wykonać takie doświadczenie: do używanego, lecz zupełnie czystego garnuszka z wyż przytoczonym napisem nalano 330 grm. wody i dodano 5 grm. kwasu mlecznego; garnuszek wstawiono do cieplarki przy 37° C. na 7 godzin; po upływie tego czasu znaleziono w wodzie ołowiu 0,04 prc.; następnie garnuszek wymyto, doświadczenie znowu powtórzono, lecz już nie przez 7, ale przez 13 godzin, i znaleziono ołowiu 0,12 prc. Oczywiście w garnuszku było stałe źródło ołowiu; rzeczywiście znaleziono przy badaniu samegoż garnuszka 12,293 grm. ołowiu, co przy wadze garnuszka 190,0 grm. stanowi 6,46 prc. W samym zaczynie laktobacilinowym ołowiu nie wykryto. Także w moczu chorej prof. Chłopin stwierdził obecność ołowiu.

Z. Orłowski.

Triboulet. **W sprawie rozpoznawania ostrej gruźlicy.** (*La Clinique* Nr 21, 1907). Autor dorzuca do artykułu Jousseta w tej sprawie (por. spraw. w Nrze 20. »Przeglądu« z r. b.) kilka uwag od siebie. Jousset radzi nakłuwać opłucnę po obu stronach, a jeśli są choćby najsłabsze objawy mózgowe, to i kanał mózgowo-rdzeniowy. Otóż T. wątpi, czy to w praktyce poza szpitalem da się kiedy dokonać, szczególnie, że rokowanie jest prawie zawsze w tej chorobie złe, a publiczność zawsze przypisze niepomyślne zejście podjętym zabiegom. — Autor zwraca uwagę, że często zjawia się w tej chorobie tarcie opłucne i to obustronne, silniejsze jednak zwykle po stronie prawej. To tarcie opłucne obustronne ma to samo znaczenie, co i dobycie płynu z obu jam opłucnych. W toku ostrej gruźlicy często powiększa się wątroba i śledziona i występują często zaburzenia jelitowe. Można wtedy myśleć i o durze, jednak obustronne tarcie opłucne, brak odczynu surowiczego durowego i nietypowa gorączka powinny skierować myśl ku gruźlicy ostrej. W końcu wypowiada T. przekonanie, że bakteryemia gruźlicza może uledz wyleczeniu; wielkie w tym względzie znaczenie przypisuje autor wątrobie.

Stahr.

Doc. Rubinsztein. **Spostrzeżenia co do działania przeciwgruźliczej surowicy Marmorka.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 15). Autor (w szpitalu żydowskim w Kijowie) leczył surowicą, uzyskaną od samego Marmorka, 14 chorych na gruźlicę płuc i 1 chorego na gruźlicę gruczołów. Surowicę wstrzykiwał autor w powłoki brzuszne po 5 sz. ctm. co drugi dzień w ciągu 3 tygodni i po 3—4 tygodniowej przerwie znowu wstrzykiwał w ciągu 3 tygodni. Wstrzykiwania codzienne znosili chorzy bardzo źle. Niektórym chorym wprowadzano przez odbytnicę po 10 sz. ctm. surowicy. Żadnych innych lekarstw chorym nie podawano. Wstrzykiwania prawie zawsze były bolesne; w większości przypadków naokoło miejsca wstrzyknięcia zjawiały się obrzęk i zaczerwienienie; po 2—4 dniach wszystkie te zjawiska przechodziły bez śladu, bez ropienia i bez podniesienia się ciepłoty. Niekiedy zjawiała się wysypka o cechach pokrzywki, silnie swędząca, która znikała po upływie 1—2 dni. Gruczoły chłonne bez wyjątku już po pierwszem wstrzyknięciu obrzmiewają; obrzmienie trwa przez cały czas leczenia i ginie po zaniechaniu wstrzykiwań po upływie 5—6 dni. Bardzo nieprzyjemnem powikłaniem jest dosyć rzadko zresztą zdarzający się ostry wstrząs, następujący zaraz po wstrzykiwaniu, przyczem chorzy odczuwają ogromny strach śmierci; po upływie 1—2 minut wszystko mija bez żadnych złych skutków. Co się tyczy wyników leczenia, to po upływie 2 okresów wstrzykiwań u 5 chorych nastąpiło polepszenie stanu płuc, u 3 — pogorszenie, u reszty 7 żadnych zmian nie było. Co do ogólnego stanu: u 8 — polepszenie, u 4 — pogorszenie, u 3 — bez zmian. Po upływie roku — 3 chorych zmarło, u 3 nastąpiło pogorszenie, a u 8 — w płucach stan bez zmiany. Ogólny stan u 9 — bez zmian, u 1 — polepszył się, u 1 — pogorszył się. Ostateczny wniosek autora opiewa, że surowica Marmorka nie stanowi postępu w leczeniu gruźlicy płuc. Za to przy t. zw. chirurgicznej gruźlicy daje ona dobre wyniki. Jedyny chory autora z gruźlicą gruczołów, gorączkujący prawie bez przerwy w ciągu 2 lat i strasznie wyniszczony, pod wpływem już pierwszych 10 wstrzykiwań odzyskał ciepłotę prawidłową; apetyt znacznie się zwiększył, gruczoły zmniejszyły się i chory w ciągu 6 tygodni przybrał o 19 funtów (7,6 kilogr.).

Z. Orłowski (Ptsbg.).

Doc. Sorgo. **O zakażeniu mieszanem w gruźlicy płuc i znaczeniu etyologicznem tego zakażenia, jakoteż i gruźlicy jelit dla zwyrodnienia skrobiowatego.** (*Zeitschr. für*

klin. Med. T. 61, Zesz. 3 i 4, 1907). S. podaje wyniki badań 49 chorych na gruźlicę, przeważnie ze zmianami już daleko posuniętemi. Badał on za życia chorych bakteryologicznie bardzo dokładnie plwociny i wysięki opłucne, a przy sekcyach treść dróg oddechowych i jam gruźliczych w kilkunastu przypadkach; przytacza też wyniki sekcyjne. Okazuje się z tych badań, iż nawet w bardzo ciężkich przypadkach gruźlicy odsetek zakażeń mieszanych jest znacznie mniejszy, niż według badań innych autorów, wobec czego nie jest zbyt usprawiedliwione uważanie każdego zaostrzenia się choroby, wysokiej gorączki przerywanej, rozpadu lub tworzących się ognisk zapalnych wyłącznie za skutek zakażenia mieszanego. Natomiast można wykryć związek między gruźlicą płuc, powikłaną zakażeniem mieszanem, a następowem zwyrodnieniem skrobiowatem narządów miąższowych; ściślejszy jeszcze związek, jak dowodzą wyniki sekcyi, istnieje między gruźlicą jelit, a tem zwyrodnieniem. I tak w 9 przypadkach autora wykryła sekcya zawsze obok zwyrodnienia skrobiowatego narządów wewnętrznych zmiany gruźlicze jelit, co więcej, stopień zwyrodnienia szedł w parze z rozległością zmian gruźliczych tak, że duża skrobiawica odpowiadała zawsze rozległym zmianom jelit, a nieznacznym zmianom przewodu pokarmowego towarzyszyło dopiero drobnowidowo dające się stwierdzić zwyrodnienie. Potwierdzają to też badania innych autorów. Na podstawie tych badań dochodzi S. do wniosku, iż podstawę zwyrodnienia skrobiowatego u chorych na gruźlicę stanowi albo zakażenie mieszane ze strony płuc lub gruźlica jelit. Jeżeli w plwocinie niema obcych mikrobów, wikłających gruźlicę, a klinicznie można stwierdzić zwyrodnienie skrobiowate narządów wewnętrznych, to usprawiedliwione jest przypuszczenie gruźliczego zajęcia jelit. *Nowaczyński.*

Bachmann. **Opukiwanie przy wysiękowem zapaleniu opłucnej, stwierdzone objawy i ich tłomaczenie.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 22). B. przedstawia dane, uzyskiwane przez opukiwanie, oraz podaje teoretyczne uzasadnienie napotykanych przy opukiwaniu objawów. Z objawów mniej stosunkowo znanych zwraca B. uwagę na występowanie t. zw. trójkąta Garlanda (jawny odgłos przy kręgosłupie po stronie chorej), oraz trójkątnego stłumienia w temże miejscu po stronie zdrowej, i stara się objawy te wytłómaczyć. *Dr M. Godlewski.*

Pedyatrya.

Bloch. **Wrodzone zwężenie odźwiernika i jego leczenie.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, III i IV). Cierpienie to, opisane przez Hirschsprunga w roku 1887, cechuje się pojawieniem się w kilka dni lub parę tygodni po urodzeniu — wymiotów, które występują po każdem karmieniu bez względu na jego obfitość i jakość i wiodą szybko do znacznego wyniszczenia i często do śmierci. Zaparcie stolca, obniżenie znaczne ilości moczu, zapadnięcie się brzucha, ruchy robaczkowate w okolicy żołądka (tylko w późniejszym okresie, gdy wymioty nie pojawiają się po każdem karmieniu, a w żołądku zalega treść), wreszcie możność wymacania odźwiernika w postaci małego, twardego guzka, są dalszymi objawami. Anatomicznie znajdowano w przypadkach, które zakończyły się niekorzystnie, odźwiernik skurczony, tworzący przewód na 2 cm. długi, przepuszczający tylko cienkie zgłębniki; błona śluzowa ułożona była w kilka fałdów podłużnych. Odźwiernik wygląda taksamo także stale u płodów (Müller, Retzius) i u noworodków (Pfaundler, autor), w cierpieniu omawianem nie chodzi jednak jedynie tylko o przedłużenie się tego stanu płodowego, lecz o przerost mięśni odźwiernika, głównie mięśni okrężnych, grubość bowiem błony mięsnej jest około dwa razy większa, niż w odźwierniku prawidłowym (4—6 mm. zamiast 2—3). Wobec tego, że wiele przypadków kończyło się śmiercią, niektóre jednak samorodnem wyleczeniem, przypuszczali niektórzy autorowie, że w przypadkach pomyślnych chodziło tylko o czynnościowy skurcz. Przeciwko temu przemawia jednak to, że obraz kliniczny w przypadkach pomyślnych niczem nie różni się od obrazu w przypadkach śmiertelnych. Wyniszczenie dochodzi do znacznego stopnia, po pewnym czasie jednak wymioty stają się rzadsze i chorzy zaczynają przybierać na wadze. Przedewszystkiem wszakże zbija powyższe zapatrywanie to, że w trzech przypadkach na razie pomyślnych (Batten, Ibrahim i autor), w których wymioty ustąpiły, nie było zalegania treści, a powracały jeszcze tylko od czasu do czasu ruchy robaczkowe żołądka, [a które to przypadki skończyły się potem śmiercią z powodu innych chorób], można było anatomicznie stwierdzić także opisany powyżej stan odźwiernika i przerost jego mięśni okrężnych. Leczenie operacyjne, polecane pierwotnie na tej zasadzie, że chodzi o zwężenie stałe i niezmienne, daje wyniki bardzo niekorzystne (śmiertelność około 50%). Nieodpowiednie jest także dążenie do usunięcia wymiotów przez dyetę wodną lub podawanie skąpych i wodnistych rozczynów mleka. Celu się nie osiąga, gdyż wymioty nie ustępują, stan zaś dziecka, potrzebującego ponad 100 kaloryi na kilogram wagi, a otrzymującego znacznie mniej (30—70), musi bezwarunkowo podupadać. Należy zatem za przykładem Heubnera, który wszystkich swoich 20 chorych zdołał wyleczyć, podawać pożywienie, odpowiadające ilością i jakością rozwojowi dziecka. Wprawdzie przeważna część pokarmu zostaje zwymiotowana, jednak pewna ilość przechodzi przez odźwiernik, a zależy na tem, żeby to, co przechodzi, było pokarmem, nie wodą. W późniejszym okresie żołądek staje się mniej wrażliwy, wymioty nie występują po każdem leczeniu, natomiast treść zalega długo w żołądku. Chodzi o to, żeby ta zalegająca treść niełatwo ulegała rozkładowi. Najlepiej osiąga się to przez karmienie piersią, gdyż wtedy wolny kwas solny pojawia się bardzo szybko. Tak postępował Heubner. Autor podawał maślankę, która także szybko nasyca się kwasem solnym i niełatwo fermentuje. Wszystkie sześć przypadków autora zakończyły się wyleczeniem. Oprócz tego należy stosować, jeżeli ustrój utracił dużo wody, wstrzykiwania podskórne rozczynu soli (2×50 cm.^{3}), lawatywy, a w danym razie za przykładem Heubnera kataplazmy na okolicę żołądka, wewnętrznie zaś makowiec (autor nie stosował). Ważne jest leczenie nieżytu żołądka, jeżeli istnieje; przez krótki czas kleik jęczmienny, lub dyeta wodna, potem pierś lub maślanka. *Lewkowicz.*

Fabre i Thévenot. **Przekrwienie gruczołu tarczowego u noworodka.** (*Arch. de méd. des enf.* 1907, V.). Powiększenie gruczołu cechuje się w tych przypadkach (w przeciwieństwie do wola) szybkim rozwojem i zupełnem ustąpieniem w przeciągu paru tygodni. Do powstania cierpienia przyczynia się prawdopodobnie ucisk podczas porodu. Anatomicznie stwierdza się rozszerzenie naczyń wewnątrz gruczołu i w jego torebce. Zmian w pierwocinach gruczołowych niema. Klinicznie objawy ucisku tchawicy stopniują się od prostego utrudnienia oddechu, aż do śmierci z uduszenia. Leczenie polega na stosowaniu w lżejszych przypadkach okładów zimnych na szyję i jodku potasu wewnętrznie. W przypadkach cięższych wskazane jest odsłonięcie gruczołu i umocowanie zapomocą nitki w ranie tak, żeby nie mógł opadać poza mostek (*exothyreopexia*). *Lewkowicz.*

Decherf. **Wgłobienie jelit u dziecka siedmiomiesięcznego. Wyleczenie w chwili, gdy przystępowano do operacyi.** (*Arch. de méd. des enf.* 1907, I.). Leczenie polegało na wlewaniach do kiszki po 1 litrze wody ciepłej przegotowanej co godzinę pod ciśnieniem $1^1/_4$ metra. *L.*

Weill i Lessieur. **Białaczka wrzekoma gruczołowa (adenia) gruźlicza u dziecka.** (*Arch. de méd. des enf.* 1907, III.). Guzy gruczołowe. Sprawa rozpoczęła się od gruczołów szyjnych. Badanie bezpośrednie gruczołu wyciętego stwierdza zserowacenie i prątki gruźlicze. Szczepienie świnek morskich wywołuje zmiany prawie wyłącznie w gruczołach chłonnych, nie wiodące do rozmiękania. Trzeba przyjąć małą jadowitość prątków i wybiórcze ich powinowactwo do tkanki limfoidalnej (gruczoły, śledziona). *L.*

Bingel. **O marskości wątroby w wieku dziecięcym po płonicy.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, IV.). B. podaje jeden własny przypadek z dokładnym opisem zmian histologicznych. Badania histologiczne wątrób ośmiu dzieci, zmarłych w rozmaitych okresach płonicy, stwierdziły wielką częstość ognisk martwiczych w miąższu, a nacieków drobnokomórkowych i bujania tkanki łącznej w tkance okołozrazikowej. Zmiany te mogą oczywiście skończyć się wyleczeniem, ale niekiedy wiodą do marskości narządu. *Lewkowicz.*

Philipps. **O duszności u osesków.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, IV.). Oddychanie przy duszności miewa dwa typy: oddychanie płaskie, częste, bez przerw oddechowych i oddychanie pogłębione ze stromym wdechem i wydechem i przerwami oddechowemi. Oba typy spotyka się zarówno przy chorobach narządu oddechowego (zapalenia płuc), jak i przy zaburzeniach w krążeniu (ostre zatrucia pokarmowe), zależnie od przeważających w danej chwili objawów. T. zw. wielkie oddychanie przy ostrych zatruciach pokarmowych należy odnieść do zaburzeń w krążeniu w stanie niewyrównania. *Lewkowicz.*

XXIV. Zjazd niemiecki dla medycyny wewnętrznej w Wiesbadenie od 15 do 18 kwietnia 1907.

Podał Dr E. Stahr.

(Dokończenie, por. Nr 24.)

Przewlekłe zatrucie manganezem.

v. Jaksch (Praga). Zatrucie robotników, zajętych przy manganezie, jest mało zbadane. Przed r. 1901 opisano 2 przypadki w latach 1828 i 1837. W r. 1901 mowca spostrzegał 3 robotników zatrutych manganezem i podał znamiona tego zatrucia. W tym samym roku Embden opisał 4 nowe przypadki i potwierdził spostrzeżenia Jakscha. Wszyscy ci chorzy kurczowo się śmiali lub płakali i poniewolnie biegli wstecz. Ich stan psychiczny okazywał wyraźne zaburzenia. Po roku u wszystkich chorych nie było już tamtych zaburzeń nerwowych, ale był chód szczególny, raczej bezładny, niż skurczowy. Stopę stawiali na ziemi tak, że zaczynali się opierać stawem śródstopnopalcowym. Nie było przytem ani śladu porażenia. W r. 1906 miał mowca sposobność widzieć jednego z owych 3 chorych: chód był jeszcze taki sam. W r. 1902 widział mowca znowu jednego chorego zatrutego manganezem. Ten się ani kurczowo nie śmiał, ani nie płakał, ale miał twarz bez wyrazu, jakby maskę. Zaburzenia psychiczne były u niego małe. Stan się o tyle potem poprawił, że chory mógł odbyć służbę wojskową, ale w ostatnich 2 latach pojawił się ten sam chód szczególny, co u dawniejszych chorych. Mowca nie może określić przyrody tego schorzenia, nie miał sposobności badać takiego przypadku anatomicznie. Trucizną właściwą jest wdychany tlenek manganezu. Odkąd fabryki zapobiegły możności wdychania tego trującego gazu, nie pojawiły się już dalsze przypadki zatrucia. Zdarzyło się mowcy raz spotkać chorego, który na pierwszy rzut oka sprawiał wrażenie takiego zatrucia, ale był to przypadek histeryi z »manganofobią«. Zatrucie to jest przewlekłe, bo robotnicy dopiero po 4-letniej pracy w fabryce zapadali na zdrowiu. Doświadczenia na zwierzętach nie dały dotąd żadnych wyników dodatnich.

Uodpornianie przeciw zakażeniu durem.

F. Meyer (Berlin) wraz z Bergellem badali na zwierzętach wpływ toksyny durowej. Toksyny durowe istnieją dwie: jedna zawarta we wnętrzu ciała prątkowego i ta wydostaje się na zewnątrz tylko z rozpadem ciała (endotoksyna Besredki, przyp. spraw.); druga jest produktem czynności życiowych prątka. Przy pomocy tej drugiej toksyny mają M. i B. nadzieję uzyskać surowicę przeciwdurową. Surowica taka, wyrabiana na próbę, okazała się ochronną i leczniczą u zwierząt; u 2 ludzi, chorych na dur, sprawiła tylko wyraźną ulgę. Dziś mogą M. i B. tylko powiedzieć, że ich surowica jest nieszkodliwa. Endotoksyna wywoływała u zwierząt zmiany, podobne do durowych u ludzi i obrzęk kęp Payera; zabija ona wszystkie zwierzęta w dniach 2 lub 3, ale szybko traci swą siłę i może wtedy służyć do uodporniania. U zwierząt uodpornionych prątki durowe ulegały fagocytozie.

Rak u szczura.

Karol Lewin (Berlin). U starej samiczki szczurzej znalazł mowca na sutku guz, przypominający utkaniem raka gruczołowego u człowieka. Rak ten tworzył przerzuty, szczególnie w płucu. Przeszczepiał go mowca ze skutkiem na 5 pokoleniach szczurów. Guzy przeszczepiane rosną pewien czas, a potem zaczynają zwolna znikać. Ani płeć, ani wiek, ani rasa szczura nie ma wpływu na wynik szczepienia. Zwierzęta raz zaszczepione nie mogą być później powtórnie zakażone (odporność). Nowotwór ten różni się więc od nowotworu, zwanego rakiem mysim.

Myasthenia pseudo-paralytica i hyperleukocytoza.

Pel (Amsterdam) widział u chorej, dotkniętej taką myastenią pod wpływem nędzy i wyczerpania, szczególną leukocytozę: kiedy stan chorej się pogarszał, hyperleukocytoza dosięgała 16.000 c. białych, natomiast kiedy chora miała się lepiej, liczba krwinek białych dosięgała ledwo 7.000.

Nerwica urazowa po wojnie.

Honigman (Wiesbaden) miał sposobność leczenia ciężkich nerwic urazowych u oficerów rosyjskich, przysłanych po wojnie rosyjsko-japońskiej do Wiesbadenu, jako ozdrowieńców. Po odliczeniu 23 przypadków neurastenii, pozostaje 20 ciężkich przypadków tych nerwic urazowych. Nie różniły się te nerwice zasadniczo od codziennie spotykanych nerwic urazowych. Mowca podnosi tylko, że nie ma nigdzie wzmianki w piśmiennictwie, żeby podobne przypadki chorobowe były leczone po wojnach z r. 1866 i 1870.

Obrażenia pęczków Hisa u chorych na cierpienie Stokes-Adamsa.

Fahr (Hamburg) przedstawił odpowiednie preparaty.

Wpływ produktów, pochodzących ze strawionych bakteryi na ustrój zdrowy i chory.

Gottstein i Matthes (Kolonia) działali pepsyną na prątki durowe i otrzymali substancye, trujące dla zdrowych zwierząt, oraz wywołujące silną leukopenię. Można jednak uodpornić zwierzęta na działanie tych ciał. U zwierząt zakażonych ciała te ułatwiają działanie zakażenia na podobieństwo agressyn Baila. Nadto wywołują one swoistą oporność (nie bakteryolityczną) przeciw wielkim dawkom hodowli durowych.

Hemoglobinurya z hyperglobulią.

Pel opisuje taki przypadek, dotyczący oficera 36-letniego. Hemoglobina = 140%. Autor przypuszcza przyczynę toksyczną tej choroby, ale rozbiory krwi nic pewnego nie dostarczyły. W tym przypadku śledziona była nieco powiększona.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 5. czerwca 1907.

Przewodniczy prezes kol. Rosner. Obecnych członków 30.

1) Protokoły z posiedzeń 15. i 29. V. przyjęto.

2) Sekretarz odczytuje pismo p. H. Jordanowej, w którem dziękuje Towarzystwu za okazane współczucie, oraz kondolencyjne telegramy i listy od Towarzystw lekarskich, Redakcyi pism lekarskich i t. p. z powodu śmierci ś. p. prof. Jordana.

3) Prezes zawiadamia obecnych o nowej stracie, jaką Towarzystwo poniosło przez śmierć ś. p. dra Słapy; przemówienia tego wysłuchano stojąco.

4) Doc. Nowotny wyłożył rzecz **o dychawicy oskrzelowej.** Przypadki, badane przez prelegenta oraz prof. Pieniążka zapomocą tracheoskopii przemawiają za tem, iż choroba ta polega na obrzmieniu błony śluzowej tchawicy i oskrzeli. Przy tracheo- i bronchoskopii górnej widać było wyraźnie zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowej dolnej części tchawicy, klina podziałowego tchawicy, oskrzeli głównych i drugorzędnych i ich grzebieni. Już po jednorazowem zastosowaniu adrenaliny i kokainy przez tracheoskop na zaczerwienioną błonę śluzową chorzy uczuwają znaczną ulgę, a dłuższe leczenie usuwa chorobę.

5) Dr Eisenberg przedstawił *a)* nowy **sposób wczesnego rozpoznawania duru brzusznego** zapomocą próby Kaisera (użycia żółci do hodowli); próba ta dała prelegentowi pewne wyniki w przypadku, w którym zawiodła próba Widala; *b)* preparaty drobnowidowe różnych **krętków i świdrowców.**

6) Dr Ehrenpreis miał wykład p. t. **O przeniesieniu i znaczeniu zakażenia tryprowego w małżeństwie.**

Sekretarz: *Dr Owsiński.*

Rada Zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie w d. 13. czerwca 1907.

Obecni: prezes kol. Merunowicz, koledzy Kowalski, Bylicki, Stachiewicz, Zgórski, Świątkowski Stefan. Usprawiedliwili swą nieobecność koledzy: Opolski i Łuszczkiewicz.

Prezes zagaja posiedzenie, poświęcając gorące wspomnienie pamięci profesora Jordana, w którego pogrzebie brał udział jako delegat Tow. lek. gal., i wnosi, aby w celu uczczenia Jego pamięci przeznaczyć z funduszów Towarzystwa pewną kwotę na jeden z takich celów, które były blizkie Jego sercu, n. p. na park lub warsztaty dla młodzieży szkolnej. Uchwalono jednomyślnie 100 K. — Następnie wnosi prezes, aby na pomnik Marcelego Nenckiego uchwalić 100 K, co jednomyślnie przyjęto. — W dalszym ciągu zawiadamia prezes, że śp. dr Berger-Roicki zapisał Towarzystwu 600 K do rozdziału między sieroty i wdowy po lekarzach i że kol. dr Józef Barzycki utworzył z okazyi przejścia w stan spoczynku fundacyę swego imienia w kwocie 1000 K.

Przyjęto do wiadomości wynik rozdziału zapomóg z funduszów, nadesłanych przez Związek Towarzystw lekarskich, zmianę buchaltera i nową taryfę lekarską sekcyi jarosławskiej.

Powzięto zasadniczą uchwałę, że udzielanie pewnych ulg i zniżeń na kąpiele w Morszynie pozostawia się uznaniu kierownika zakładu, aż do odwołania. Uchwalono przedłożyć Walnemu Zgromadzeniu wniosek o podwyższenie pożyczki hipotecznej na dobrach morszyńskich. Następnie dyskutowano nad wnioskiem Sekcyi wadowickiej w sprawie szczepienia i lekarzy okręgowych. Powzięto decyzyę co do odpisania zaległości niektórych członków. Wdowom i sierotom po lekarzach rozdano zapomogi w łącznej kwocie 1130 K. Na pismo Wydziału Samopomocy lekarzy, aby Towarzystwo lek. gal. zobowiązało się przechować i administrować funduszami powstać mającego Związku kraj. lekarzy w razie jego rozwiązania, z tem, że fundusze te, gdyby powstało z czasem nowe Towarzystwo o tych samych celach, mają mu być oddane, uchwalono odpowiedzieć, że Towarzystwo lekarzy gal. chętnie się tego podejmie, pod warunkiem jednak, że statut Związku ściśle określi, komu fundusze mają być oddane, w razie bowiem równoczesnego powstania 2 lub więcej Towarzystw o podobnych celach mogłoby przyjść do sporu sądowego.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie w d. 21. czerwca 1907.

Na wstępie zabrał głos prof. Bylicki, jako prezes zbliżającego się Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, a przedstawiwszy w dłuższem przemówieniu przebieg prac przygotowawczych, jakoteż program Zjazdu, wyraził nadzieję, że członkowie lwowskiego Towarzystwa lekarskiego wezmą w nim udział gremialny. Myśl tę ujął następnie prof. Beck w formę wniosku, który został przyjęty bez dyskusyi, przez aklamacyę.

Zapowiedziany porządek dzienny nie został wyczerpany wskutek tego, że wiele czasu zajęły produkcye niejakiego p. Jana Berghofa, który przy pomocy swej 12-letniej córki przedstawiał własnego pomysłu t. zw. **metodę mnemotechniczną.** P. Berghof, rodem ze Lwowa, objeżdżający ze swem »cudownem« dzieckiem większe miasta europejskie, objaśnia swą metodę w sposób wcale wiarygodny, a polegający na prostem na pozór zestawianiu wyrazów w pytaniach, jakie dziewczynce zadaje, tak, że w pytaniu już ma się mieścić odpowiedź, wyrażająca wszelakiego rodzaju nazwy, imiona własne, liczby, przedmioty z podaniem ich przeznaczenia i t. d. Wielkiej wprawy w swoim rodzaju dowodzi też łatwość, z jaką dziewczynka wypisuje liczby dwu- i trzycyfrowe, prowadząc rękę tego, który je sobie dowolnie zamyślił.

Wobec spóźnionej pory przedstawił tylko prof. Barącz przypadek **promienicy pośladka** (ciąg dalszy z poprzedniego posiedzenia), przyczem przemawiali w dyskusyi: dr Ruff i prof. Szpilman, — resztę zaś porządku dziennego odłożono do następnego posiedzenia. *Witold Ziembicki.*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie w d. 17. maja 1907.

Na porządku obrad: **Sprawy zawodowe.** Zebranie zagaił sekretarz Wydziału dr Łazarewicz, podając myśl utworzenia biura informacyjnego dla lekarzy. Ogólnie uznano potrzebę utworzenia takiego biura, choć techniczne trudności są dość wielkie. Postanowiono, by biuro było zupełnie niezależnem od Tow. Przyjaciół Nauk. Komisya, złożona z drdr: Kapuścińskiego, Gantkowskiego, Schultza i Szulczewskiego ma się zająć pośrednictwem przy zastępstwach i osiedlaniu lekarzy, badaniem stosunków w poszczególnych miejscowościach i wskazywaniem miejsc, nadających się do osiedlenia.

Następnie Karwowski przedłożył artykuł z »Aerztl. Mittheilungen«, organu Niemieckiego Związku lekarzy w Lipsku, żądający na wypadek zaprowadzenia wolnego wyboru lekarzy w Kasach chorych praw wyjątkowych dla lekarzy-Polaków, by ich nie dopuścić do praktyki w miejscach górniczych Szląska i Westfalii, zamieszkałych aż do 80% przez polską ludność robotniczą. Artykuł ten, wychodzący od Związku, który starał się prócz Niemców pozyskać dla siebie także Polaków, a w sprawie osiedlania przez rząd subwencyonowanych lekarzy Niemców, celem wyrugowania osiadłych już Polaków, nie zdobył się nawet na słowo protestu, wywołał wśród zebranych wielkie oburzenie. Po dłuższej dyskusyi polecono radcy dr. Panieńskiemu, który jest przewodniczącym filii »Związku« w Poznaniu, wystosować protest do głównego Zarządu.

Wreszcie przez otwarte zbadanie sprawy załagodzono nieporozumienie, powstałe wśród niektórych kolegów.

Posiedzenie w dniu 7. czerwca 1907.

W zastępstwie prezesa dr Łazarewicz poświęca gorące wspomnienie pośmiertne nieodżałowanej pamięci ś. p. Jordanowi. Niestety wskutek krótkości czasu nie zdążył Wydział wysłać deputacyi na pogrzeb. Lekarze poznańscy złożą jednak gremialnie wieniec na grobie Zgasłego, w przejeździe na X Zjazd do Lwowa, a na razie na »Samopomoc« galicyjską przeznaczono 50 Mk. w miejsce wieńca. Przez powstanie uczczono pamięć Zmarłego.

Następnie: 1) Karwowski przedstawia chorego, który zimą brał większe dawki bromu; wkrótce potem na lewej nodze aż do kolana ukazały się guzy twarde, jędrne, lekko się łuszczące, wielkości soczewicy do fenyga, koloru sinawo-brunatnego. Obraz cały przypomina bardzo odlewy (moulage) z kliniki Neissera, przedstawiające *bromoderma*. Istotnie także wywiady przemawiałyby za tem. Badanie jednak drobnowidowe stwierdza naciek ciała brodawkowego (*corpus papillare*), mianowicie w okolicy naczyń, rozszerzenie warstwy ziarnkowej i parakeratozę. Brak wszelkich objawów ze strony gruczołów, brak stanu zapalnego ropnego, którego w żadnym z wykwitów nie widać, przemawia za tem, że chodzi tu o **liszaj guzowaty** (*lichen verrucosus*) w trochę niezwykłej postaci.

2) Karwowski przedstawił preparat z moczu chorej, cierpiącej na obustronne **zapalenie miedniczek i pęcherza** (na tle gruźliczem?). W moczu, barwionym metodą Gabbeta celem wykrycia prątków gruźliczych, znalazł K. ciałka, mające postać osełki lub gruszki z jednem lub dwoma czerwonemi jąderkami przy końcach. Ciałka te, leżące zwykle w grupach, mają mniej-więcej wielkość połowy jądra białej krwinki. Kontury ostre, miąższ silnie zabarwiony błękitem metylenowym. W piśmiennictwie nie mógł K. znaleźć opisu podobnych tworów w moczu. Przypuszcza, że chodzi o pierwotniaki, może rzęsistek (*trichomonas vaginalis*), któremu jednak brak biczyków. — W dyskusyi zaznacza Święcicki, że najprędzej może chodzić o rzęsistka, biczyki może uwydatniałyby się przy specyalnem barwieniu. Panieński sądzi, że przeciw pierwotniakom przemawiają ostre kontury i równe kształty. Do stwierdzenia natury ich trzebaby biologicznej obserwacyi.

3) Karwowski zdaje sprawę z dwóch przypadków **zapalenia pęcherza u chorych na wiąd,** u których stosował przepłukiwanie *hydrarg. oxycyanatum* W obu przypadkach chorzy przepłukiwania te bardzo źle znosili, następowały silne bole i parcia, które trudno było wytłómaczyć. Dopiero opisany w piśmiennictwie przypadek, że lek ten bardzo źle znosił chory, który równocześnie brał jod, naprowadziły K. na właściwe tory. W istocie obydwaj chorzy otrzymywali u drugiego lekarza jod. — W dyskusyi zabierali głos Panieński, Chachamowicz, który wspomina, że w pewnym przypadku smarowanie maścią rtęciową w miejscu, gdzie poprzednio stosowano jod, wywołało silne zapalenie skóry, oraz Łazarewicz. Karwowski w końcu zwraca uwagę, że nieraz stosuje się równocześnie jod i rtęć bez żadnych powikłań. Zdaje się jednak, że w błonach śluzowych, jak np. na spojówce i w pęcherzu, połączenie jodu z przetworem rtęciowym wywołuje silne objawy zapalne.

4) Obrano komisyę, mającą ułatwić wspólną wycieczkę lekarzy z pod zaboru pruskiego na X. Zjazd do Lwowa. Komisya ta, składająca się z Pomorskiego, Gantkowskiego, Szulczewskiego, Karwowskiego i Niegolewskiego, postanowiła po drodze zatrzymać się w Krakowie, by złożyć hołd pamięci ś. p. Jordana, oraz odwiedzić Dom lekarski, kliniki i t. d.

5) W sprawie artykułu w »Aerztliche Mitteilungen« oznajmia Panieński, że nakłonił Zarząd filii Poznańskiej, do którego należą Niemcy, by wysłać protest do głównego Zarządu przeciw mieszaniu polityki w sprawy zawodowe. Wiadomość tę przyjęto z wielkiem zadowoleniem, wyrażono jednak życzenie, by ten protest został wydrukowany w »Aerztliche Mitteilungen«.

Dr Adam Karwowski.

Kilka słów w sprawie stosunków szpitalnych w Krakowie.

Podał prym. Dr. Antoni Krokiewicz.

Nie da się zaprzeczyć, iż bardzo na czasie pojawił się w łamach »Przeglądu lekarskiego« artykuł prof. dra Ciechanowskiego »W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego«. Autor na podstawie sprawozdań: c. k. krajowej Rady Zdrowia, Depar-

tamentu V. Wydziału krajowego, ankiety, zwołanej przez Wydział krajowy w r. 1902 i t. d., odsłonił smutną kartę szpitalnictwa galicyjskiego przed szerszem forum, a uczynił to w tem przekonaniu, iż przez zwrócenie uwagi na sprawę tak piekącą i pierwszorzędnej wartości, uda się obecnemu inspektorowi szpitali krajowych zwolna rozwój szpitalnictwa krajowego poprowadzić na prawidłowsze tory. Za tą przewodnią myślą przemawia szereg wniosków, podanych przez autora w ustępie końcowym wspomnianej pracy.

Nie mam zamiaru bliżej zastanawiać się nad całem szpitalnictwem galicyjskiem, gdyż pozostawiam to osobom bardziej kompetentnym; uważam jednak za stosowne zabrać głos w tej sprawie, o ile chodzi o wadliwe stosunki na oddziale chorób wewnętrznych (I. B.) szpitala św. Łazarza. A czynię to dlatego, że autor nie dotknął w swej rozprawie tego przedmiotu, a Wydział krajowy od dziesięciu lat na moje przedstawienia zwykł odpowiadać trwałem, stereotypowem milczeniem.

Oddział chorób wewnętrznych (I. B.) znajduje się w dwóch pawilonach jednopiętrowych i to oddział męski na parterze jednego z nich, a oddział kobiecy na pierwszem piętrze drugiego (przeciwnie tamże rozmieszczone są oddziały chorób wewnętrznych I. A.). Sale chorych na oddziale męskim mają światło wschodnie, a na oddziale kobiecym — zachodnie. Oba pawilony, wystawione niespełna przed 30 laty, nie odpowiadają już dziś najniezbędniejszym potrzebom. Oddział męski składa się z dwóch dużych sal (po 19 łóżek), jednej sali oddzielnej, zakratowanej, dla chorych na dur (7 łóżek), z 2 pokoików, przerobionych z dawnej kancelaryi oddziałowej i mieszkania sekundaryusza (7 łóżek), sali oddzielnej t. zw. separatki pierwszoklasowej (1 łóżko), tudzież z kuchenki, w której śpi służący. Oddział kobiecy składa się z 2 sal dużych (po 19 łóżek), z 2 sal mniejszych (13 łóżek), z separatki zakratowanej dla chorych na dur (9 łóżek), z separatki I. klasowej (1 łóżko) i kuchenki, gdzie mieści się łóżko dla służącej. Wogóle na oddziale męskim znajduje się łóżek 49 dla chorych, a 5 dla służby, a na oddziale kobiecym 58 łóżek dla chorych, a 5 dla służby. Sale poszczególne są wprawdzie dość pojemne i wysokie, atoli ilość łóżek w nich jest zbyt wielka, przez co np. w salach największych, gdzie mieści się po 19 łóżek, na jednego chorego wypada zaledwie 26·6 metrów kubicznych powietrza. Jeśli na tych salach największych, wskutek przepełnienia znajdują się częstokroć jeszcze nadliczbowi (np. 5) chorzy, ułożeni prowizorycznie na dodatkowych siennikach na ziemi, przez co zamiast 19, liczba ich dochodzi do 24, to na jednego chorego gorączkującego wypada 21·1 m^3 powietrza.

Nikt nie uwierzy, iż wentylacya na salach odbywa się w sposób najpierwotniejszy, t. j. przez otwieranie drzwi i okien na pół godziny przed rozpoczęciem wizyty lekarskiej. Wentylacyi innej niema — i nie można się doprosić o odpowiednie urządzenie wentylacyjne. Wprawdzie istnieją wentylatory gazowe, ale nie działają one wcale, gdyż światła gazowego na oddziale niema. Jakież wobec takich warunków może być powietrze na salach, gdzie chorzy wysoko gorączkują, częstokroć oddają pod siebie mocz i kał bezwiednie, — lub gdzie znajdują się chorzy ze zgorzelą płuc, nóg i rąk, z cuchnącymi odpływami przy rakach części rodnych i t. d.? Fakt sam przemawia dosadnie, skoro uwzględnimy, iż na jednego chorego zamiast 90—120 m^3 przypada 21·1—26·6 m^3, — a dokładne wyobrażenie mieć może każdy dopiero wtedy, skoro przypadkiem wejdzie na salę wieczorem, lub rano przed otworzeniem na oścież drzwi i okien.

Łatwo pojąć, na jakie niebezpieczeństwo narażeni są chorzy, lekarze i służba, zmuszeni przez pewien czas przebywać codziennie w takich lokalach, gdzie przecież znajdują się i chorzy na gruźlicę narządów oddechowych. Nieraz też się wydarza, iż chorzy, którzy pozostawali w leczeniu szpitalnem na inną chorobę, a nie na gruźlicę, i u których badanie naówczas nie wykryło żadnych objawów choroby piersiowej, zjawiają się na oddział po kilku miesiącach z niewątpliwymi objawami gruźlicy. Że gruźlicy nabawili się oni w szpitalu, nie ulega żadnej wątpliwości.

Wskutek bliskiego sąsiedztwa pawilonu męskiego z kuchnią i pralnią szpitalną, a pawilonu kobiecego z kliniką chorób wewnętrznych, brak odpowiedniej ilości słońca na pojedynczych salach, przez co chorzy pozbawieni są w znacznym stopniu tak potężnego czynnika leczniczego, jaki stanowi światło słoneczne.

Oświetlenie na salach wieczorem, wobec braku światła gazowego lub elektrycznego, ogranicza się do jednej lampki naftowej, częstokroć kopcącej. Wpływa to też niezawodnie ujemnie na czystość powietrza w salach. Oświetlenie lampką jest tak niedostateczne, iż lekarze oddziałowi nie mogą odbywać prawidłowo wizyty lekarskiej popołudniowej na dniu krótkim; badanie odbywa się przy pomocy światła świecy, przez co dokładnem być nie może [1].

Zbyt wielka oszczędność administracyjna nie dozwala, aby każdego roku sale chorych zostały gruntownie oczyszczone przez zdrapanie tynku i pobielenie ścian i sufitów, tudzież przez zapokostowanie podłóg miękkich. Trudno uwierzyć, a jednak rzecz prawdziwa, iż na oddziale męskim służba za własne pieniądze zapokostowała w roku ubiegłym podłogi i korytarz, aby mogła utrzymać wymagany porządek. Wobec braku posadzek (są one tylko w separatkach I. klasowych), porządek należyty na podłogach miękkich, w których znajdują się liczne szpary, stanowiące siedzibę prochu i bakteryi chorobotwórczych, nie da się utrzymać.

Klozety, pomieszczone dla ciężko chorych na salach, są rozsadnikiem przykrej woni amoniakalnej, wynikającej z rozkładających się stolców i moczu; mają one typ najprostszy, bez wszelkich odwaniających urządzeń.

Łóżka, na których leżą ciężko chorzy, nie mają materaców. Tabliczki nad łóżkami umieszczone, sporządzone z drzewa, są bardzo ciężkie i w przeważnej części tak zniszczone, iż kredą na nich rozpoznania napisać nie można. Nieraz wydarzało się, iż taka tabliczka podczas wizyty lekarskiej spadała na głowę chorego i dziwić się należy, że jeszcze dotychczas nie było żadnego nieszczęścia z tego powodu.

Dla separatki I. klasy u kobiet od 3 lat nie można się doczekać drugich drzwi tapicerowanych, mających na celu stłumienie hałasu od korytarza, którędy przechodzą chore do wychodka. Zwłaszcza w nocy daje się to dotkliwie odczuwać, skoro chore z sal, zdążając przy słabem oświetleniu do wychodków, obijają się o drzwi tej separatki, budząc chorą w separatce i zamącając jej spokój, ten niezbędny czynnik dla korzystnego przebiegu choroby i rychłego odzyskania zdrowia.

Brak odpowiedniej jadalni wspólnej dla chorych ozdrowieńców, którąby łatwo można urządzić na korytarzu, tudzież brak leżalni, zwróconej do słońca, stanowi bardzo ujemną stronę pawilonów obecnych.

Najbardziej jednak ujemną stronę, obok braku wentylacyi sztucznej na salach, stanowią wychodki i brak łazienki. Sądzę, iż w dzisiejszych czasach podobne stosunki nie istnieją w żadnym szpitalu krajowym większego miasta. Boć trudno uwierzyć, aby w XX. stuleciu, przy zaprowadzonych wodociągach, wychodki nie miały klozetów i nie były ogrzewane. W miesiącach letnich, zwłaszcza przy powietrzu wilgotnem, roztacza się z tych wychodków woń amoniakalna na cały pawilon; w porze zaś zimowej wychodki nieogrzane są przyczyną częstego przeziębiania się chorych, co za sobą pociąga przewlekanie się sprawy chorobowej i przedłużenie pobytu chorych w szpitalu, a tem samem większe koszta leczenia. Trudno także uwierzyc, iż w szpitalu głównym miasta stutysięcznego, na oddziale chorób wewnętrznych niema łazienki. Wszak na oddział przyjmowani są ciężko chorzy, przeważnie zaplugawieni i zanieczyszczeni, którzy koniecznie muszą być poprzednio wykąpani i gruntownie oczyszczeni, zanim można ich położyć do czystego łóżka i zanim znajdą się w takim stanie, iż lekarz może się zabrać do ich badania. Dziś to przygotowanie chorych do badania odbywa się w sposób najpierwotniejszy, gdyż polega na skąpaniu nóg w cebrzyku i powierzchownem oczyszczeniu włosów od robactwa.

Kancelarya oddziałowa składa się z jednego pokoiku; w nim załatwia się czynności administracyjne ze stronami i ściśle lekarskie, jak pompowanie żołądka, badanie chemiczne treści żołądka, rozbiory chemiczne i mikroskopowe plwocin, moczu, krwi, wysięków i t. d. Wobec tego o ładzie pożądanym mowy być nie może. Urządzenie obecne kancelaryi oddziałowej jest zupełnie nieodpowiednie. Dość powiedzieć, iż brak np. nawet porządnej umywalni, co stanowi dziwną sprzeczność z urządzeniem kancelaryi rządcy szpitalnego. I tu z przykrością podnieść należy okoliczność, iż dla odpowiedniego wyposażenia kancelaryi prymaryusza zawsze brak funduszów odpowiednich, a nigdy ich nie zabraknie dla urzędnika administracyjnego. Przy najskromniejszych już wymaganiach, kancelarya oddziału składać się powinna przynajmniej z dwóch pokoi, z których jeden ma służyć tylko do załatwiania czynności administracyjnych i porozumiewania się ze stronami, a drugi ma być wyłącznie przeznaczony do badań naukowych lekarskich. Do niego wstęp tylko lekarzom winien być dozwolony.

Tak się przedstawia w najogólniejszym zarysie wadliwość pomieszczenia i rozmieszczenia oddziału. (Dok nast.)

[1]) Sejm tegoroczny uchwalił wprowadzić w szpitalu oświetlenie elektryczne. *Red.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza, co następuje: L. 572. Na prośbę Komisyi dla specyfików aptekarzy austr.-węg. powiadamia Wydział Izby Kolegów, że według rozporządzenia c. k. Ministerstwa z dnia 29 marca 1907, l. 6037 wydawanie przez aptekarzy specyfików, zakazanych u nas, także i wtenczas podlega karze, jeżeli wydanie z apteki zabronionego specyfiku następuje na podstawie przepisu lekarskiego. Wydział Izby wzywa zatem wszystkich lekarzy, by takich zabronionych specyfików nie zapisywali, a to by z jednej strony nie narażać aptekarzy na karę, z drugiej zaś siebie na tę nieprzyjemność, iż aptekarz ewentualnie nie wyekspedyuje zapisanej recepty.

Izba lekarska wschodnio-gal.: Prezydent: *Dr. Festenburg.*

Walne Zgromadzenie Towarzystwa Samopomocy lekarzy odbyło się 23. VI. b. r. pod przewodnictwem wiceprezesa prym. dr Bogdanika przy licznym udziale członków, zwłaszcza z poza Krakowa. Przewodniczący poświęcił w zagajeniu kilka gorących słów wspomnienia zmarłym członkom Towarzystwa, a w szczególności prezesowi Towarzystwa, śp. prof. dr. Henrykowi Jordanowi i skarbnikowi śp. dr. Słapie, których pamięć uczczono przez powstanie. Następnie przyjęto protokół z ostatniego walnego zgromadzenia i sprawozdanie z czynności wydziału za rok ubiegły. Ponieważ z powodu nagłej, a niedawnej śmierci skarbnika Towarzystwa, dra Słapy, komisya kontrolująca nie była w możności w tak krótkim czasie z całą dokładnością sprawdzić rachunków za rok ubiegły, przeto imieniem tej komisyi postawił dr Bernadzikowski wniosek o odroczenie udzielenia absolutoryum z rachunków za rok 1906, aż do najbliższego walnego zgromadzenia. Przygotowaniem zaś całej tej sprawy zajmie się komisya kontrolująca z pomocą dra Flisa. Zarazem uchwalono, by każdy z funduszów Towarzystwa był lokowany oddzielnie, a w prowadzeniu ksiąg zaprowadzone były pewne zmiany (system amerykański). Przyjęto wniosek Wydziału, przedstawiony przez dra Flisa, by sumę, zebraną dotychczas ze sprzedaży znaczków receptowych, przelać do odrębnego funduszu zapomogowego dla wdów i sierot, który ku uczczeniu pamięci Jordana nazwany będzie Jego imieniem.

Następnie obradowano nad projektem zmiany statutu (ref. dr Flis) przedłożonym przez wydział, a przekształcającym Towarzystwo w ścisłą organizacyę lekarską na zasadzie organizacyi lipskiej i organizacyi, zawiązanych w innych krajach austryackich. Projekt ten wywołał bardzo ożywioną kilkugodzinną dyskusyę. Celem jego jest łączenie lekarzy w organizacye powiatowe dla popierania ich ekonomicznych i społecznych interesów, dalej zastępstwo, popieranie i obrona interesów ekonomicznych i społecznych ich członków wobec publiczności, kas chorych i im podobnych instytucyi, towarzystw ubezpieczeń i władz, i torowanie drogi zasadzie wolnego wyboru lekarzy w kasach chorych i im podobnych instytucyach przy pełnem zachowaniu uprawnionych interesów obecnych lekarzy kasowych. Organizacye powiatowe mają się łączyć następnie w związki obwodowe, a te tworzyć związek krajowy z siedzibą w Krakowie. Sprawność organizacyi zapewniają składane przez członków pisemne zobowiązania. Dyskusyę zakończyły przemówienia wybranych mówców generalnych, z których dr Weinsberg wywodził, że organizacyą jest Towarzystwo już obecnie i statut, jego zdaniem, żadnych zmian nie wymaga, dr Nartowski żądał odesłania projektu do komisyi celem przerobienia, a dr Skałkowski ze Lwowa zalecał przyjęcie projektu, stwierdzając, że dopiero nowy statut da organizacyi możność czynnej obrony interesów lekarskich i że projekt oparty jest na zasadach, wypróbowanych już praktycznie gdzieindziej. W końcowem przemówieniu odparł referent dr Flis podnoszone w dyskusyi zarzuty, poczem nowy statut z nieznacznemi poprawkami niemal jednomyślnie przyjęto i uchwalono referentowi wyrazić gorące podziękowanie za podjętą mozolną pracę.

Dalej po żywej dyskusyi przyjęto statut kasy zaliczkowej lekarzy, do której będą mogli należeć tylko członkowie Towarzystwa i uchwalono podziękowanie inicyatorowi dr Porajewskiemu z Liska, dziękując zarazem przez aklamacyę referentowi dr Braunowi za opracowanie statutu kasy.

Wniosek dra Sokołowskiego, by wezwać Radę m. Krakowa o uzupełnienie liczby lekarzy miejskich do liczby, wymaganej ustawą, uchwalono jednomyślnie i przekazano wydziałowi do załatwienia.

W końcu wybrani zostali do wydziału na r. 1907: prezesem prof. dr J. Nowak, I. wiceprezesem dr W. Damski, II. wiceprezesem prof. dr Ziembicki ze Lwowa; sekretarzem dr Flis, zastępcą sekretarza dr Jaugustyn, skarbnikiem dr Jabłoński; członkami wydziału: prof. dr Ciechanowski, dr Murczyński, dr Sokołowski, dr Stahr, dr Weinsberg i dr Żydłowicz. Do komisyi kontrolującej wybrani zostali: dr Bernadzikowski, dr Bielański i dr Schoengut, do sądu polubownego: dr Ackerman, dr Karpiński, dr Lustgarten, prof. dr Łazarski i dr Wojciechowski. *R.*

Miejska kasa chorych w Krakowie wydała niedawno sprawozdanie za r. 1906. Ze stanowiska zawodowego godne uwagi są następujące szczegóły: Jak po inne lata, tak i w tym roku podano koszta lekarzy razem z kosztami kontroli chorych na 32.144 K., t. j. 14.1 prc. ogólnej sumy przychodów, a osobno koszta administracyi na 35.338 (15 prc. przychodów). Tymczasem z zamknięcia rachunkowego widać, że kontrola chorych kosztowała 4461 K., utrzymanie ambulatoryum 6681 K., a lekarze otrzymali naprawdę tylko 16419 K., (nie licząc 2411 K. na dorożki). Zachorowań było 16,161, porad lekarskich 37.261 (obłożnie chorych, odwiedzanych przez lekarzy w domu, 2292; nie można dociec, czy liczba ta wliczona jest w ogólną liczbę porad, czy nie). Za jednego chorego przypadało przeto dla lekarzy 1 K., za jedną poradę 44 halerze... *R.*

Aptekarze austryaccy utworzyli organizacyę na wzór Państw. Związku organizacyi lek. austr. Ponieważ współdziałanie organizacyi aptekarzy z organizacyą lekarzy, o które toczą się już rokowania, może mieć niezmierną doniosłość dla obu stron, przeto w interesie lekarzy leży starać się o rozwój organizacyi aptekarzy. Dlatego Państwowy Związek O. L. A. wzywa lekarzy, aby zachęcali aptekarzy i ich asystentów do wstępowania do organizacyi aptekarskiej. — Prezydent Związku: *Dr Janeczek. R.*

Lekarze dolnoaustryaccy przekształcają obie swe luźne organizacye w jedną organizacyę krajową na zasadach Związku lipskiego, (przyjętych także w nowym statucie Tow. »Samopomocy lekarzy«). Najważniejszymi warunkami skutecznego działania organizacyi są: zobowiązanie, podpisywane przez każdego członka organizacyi, że umowy z Kasami chorych i t. d. zawierać będzie tylko na warunkach, zatwierdzonych przez komisyę dla umów i znaczniejsze wkładki (24 K. rocznie), dostarczające organizacyi potrzebnych środków. *R.*

Do wiadomości Wydziałów krajowych wszystkich krajów austryackich podaje Państwowy Związek organizacyi lek. austr., że Wydział krajowy w Krainie podniósł lekarzom okręgowym dyety z 4 na 8 koron, a kilometrowe z 30 na 40 h., rozpoczął kroki celem obliczenia zmian, którychby wymagało podwyższenie wdowom po lekarzach okręgowych pensyi z 800 na 1200 K., a sierotom z 160 na 200 K. i zatwierdził instrukcyę służbową, wypracowaną przez lekarza, dra Defranceschi. — Prezydent Związku: *Dr Janeczek. R.*

Statystykę stosunków gminnej służby zdrowia w Austryi Dolnej, opracował stosownie do uchwały I. wiecu Związku państw. organizacyi lek. austr., dr Reh (Neukirchen a. d. Enknach, Ob. Oesterr.). Dziełko to nabyć można u autora (cena 3 korony). *R.*

Związkowi lipskiemu lekarzy niemieckich podsuwa bezimienny autor w »Aerztl. Mittheilungen« (Nr. 22) zadania i plany, bardzo obosieczne. Żąda on, aby Związek sam zawarł ogólną umowę z kasami chorych, towarzystwami ubezpieczeń i t. d. i na jej podstawie poprostu mianował lekarzy tych instytucyi wyłącznie z grona swych członków. Autor tego projektu przypuszcza, że tym sposobem musieliby do Związku przystąpić wszyscy, nienależący jeszcze do niego lekarze, aby osiągnąć lub utrzymać w swem ręku posady, przez Związek rozdawane. Projekt ten wywołał energiczny protest ze strony »Münchener med. Wochenschrift« (Nr 24), która słusznie podnosi, że gdyby Związek w ten sposób działał wprost na szkodę lekarzy do niego nie należących, to odrazu straciłby poparcie i sympatyę ogółu i musiałby się rozbić. Prawa każdej organizacyi nad jednostką mają także swoje granice. *R.*

Przeciwko partactwu dentystycznemu w konwentach Bonifratrów wystąpiła Izba lekarska wiedeńska, uzyskawszy w Namiestnictwie wyjaśnienie, że powoływanie się Bonifratrów na dawne dekrety cesarskie nie ma podstawy. (Aerzt. Stdsztg. 12). Powinnyby tą sprawą zająć się i inne Izby, w których okręgu są konwenty Bonifratrów, w których nieukwalifikowani bracia wykonują tysiącami ekstrakcye zębów. *R.*

Lekarze francuzcy rozpoczęli energiczną walkę w obronie zawodowej, gdyż zagraża im t. zw. prawo Caillaux, nakła-

dające podatek zarobkowy na dochody z praktyki bez potrącenia kosztów narzędzi, książek i t. p., chociaż takie koszta wolno we Francyi potrącać przemysłowcom. Lekarze podlegaliby tedy prawu istotnie »wyjątkowemu«. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 16. do 22. VI. 1907 doniesiono o 58 nowych przypadkach duru plamistego w 20 gminach, a mianowicie w pow. Drohobycz (Drohobycz 2, Łastówki 6), Jaworów (Zawadów 3, Sarny 3, Nahaczów 3, Morańce 5), Kamionka (Niesłuchów 1), Kosów (Słobódka 4, Rybno 4, Szeszory 1), Mościska (Wola małnowska 2), Nadwórna (Pasieczna 6, Zielona 3), Przeworsk (Jagieła 1), Rawa (Rzyczki 1, Niemirów 1, Szczerzec 5, Smolin 5), Skałat (Grzymałów 1), Śniatyn (Rożnów 1); o 3 przypadkach ospy w 1 gminie, a mianowicie pow. Kamionka (Peratyn 3) i o 3 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 3 gminach, a mianowicie pow. Ropczyce (Borek mały 1), Tarnobrzeg (Motycze poduchowne 1), Żółkiew (Batiatycze 4). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 16. do 22. VI. 1907 przypadków: płonicy 3, błonicy 2, krztuśca 1, ospicy 1, róży 1. *W.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 16. do 22. VI. 1907 urodziło się dzieci żywo 65, nieżywo 3; zmarło osób 50 (w tem obcych 15), z nich z gruźlicy 13 (3), zapalenia płuc 3 (1), płonicy —, krztuśca —, duru brzusznego —. *R.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 16. do 22. VI. 1907 przypadków: błonicy 1 (w tem obcy 1), krztuśca 4, płonicy 3, odry 2 (1), duru brzusznego 5, gorączki połogowej 1. *L.*

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

X. Zjazd Lekarzy i Przyrodników polskich odbędzie się w dniach od 22—25. lipca 1907 we Lwowie. Dotychczas zgłoszono powyżej 500 wykładów ze wszystkich niemal dziedzin nauk przyrodniczych i lekarskich.

Komitet gospodarczy czyni usilne starania, aby obok głównego celu Zjazdu, korzyści naukowej, zapewnić Członkom wszelkie możliwe wygody i uprzyjemnić im pobyt we Lwowie. W przeddzień Zjazdu, w niedzielę 21. lipca, odbędzie się o godz. 9 wieczorem towarzyskie zebranie w salach hotelu Georgea. Dnia 22. lipca o godz. 8 rano Msza św. w Katedrze, o godz. 9 pierwsze, uroczyste Posiedzenie ogólne w Teatrze miejskim, — wieczór zaś tego samego dnia wielki festyn na wystawie. Dnia 23. lipca popołudniu wycieczki do Dublan, Pustomyt, Lubienia i Woli dobrostańskiej. Dnia 24. lipca o godzinie $6^1/_2$ wieczorem odbędą się na boisku obok wystawy zapasy drużyn Towarzystwa Zabaw ruchowych i wręczenie zwycięskiej drużynie pierwszej nagrody Komitetu gospodarczego, później zaś raut, urządzony przez Reprezentacyę miejską na przyjęcie Członków Zjazdu. Przez wszystkie dni od godz. 7—9 rano zwiedzanie osobliwości Lwowa, muzeów, galeryi i t. p. pod przewodnictwem osobnego komitetu. Po ukończeniu Zjazdu odbędzie się w dniu 25. lipca wycieczka do Podhorzec i Oleska (Zamek króla Jana III.) pod przewodnictwem dra W. Serbeńskiego, a nadto wycieczka do miejsc kąpielowych (Truskawiec, Rymanów, Iwonicz, z Zakopanego Pieninami do Szczawnicy, wreszcie Krynica) pod przewodnictwem dra Witołda Ziembickiego.

Za łaskawem zezwoleniem Dyrekcyi i Kuratoryi Muzeum przemysłowego, urzędować będzie od piątku dnia 19. lipca biuro Komitetu gospodarczego w wielkiej hali miejskiego Muzeum przemysłowego. Znajdować się tam będzie biuro pocztowe, telegraficzne i telefon do użytku Członków Zjazdu. Tu wydawać się będzie karty uczestnictwa w kształcie książeczek z kuponami, odznaki zjazdowe, »Dziennik Zjazdu«, Przewodnik po Lwowie i t. d. i udzielać wszelkich informacyi. W I-szym numerze »Dziennika Zjazdu« ogłoszony będzie szczegółowy program prac wszystkich sekcyi, rozrywek, zebrań, wycieczek i t. d.

Byłoby wielce pożądane, aby chcący wziąć udział w Zjeździe wcześnie się zgłaszali. Ułatwiłoby to znacznie manipulacyę i pozwoliło uniknąć natłoku w ostatniej chwili. Przy zgłoszeniu należy przesłać wkładkę, która wynosi 20 Koron (8 rubli, 18 marek, 20 franków, 4 dolary) od Członka Zjazdu, połowę zaś tej kwoty od osób towarzyszących, n. p. pań, chcących wziąć udział w Zjeździe. Ponieważ już obecnie często się zdarza, że ktoś przysławszy wkładkę, żąda natychmiastowego wystawienia karty uczestnictwa, podaje Komitet do powszechnej wiadomości, że kart uczestnictwa nie będzie nikomu wysyłał pocztą. Natomiast karty Członków i uczestników, którzy się wcześnie zgłoszą i przeszlą wkładkę, będą ich oczekiwały, należycie wypełnione i ułożone w porządku alfabetycznym, w biurze Zjazdu. Zaznaczyć trzeba, że mimo usiłowań Komitetu nie udało się uzyskać żadnych zniżeń biletów kolejowych dla Członków Zjazdu.

Dla zapewnienia Członkom zamiejscowym odpowiedniego mieszkania w hotelu lub w domach prywatnych istnieje Komitet kwaterunkowy, na którego czele stoi dr Teofil Stachiewicz. Komu zależy na stosownem pomieszkaniu, musi najpóźniej na 14 dni przed rozpoczęciem Zjazdu zgłosić się z zamówieniem i wyszczególnić swe wymagania (ile osób, pokoi, łóżek, czy w hotelu, czy prywatnie i t. p.), oraz nadesłać z góry najniższe koszta za 4 dni pobytu (12 K od osoby, a 20 K od dwu osób w jednym pokoju). Na dworcach kolejowych urzędować będą stale w dzień i w nocy, przy wszystkich pociągach, począwszy od 20. lipca rano, biura kwaterunkowe, do których należy się zgłaszać po wskazówki i wyjaśnienia w sprawie mieszkań. Oprócz tego będzie czynnym oddział kwaterunkowy w biurze Komitetu (gmach miejsk. Muzeum przemysłowego).

Wszelkie listy, pisma i przesyłki pieniężne adresować należy do sekretarza głównego Wydziału gosp. X. Zjazdu L. i P. doc. dr Adama Szulisławskiego (Lwów, Jagiellońska 8).

Prezesem jury Wystawy zjazdowej mianował Namiestnik R. dw. dra Józefa Merunowicza.

Stan prac przygotowawczych w sekcyach:

III. Sekcya chemiczna i farmaceutyczna (C. d.): 7. Wł. Baczyński i St. Niementowski :Utlenianie ozychinakrydonu. 8. A. Bolland i S. Niementowski: Kwas nadchromowy w analizie miarowej. 9. Zyg. Jakubowski i S. Niementowski: O niektórych pochodnych dwuchinolylu. 10—12. S. Niementowski: Wytwory redukcyi o-nitro-acetanilidu. Oxanhydrozwiązki. — Kondensacya kwasu antranilowego z benzogloctanem etylowym. Anilid dwuozychinoliny. — Wnioski w sprawie utworzenia polskiego towarzystwa chemicznego. 13—16. Br. Pawlewski: Temperatura krytyczna piperydyny. — Bromowanie związków nienasyconych. — Synteza 1-Fenyl 2-fenyl 2 oksy 3 kato 5-metyl pirydyny. — Nowy pierścień siedmiowyrazowy. 17. Romuald Weckowicz i Br. Pawlewski: Kondensacya kwasu antranilowego z ciałami benzoinowemi. 18. Wł. Pultorak i Br. Pawlewski: O optycznej czynności produktów naftowych.

W V. Sekcyi (anatomiczno-zoologicznej łącznie z antropologiczną) zgłoszono dalszych 7 wykładów (40—47), m. i.: 40. Loth E.: O najnowszych metodach badań antropologicznych. 44. Szymonowicz: O rozwoju zakończeń nerwowych u ptaków. 45. Rothfeld I.: O zachowaniu się elementów elastycznych w ciałach jamistych narządów płciowych. 46. Siedlecki: O stosunku pasorzyta do komórki żywiciela.

W sekcyi VII. (przyrodniczo-rolniczej) zgłoszono dotąd 6 tematów ogólnych i 11 wykładów.

X. Sekcya fizyologiczna (C. d.). Z zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniw. we Lwowie: 22—24. Prof. dr Prus: O drganiach włókienkowych serca (delirium cordis). — Od czego zależy samodzielna czynność serca. — O wskrzeszaniu. — Z Zakładu chemii fizyologicznej Uniw. we Lwowie: 25. Dr Stef. Dąbrowski: O naturze chemicznej podstawowego barwika moczu. 26. Tenże i p. I. Browiński: Metoda określenia ilości podstawowego barwika moczu. 27. P. W. Gawiński: Badania nad kwasem olejowym tłuszczu mleka. 28. Dr S. Dąbrowski i p. W. Gawiński: Badania ilościowe nad wydzielaniem kwasów proteinowych w moczu zdrowych osób oraz w wypadkach chorób. 29. P. J. Browiński: Kwasy proteinowe we krwi. 30. Dr Z. Motylewski: O ulatnianiu się soli rtęciowych z roztworów i wynikających stąd przeszkodach wykrycia i określenia rtęci w narządach. 31. Dr G. Gittelmacher-Wilenko: O działaniu analgamatu sodowego na cholesterynę w alkoholu amylowym i stosunku otrzymanych związków do koprosteryny. 32. Dr S. Dąbrowski: Demonstracye przyrządów: a) do zagęszczania w próżni płynów oraz b) do wyciągania eterem większej masy ciała stałego, obmyślanych i sporządzonych w Zakładzie. 33. Prof. dr Bądzyński i doc. dr A. Gońka: Przyczynek do poznania składu chemicznego organicznej substancyi podstawowej zęba.

XI. Sekcya patologiczna (C. d.). 33. Dr Karwacki i dr Dembiński (Warszawa) oraz dr Eisenberg (Kraków), referat: O odporności (mianowicie ostatni o teoryi odporności, pierwsi zaś o zastosowaniach praktycznych). 34—36. Prof. Prus (Lwów): O objawach, tudzież o zmianach wątroby występujących po wstrzyknięciu kwasu siarkowego do przewodów żółciowych. — O stosunku przerostu serca do choroby nerek. — O znaczeniu komórek eozynochłonnych w tkankach.

XV. Sekcya oto-ryno-laryngologiczna. (C. d.). 6) Prof. dr Frankenberger z Pragi: Przyczynek do patogenezy gruźlicy, zwłaszcza pierwotnej gruźlicy krtani.

XIX. Sekcya ginekologiczno-położnicza. (C. d.). 48—51. Czyżewicz A. (jun.): W sprawie miesiączkowania jajowodów. — Hyperemesis gravidarum. — Kilka uwag w sprawie częstości, powstawania i kierunku skrętu szypuły guzów jajnika i przyjajnika. — Przedstawienie preparatów z 2 przypadków ciąży zewnątrzmacicznej. 52—53. Litwinowicz Tadeusz: O pęknięciu macicy z użyciem kazuistyki c. k. szkoły położnych we Lwowie z lat 1867—1906. — O wynikach badania krwi w przypadkach nowotworów macicy. 54. Rubin: O powstaniu łożyska przodującego. 55—56. Hojnacki: Higieniczno-estetyczne względy w prowadzeniu ciąży, porodu i połogu. — Temat zastrzeżony. 57. Cykowski: O obrocie zapobiegawczym. 58—60. Zawadzki: Cardiopathia uterina. — Leczenie nieżytu szyjki i jamy macicy metodą Biera. — Przyczynek do patogenezy i leczenia gorączki porodowej.

XXIV. Sekcya weterynaryjna. (C. d.). 19. Dr Stanisław Majewski, lekarz wet. (Piotrków): O zwalczaniu gruźlicy u zwierząt zapomocą ochronnego szczepienia.

XXVII. Sekcya medycyny wojennej. Gospodarz: Starszy lekarz sztabowy dr I. Link, szef sanit. 11. korpusu. — 1. Dr Friedmann, lekarz sztabowy: Woda do picia, z uwzględnieniem zaopatrzenia w wodę do picia armii na polu walki. 2. Dr Chajes, lekarz pułkowy: O chorobach umysłowych w armii. 3. Dr Hamburger, lekarz sztabowy: Jaglica. 4. Dr Turnau, lekarz pułkowy: Implantacya zębów. 5. Dr Berger, lekarz pułkowy: Działanie najnowszych przetworów leczniczych. 6. Dr Mosing: Rozwój fizyczny wychowanków szkół wojskowych w czasie ich pobytu w zakładach. 7. Dr Karchczy, lekarz sztabowy: Ostateczny wynik operacyi doszczętnej przepuklin. (Statystyka 460 przypadków, operowanych w szpitalu wojskowym we Lwowie).

Składki na pomnik M. Nenckiego (spis III). Od 3. do 15. VI. b. r.: Od Dyrekcyi Banku zaliczkowego (Lwów) 100 K; na listę p. mag. farm. L. Różyckiego (Warszawa): L. Różycki 50 K, W. Różycka 12·50 K, razem 62·50 K; od prof dra Ign. Baranowskiego (Warszawa) 50 K; od dra J. Berlinerblaua (Warszawa) 32 K 31 gr.; na listę dra fil. M. Reichera (Sosnowice): M. Reicher 20 K, dr fil. M. Wołkowicz 2 rb., A. Wołkowicz 2 K 50 gr., dr fil. B. Zdanowski 1 rb., dr fil. A. Likiernik 10 K, Z. Toeplitz 4 rb. 50 kop., razem 51 K 50 gr.; na listę 1 (dodatkowo): dr W. Mazurkiewicz (Lwów) 5 K, słuch. med. Fr. Czubalski 1 K, sł. fil. S. Stein 1 K, razem 7 K, od dra M. Sołtysika (Lwów) 10 K, od dra Fr. Chłapowskiego (Poznań) 20 K. — Na listę dra M. Lebensbauma (Warszawa): dr M. Lebensbaum 3 rb., dr M. Flaum 3 rb., razem 6 rb.; od Tow. lekarskiego w Krakowie 50 K; od c. k. galicyjskiego Tow. gospodarskiego 100 K. — Składki przyjmuje dalej sekretarz W. g. Zjazdu, doc. dr Adam Szulisławski (Lwów, Jagiellońska 8).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 26. VI. b. r. posiedzenie, na którem prezes prof. Rosner wezwał członków gorąco do jaknajwiększego udziału w X. Zjeździe L. i P. P. we Lwowie, poczem 1) prof. Kader przedstawił chorych: *a*) po wyłuszczeniu wodonercza i roponercza, *b*) po resekcyi stawu kolanowego z powodu gruźlicy, *c*) po laminektomii z powodu objawów ucisku ogona końskiego (po operacyi powróciła czynność zwieraczy pęcherza i odbytu, a powraca czucie w kończynach dolnych); 2) r. ces. p. J. Gorecki przedstawił stół operacyjny swego pomysłu; 3) dr Blassberg miał wykład p. t. »Najnowsze poglądy na ośrodki mowy«. Delegatami na Walne Zgromadzenie Towarzystwa lek. galic. wybrano prof. Ciechanowskiego i doc. Dobrowolskiego, zastępcą dra Wojciechowskiego.

— Dziekanem na r. 1907/8 wybrał Wydział lekarski Radcę Dworu prof. dra B. Wicherkiewicza.

— Na Walnem Zgromadzeniu Towarzystwa Samopomocy lekarzy w d. 23. VI. b. r., z którego na innem miejscu zdajemy sprawę, zapadła uchwała wielkiej doniosłości, mianowicie przyjęto zmiany statutu, przekształcające Towarzystwo Samopomocy na ścisłą organizacyę zawodową lekarzy w Galicyi. Przekształcenie to umożliwi współdziałanie zorganizowanych lekarzy naszych z organizacyami lekarskiemi innych krajów austryackich.

— *Otrzymujemy następujące zawiadomienie:* Klinika Lekarska Uniwersytetu Jagiellońskiego przyjmuje lekarzy celem samodzielnego kształcenia się z bezpłatnem zobowiązaniem rocznem na rok szkolny 1907/8. — Mogą otrzymać miejsca następujący pracownicy: 1) Dwaj praktykanci do ambulatoryum klinicznego. 2) Dwaj praktykanci do kliniki stałej i pracowni klinicznej z mieszkaniem w klinice. 3) Jeden praktykant naukowy do pomocy w pracach kontrolujących najnowsze zdobycze naukowe w zakresie patologii i dyagnostyki z mieszkaniem w klinice. 4) Wolontaryusze kliniczni roczni, a mianowicie: *a*) do wykonywania terapii fizykalno-dyetetycznej i dla obserwacyi terapii aptecznej, *b*) do wprawiania się w chorobach narządów klatki piersiowej, *c*) do wprawiania się w chorobach jamy brzusznej. — Zgłoszenia przyjmuje Dyrektor kliniki lekarskiej w Krakowie najpóźniej do 10. października 1907.

— *Towarzystwo lekarskie warszawskie nadesłało nam następujące sprostowanie:* W 1 zeszycie r. 1907 »Pamiętnika Towarzystwa Warszawskiego«, w ogłoszeniach tematów do nagrody konkursowej z funduszu imienia dra Walentego Koczorowskiego pod Nr. 13 wydrukowano przez pomyłkę drukarską »Badanie trawienia żołądkowego u starców«. Powinno zaś brzmieć: »Badanie trawienia żołądkowego u ssawców«. — P. o. sekretarza stałego. *W. Kosmowski.*

Lwów. Wydział lekarski wybrał dziekanem na r. 1907/8 prof. dr. St. Bądzyńskiego, przedstawił do tytułu profesora nadzwyczajnego docentów dr A. Sołowija i R. Renckiego, nadał »veniam legendi« z zakresu otyatryi dr Teofilowi Zalewskiemu (»Tyg. lek.« 25).

Zdrojowiska galicyjskie. Do Iwonicza od 15. V. do 15. VI. przybyło osób 1005.

Warszawa. Po czteroletnich staraniach uzyskano nareszcie w Sosnowcu pozwolenie na otwarcie szpitala miejskiego o 12 łóżkach.

Z różnych stron. Rząd rosyjski, poszukując lekarzy do gub. astrachańskiej i kraju kirgiskiego dla ochrony przed morem, ofiaruje im zaledwo 1500 rb. pensyi i koszta podróży.

— Największym na kontynencie Europy, a podobno i najbardziej nowocześnie urządzonym zakładem dla obłąkanych jest nowy zakład w Hütteldorf w Dolnej Austryi. Pomieści on 2200, w razie potrzeby zaś 3—4 tysięcy chorych, wśród nich 356 zamożniejszych »pensyonaryuszy«, których wyższe opłaty ułatwią utrzymanie zakładu. Wśród 60 budynków, z których składa się zakład, znajduje się też osobny budynek teatralno-koncertowy, zakład ogrodniczy, warsztaty dla chorych i t. d.; wśród pawilonów dla chorych są osobne dla suchotników, chorych zakaźnych i t. p. Zakład obejmuje 2412 pokoi, ma 236 stacyi telefonicznych, wszędzie oświetlenie elektryczne, wodociągi; kosztować ma około 20 milionów koron.

— W Niemczech jest obecnie 87 ludowych sanatoryów dla chorych na gruźlicę (4822 łóżek) i 35 sanatoryów prywatnych (2118), ogółem więcej, niż w całej zresztą Europie. Buduje się prócz tego 11 sanatoryów ludowych (800 łóżek). Nadto osobno jest 17 zakładów (650 łóżek) dla dzieci chorych na gruźlicę i 67 zakładów (6092 łóżek) dla dzieci zołzowatych. Dyspensatoryów działa 117. Schronisk dla nieuleczalnych suchotników jest 10 uzdrowisk leśnych (Walderholungsstätten) 67.

— Akademia lekarska w Düsseldorfie wkrótce zostanie otwartą. Prócz powołanego już do niej prof. Lubarscha (anatomia patol.), mają być mianowani jej profesorami: Stern (dermatologia), Keimer (laryngologia i otyatrya), Pfalz (okulistyka), Kehl, Liniger i Schrakampf (medycyna i higiena społeczna), Peretti (psychiatrya). Pierwszy kurs dla lekarzy rozpocznie się 14 października b. r.

— Podanie kobiet o prawo imatrykulacyi na wszechnicach pruskich, (gdzie go dotąd nie posiadają), poparło 160 profesorów tych wszechnic.

— Na Zachodzie rozpoczyna się ruch w kierunku systematycznej opieki (leczniczej) nad kalekami. Odpowiednie zakłady mają powstać m. i w Berlinie i Bazylei.

— Rząd angielski zwołał na 17. VI. b. r. do Londynu międzynarodową konferencyę w sprawie zwalczania śpiączki afry-

kańskiej. »Deutsche med. Wochenschrift« uważa zwołanie konferencyi za przedwczesne, ponieważ nie ukończyły się jeszcze wyprawy naukowe, wysłane dla zbadania tej choroby, a przedewszystkiem... niemiecka.

— Surowica przeciwbłonicza rozdawaną jest bezpłatnie w Stanach Illinois i Massachusets Ameryki półn.

Mianowani: prof. anatomii patol. na czeskim uniwersytecie w Pradze, dr. Jarosław Hlava, dożywotnim członkiem austr. Izby Panów; nadzw. profesorowie Bokay (pedyatra) i Koranyi (internista) w Peszcie profesorami zwyczajnymi; anatom patologiczny prof. Kretz z Wiednia profesorem w niemieckim uniwersytecie w Pradze; neurolog dr. Dejerine, prof. historyi medycyny w Paryżu, objął katedrę patologii wewnętrznej.

Zmarli: anatom prof. Cannieu w Bordeaux; prof. patologii zewn. Sokołow w Charkowie.

Redakcya otrzymała: Bogdanik: Kreolin in der Chirurgie. »Klin.-ther. Wochs.« 1907. J. Pappée: Nadzór lekarski nad prostytucyą. »Tyg. lek.« 1907. Bogdanik: Trzy plagi ludzkości: alkoholizm, nikotynizm, morfinizm. Odczyt w Towarz. opieki nad młodz. szk. Lwów. 1907.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w czerwcu 1907: *Gazeta lekarska Nr 20—23:* J. Jaworski: Henryk Jordan. Karwacki: Gorączka powrotna pod względem bakteryologicznym. Dąbrowski W.: Spostrzeżenia, dotyczące epidemii gorączki powrotnej w Warszawie. Dzierżgowski: W sprawie znaczenia zbiornika septycznego przy oczyszczaniu biologicznem wód ściekowych. Sterling: Dwa przypadki aleksyi (dok.). Kopczyński: Dwa przypadki jednostronnego uszkodzenia znacznej liczby nerwów czaszkowych. Biernacki: Poszukiwania nad wpływem pokarmu przetłuszczonego na narząd trawienia oraz przemianę materyi. Bernhardt: Rak i promienie Röntgena. — *Medycyna Nr 22—25:* Endelman: W sprawie operacyjnego leczenia odklejeń siatkówki (dok.). Karczewski: O ciąży śródmiąższowej (c. d.). Higier: Rodzinny bezład móżdżkowy wieku dziecięcego i choroba Tay-Sachsa. Brunner i Pinkus: O oddzielaniu i zgęszczaniu antytoksyny błoniczej. — *Tygodnik lekarski Nr 22—24:* W. Ziembicki: Pierwsze dziesięciolecie lwowskiej kliniki chorób wewnętrznych. Gluziński: Zapalenie wyrostka robaczkowego a błonica. Rencki: Dalsze spostrzeżenia nad policytemią szpikową. Schneider: O zachowaniu się krwi w przebiegu włóknikowego zapalenia płuc u człowieka z policytemią szpikową, u którego dawniej wycięto śledzionę. Hicner: Z praktyki sądowo-lekarskiej. Mars: Przyczynek do badania ginekologicznego przez pochwę. — *Kronika lekarska Nr 10—12:* Zawadzki: W sprawie kas i ubezpieczeń lekarzy. Biehler M.: 4 przypadki przedziurawienia podniebienia miękkiego w szkarlatynie. Grudziński: 1) O ciśnieniu osmotycznem wód mineralnych i jego znaczeniu w balneologii. 2) O badaniu odruchu rzepkowego. Giedroyć (c. d.). — *Nowiny lekarskie Nr 6:* Karwowski: Spirochaete pallida Schaudinna-Hoffmanna. — *Czasopismo lekarskie Nr 4—5:* Brudziński: Pierwsze sprawozdanie roczne z działalności szpitala Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi. Bogdanik: Kreolina w chirurgii. Mogilnicki: Ostry nieżyt krtani u dzieci, symulujący krup pierwotny. Żenczynkowski: Ogólne uwagi krytyczne z powodu projektu ministeryum w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia od choroby. Puławski: Sprawozdanie lekarskie z Zakładu leczniczego w Nałęczowie za r. 1906. — *Postęp okulistyczny Nr 4—5:* K. W. Majewski: O operacyjnem leczeniu myopii. Rumszewicz: Przypadek raka powieki dolnej. Noiszewski: Keratitis neuroparalytica w świetle doświadczeń z wycinaniem nerwów naczyniowych na szyi. — *Kronika dentystyczna Nr 6:* Idzikowski: Uwagi praktyczne w sprawie zdejmowania wycisków oraz ustalenia artykulacyi zębów. Krakowski (c. d.) — *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych Nr 4—5:* Waryński: Ś. p. Karol Szadek. Otto: Syfilityczne zapalenie naczyń z następczą gangreną. Malinowski: Przypadek naczyniaka punkcikowatego ugrupowanego skóry i stosunek tej sprawy do naczyniaka rogowcowego. Moriconi: Przyczynek do sprawy prostytucyi u nas. — *Pamiętnik Tow. lek. warsz. Z. 1:* Bucelski: Dzieje budowy zakładu dla obłąkanych w Królestwie polskiem (c. d.). — *Krytyka lekarska Nr 6:* Kramsztyk: Dwadzieścia pięć lat istnienia Kasy Mianowskiego. Peszke: O Janie Solfie (c. d.). — *Przegląd higieniczny Nr 6:* Wajgiel, Szpilman (c. d.). — *Głos lekarzy Nr 11:* Ś. p. Henryk Jordan. Mikołajski: 1) Kodeks deontologii lekarskiej. 2) Memoryał w sprawie polepszenia bytu asystentów uniwersytetu. Flis: O potrzebie organizacyi lekarzy i jej zadaniach. Bogdanik: O naszem szpitalnictwie. Braun: Towarzystwo zaliczkowe. — Przeciw otwarciu polikliniki w Krakowie. — Stan szpitalnictwa krajowego (z referatu sejmowej komisyi sanitarnej).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 3. lipca o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Kader przedstawi chorych. 2) Dr Steuermark przedstawi chorych leczonych promieniami Röntgena. 3) Doc. Gliński przedstawi preparaty anatomiczno-patologiczne. 4) Prof. Rosner przedstawi nowe narzędzia. 5) Dr M. Kozłowski przedstawi preparaty i narzędzia.

Walne Zgromadzenie Delegatów Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się **we Lwowie** (w przededniu otwarcia Zjazdu lekarzy i przyrodników) **w niedzielę, dnia 21. lipca b. r. o godz. 11 przed południem w lokalu Towarzystwa przy ulicy Dominikańskiej L. 11.**

Sekcye, które dotychczas nie odbyły posiedzenia administracyjnego, zechcą tego dokonać celem wyboru Biura sekcyi, delegata na Walne Zgromadzenie i jego zastępcy. Zwracamy przytem uwagę, że według § 41 naszej ustawy można wyjątkowo wybrać delegatów i zastępców zapomocą głosowania listownego na wniosek Biura. O dokonanym wyborze, jakoteż o wnioskach Sekcyi do Walnego Zgromadzenia prosimy jak najrychlej zawiadomić Prezesa Towarzystwa, ażeby można wybranym delegatom wcześnie rozesłać sprawozdanie za rok 1906.

Na ostatniem Walnem Zgromadzeniu wybrano Delegatów Sekcyi samborskiej i sanockiej członkami komisyi rewizyjnej, ci więc Koledzy zechcą w powyższym dniu o godzinie 9 przed południem przybyć do biura sanitarnego w Namiestnictwie celem rewizyi ksiąg rachunkowych i kasy.

Z Rady Zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Dr Stefan Świątkowski w. r. sekretarz gener. — *Dr Józef Merunowicz*, w. r. prezes.



Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.

Dr **Brodzki Jan**, b. asyst. prof. Leydena, kierownik zakładu dla hydro- elektro- mechanoterapii.

Iwonicz.

Dr **Berger Marek.**
Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr **Lanes S.**

Kosów.

Lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Paździer.
Dr **Tarnawski**, właściciel i kierownik.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).
Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem“).
Dr **Ebers H.**, kierownik c. k. Zakładu hydropatycznego
Dr **Kmietowicz Franciszek**, (Dom „Świteź“).
Dr **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki chor. kobiec. prof. Marsa (willa Białej Róży).

Rabka.

Dr **Cholewicz Fr.**
Dr **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr **Langie Adam**, okulista, od 1 lipca do 15 sierp. (tylko w chor. ocznych).
Dr **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Bielecki Ignacy**, lek. okręg.

Szczawnica.

Dr **Gorski Ksawery**, b. lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr **Hammerschlag**, (Willa „Atylla“).
Dr **Kołaczkowski J.**, kierownik wodolecz. i pensyonatu.
Dr **Kruszyński Kazimierz**, radca cesarski.
Dr **Żuliński Edward**, (Willa „Alma“), (zimą w **Meranie**).

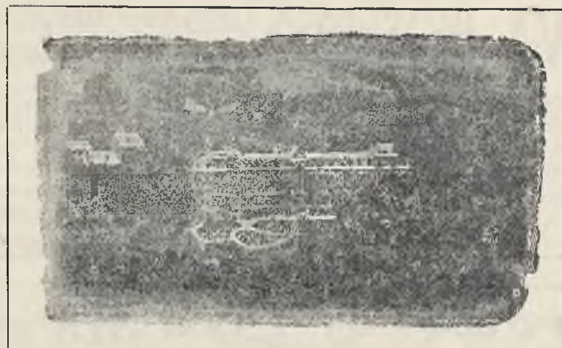
Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon.**
Dr **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Wisła.

Dr **Zanietowski Józef.**

Zakopane.



SANATORYUM Dra DŁUSKIEGO DLA CHORYCH PIERSIOWYCH.

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński**, (Louisenstr. 2a).

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl“).

Biarritz (B. P.) France.

Dr **Bohdanowicz**, („Villa St. Hubert“), („zimą w **Nizzy**“).

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wohr**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Engländer Bernard**, (Schwarzer Bär, Kirchenstr.)
Dr **Steinsberg**, (Pensyonat leczniczy we własnej willi).
Dr **Zeitner Józef**, („Stadt-Paris“ Kirchenstrasse).

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.**, radca ces., (Villa „Höflinger“ VII).

Kissingen.

Dr **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregenten str. 1.

Karlsbad.

Dr **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza“).
Dr **G. Gittelmacher-Wilenko**, b. asystent Uniw. lwow. Sprudelstr. Haus Kronprinz.
Dr **Kaufmann Oskar**, („Pascha“ Sprudelstrasse).

Marienbad.

Dr **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried“).
Dr **Kwiatkowski St. B.**, („Stadt Hamburg“).

Rok XLVI. Kraków, dnia 6. lipca 1907. Nr 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.



HENRYK HOYER

* 26. IV. 1834, † 3. VII. 1907.

Nauka polska straciła jednego z najznakomitszych swych przedstawicieli: nestor anatomów polskich, profesor Henryk Hoyer zakończył życie, a życie to pełne pracy i zasług. Urodzony w Inowrocławiu, studyował medycynę na uniwersytecie wrocławskim i berlińskim, w którym się doktoryzował (w r. 1857). W Berlinie zostaje zaraz po doktoracie asystentem słynnego Reicherta, następcy Jana Müllera. W 1859 r. powołują Hoyera na katedrę fizyologii i histologii do Akademii medyko-chirurgicznej, wnet przekształconej na Wydział lekarski Szkoły głównej warszawskiej. Odtąd prawie przez pół wieku pracuje Hoyer w Warszawie, będąc nietylko wzorowym profesorem, ale i niezmiernie dzielnym, bystrym i sumiennym badaczem. Gdy Szkołę główną przemieniono w uniwersytet, Hoyer pozostaje nadal na katedrze i wykłada anatomię porównawczą, embryologię i histologię. Ten ostatni przedmiot był jego przedmiotem umiłowanym, w jego zakres wchodzą też wszystkie niemal prace Hoyera. A prac tych duży szereg, zadziwiający wielostronnością. Zajmuje się Hoyer budową i unerwieniem rogówki, histologią naczyń krwionośnych, sprawą rozgałęzienia się naczyń w śledzionie, budową tkanki łącznej, systemu nerwowego, podaje szereg nowych sposobów wykrywania śluzu w tkankach. Prócz tych prac specyalnych, opracowuje Hoyer wkrótce po objęciu katedry wzorowy podręcznik histologii, pierwszy i na długi czas jedyny w polskim języku. Po ustąpieniu z katedry uniwersyteckiej, mimo poważnego wieku nie przestaje pracować dalej; obejmuje wtedy kierownictwo pracowni, założonej przez Towarzystwo lekarskie warszawskie, w której licznemi pracami kieruje z niesłabnącą gorliwością i zamiłowaniem. Dopiero w ostatnich kilku latach osłabienie wzroku i ciężka choroba stawów pozbawia tę pracownię Jego opieki, ale nawet te cierpienia cielesne nie łamią Jego twórczego ducha i nie odrywają Go od nieustannej pracy naukowej.

Hoyer był idealnym wzorem przyrodnika: bystry w obserwacyi, ścisły i ostrożny w wysnuwaniu wniosków, skąpy w słowach, z których każde tchnęło jasnością i prostotą, wielkiej dobroci serca, budził Hoyer nietylko głęboki szacunek, ale i szczere przywiązanie i miłość uczniów. Żegnano go serdecznie, gdy ustępował z katedry, a cały szereg pracowników laboratoryum Towarzystwa lekarskiego warszawskiego czuł doskonale, że duszą całej pracowni był Hoyer i szczerą wdzięczność na zawsze dla Niego zachował.

W uznaniu zasług i znakomitej, owocnej pracy zostaje Hoyer członkiem zwyczajnym Akademii Umiejętności w Krakowie, Uniwersytet Jagielloński mianuje go swoim doktorem »honoris causa«, wszystkie Towarzystwa lekarskie polskie liczą go w poczet swych członków honorowych.

Boleśnie odczuwa cały świat lekarski polski nową, a bardzo wielką stratę. Rzadko kiedy tak słusznie, jak nad trumną Hoyera można powiedzieć, że nie całkiem umiera ten, co taki żywot miał za sobą.

Prof. Dr Adam Bochenek.

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiell. pod kierownictwem prof. W. Jaworskiego.

O zmianie ilości bakteryi w kale pod wpływem stosowania w lewatywach i w dyecie mleka kwaśnego zwykłego oraz sporządzonego sposobem Miecznikowa.

Napisał

Dr Bronisław Wejnert.

(Dokończenie.)

Wobec tego doszliśmy do wniosku, iż we wszystkich trzech razach chodzi o gatunki, bardzo blizko siebie stojące. W pierwszym i drugim przypadku przypuszczamy jeden i ten sam gatunek, a mianowicie prątka okrężnicy (*bact. coli commune*), w dwóch odmianach. Trzeci rodzaj spotykanych przez nas kolonii, decydujemy się uznać za prątki mleczne gazorodne (*bacil. lactis aërogenes*).

Ten wynik naszych badań zgadza się w zupełności ze zdaniem autorów, którzy twierdzą, iż przy zaszczepieniu na żelatynie mniej więcej prawidłowego kału grupa prątka okrężnicy (i jej pokrewne) najsilniej, a czasem jedynie jest reprezentowana. (Miedowikow, Günter, Nazarow, Gilbert, a ostatnio Kolle i Hetsch). Prątka okrężnicy przez długi bardzo czas uważano za saprofita, i nikt nie przypuszczał, jak doniosłą rolę odgrywa on w patologii. Dopiero od r. 1889, gdy Laruelle znalazł prątki okrężnicy w dwóch przypadkach zapalenia otrzewnej, i takież zapalenie wywołał doświadczalnie zapomocą hodowli tego prątka, odtąd dopiero zaczyna się wyświetlenie znaczenia prątka okrężnicy w patologii (Frenkel, Beco, Radziejewski i in.). Dziś zdaje się nie ulegać wątpliwości, iż prątek okrężnicy może wywoływać ropienie, posocznicę, ostre biegunki; może wywołać w drogach żółciowych nieżyt błon śluzowych, wiodący do kamieni żółciowych, nakoniec może być przyczyną zapalenia pęcherza moczowego, nerek, miedniczek, oraz otrzewnej po przejściu ściany jelit, zmienionej pod wpływem innych spraw chorobowych. Badania Kleckiego i Multanowskiego dowiodły, iż na to, aby prątek okrężnicy przeszedł przez ścianę jelit, nie trzeba martwicy ściany, wystarcza 5, 6-ciogodzinna przerwa swobodnego ruchu treści jelitowej, jak również bębnica lub silne podrażnienie ścian jelit.

Co do prątka mlecznego gazorodnego, to chorobotwórczość jego jest taka sama, jak prątka okrężnicy, jak to zaznaczają Biełozierski i inni. Wielu autorów z powodu wielkiego podobieństwa obu tych prątków skłania się nawet do tego, by uznawać prątka mlecznego gazorodnego za odmianę prątka okrężnicy (Kroguis, Achard i Renault). Gilbert zalicza będący w mowie drobnoustrój do bakteryi *paracoli*.

Wobec więc dzisiejszych poglądów na znaczenie opisanych bakteryi należy przypuścić, iż zmniejszenie się ich ilości w przewodzie pokarmowym jest dla ustroju pożytecznem.

Porównując wyniki trzech seryi naszych badań nie trudno zauważyć, iż gdy serya I od II różni się wynikami bardzo niewiele, to serya III w porównaniu do dwóch poprzednich różni się znacznie. W pierwszej seryi obniżenie ilości bakteryi waha się między $^1/_2$ i $^1/_{24}$ ilości pierwotnej; w drugiej między $^1/_2$ i $^1/_9$, w trzeciej między $^1/_5$ i $^1/_{86}$. Największe obniżenie ilości bakteryi w dwóch pierwszych seryach nie dochodzi ani razu do $^1/_{25}$ ilości pierwotnej; średnie zaś obniżenie w I seryi wynosi około $^1/_9$, a w II-giej około $^1/_4$; w III seryi natomiast średnie obniżenie wynosi około $^1/_{20}$ ilości pierwotnej, a dochodzi może nawet do $^1/_{86}$. Oprócz tego zauważyć musimy, iż obniżenie ilości bakteryi, osiągnięte w III seryi zapomocą mleka Miecznikowa, utrzymuje się po usunięciu tego mleka z dyety jeszcze dość długo, i tylko bardzo wolno ilość bakteryi powraca do liczby pierwotnej. Nic podobnego nie daje się zauważyć przy stosowaniu mleka kwaśnego zwykłego, tu bowiem na trzeci już dzień ilość bakteryi powraca do liczby pierwotnej. Uznać zatem musimy, iż wpływ mleka Miecznikowa na zmniejszenie ilości bakteryi w kale jest znacznie większy, niż mleka kwaśnego zwykłego, nadto iż wpływ ten jest wogóle duży. Zupełnie więc słusznie twierdzi Tarchanow, iż jakkolwiek laktobacylina nie może zniszczyć wszystkich drobnoustrojów jelit, jednak znaczenie jej sprowadza się właśnie do wyjaławiania przewodu pokarmowego.

Czemu przypisać to działanie odkażające, na to odpowiedzieć dziś trudno; uwzględniając jednak uczynione nie tak dawno w pracowni Miecznikowa spostrzeżenie, a o którem wspomina Burnet, mianowicie, że mleko Miecznikowa nagrzane przed użyciem do 100° traci swe własności odkażające, należy przyjąć, iż nie ilość wprowadzanego kwasu mlecznego główną odgrywa tu rolę, a raczej trzeba przypuścić, że niezbędną tu jest działalność żywego laseczników bułgarskiego. Zaznaczyć tu musimy, iż po szeregu dni stosowania mleka Miecznikowa udawało się nam bez zbytniego trudu wykryć w kale obecność laseczników bułgarskiego, posiłkując się do tego pożywką agarową i bulionową, oraz badaniem drobnowidowem. (Na żelatynie laseczników bułg. rośnie bardzo źle).

Co do własności samego mleka Miecznikowa, występujących przy jego przepisywaniu, to jakkolwiek sprawa ta wychodzi poza ramy niniejszej pracy, jednak przytoczymy tu kilka spostrzeżeń, które same się nam nawinęły. Oto możemy stwierdzić, iż jakkolwiek w większości przypadków mleko to działa na stolce regulująco, w dwóch jednak naszych przypadkach wywołało uporczywe zaparcie; trzeci podobny przypadek spostrzegaliśmy u jednej z chorych ambulatoryjnych. Stolce po użyciu mleka Miecznikowa, nabierają barwy jasnej, tracą w znacznej mierze znamienną woń, a spoistość ich staje się bardziej papkowatą.

Smak mleka Miecznikowa jest nieco mdławy i mniej od zwykłego kwaśny; przy miareczkowaniu atoli okazuje się, iż kwaśność jego jest w rzeczywistości większa, niż w zwykłem mleku kwaśnem (mianowicie waha się od 80 do 110). Przykrem w użyciu mleko to nie jest, chorzy piją je chętnie, a smak nigdy nie stoi na przeszkodzie jego stosowaniu.

W pracy naszej uwzględnialiśmy oczywiście tylko tlenowce, łatwo rosnące na żelatynie przy warunkach zwykłych; wobec atoli nader ważnego znaczenia beztlenowców w przewodzie pokarmowym (Kolle i Hetsch), ciekawem byłoby zbadanie, czy mleko Miecznikowa działa na beztlenowce, i w jakim stopniu. Z drugiej strony również

pożądanemby było, aby dalsze badania kliniczne na chorych określiły dokładniej, w których chorobach przewodu pokarmowego mleko zakwaszone laktobacyliną z korzyścią stosowaćby można.

W końcu składam szczere podziękowanie Sz. Prof. W. Jaworskiemu za zachętę do niniejszej pracy, za cenne wskazówki i wszelkie ułatwienia.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Pokotilo. **O uśpieniu weronalowo-chloroformowem.** (*Zentralbl. f. Chir.* 18, 1907). Podobnie, jak Strauch (»Zentralbl. f. Chir.« Nr 9, 1907) ogłasza P. z kliniki Diakonowa w Moskwie również korzystne spostrzeżenia co do uśpienia weronalowo-chloroformowego, stosowanego wyłącznie prawie już od 2 lat. Stronę dodatnią tego sposobu stanowi, oprócz zaoszczędzenia pracy serca przez usunięcie psychicznego podniecenia przed operacyą, skrócenia okresu podniecenia, zużycia małej ilości środka usypiającego i zmniejszenia ujemnych następstw uśpienia, także i ta okoliczność, że weronal działa doskonale nasennie bez ubocznego ujemnego działania, a zawierając dwie grupy amidowe, wpływa podobnie, jak inne związki pochodne od mocznika, podniecająco na czynność serca. Stosuje się weronal w dawce 1 gr. na 2 godz. przed operacyą. P. przytacza wyjątki ze spostrzeżeń Diakonowa, dowodzące porównawczo, że z trzech rodzajów uśpienia skombinowanego, t. j. zapomocą brometylu, hedonalu i weronalu z chloroformem, użycie weronalu jest najkorzystniejsze co do czasu uśpienia, okresu podniecenia i jego długości, wymiotów podczas uśpienia, zamartwicy, zmian w tętnie i ilości zużytego chloroformu. *Kasprzyk* (Berlin).

Burkhardt. **Wpływ śródżylnych wlewań rozczynów soli kuchennej na działanie chloroformu podczas uśpienia i po uśpieniu.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 82, Z. 4). Doświadczenia B. na zwierzętach przekonały go, że śródżylne wlewania rozczynu soli kuchennej przed uśpieniem podwajają prawie tolerancyę dla chloroformu, który bywa potem o wiele lepiej znoszony i wydziela się następowo znacznie szybciej moczem. Po wlewaniach mimo dużych dawek chloroformu ciśnienie krwi nie opada. Wobec tego stosował B. ten sposób i u ludzi, wlewając śródżylnie 1500—2000 ctm. rozczynu soli kuchennej, przyczem uśpienie znoszone było znacznie lepiej, a bole głowy i wymioty występowały rzadko lub nawet nie było ich wcale. *Klęsk.*

Lint. **Uśpienie.** (*Klin.-therap. Wochs.* 1907, Nr 24). L. spostrzegał przypadek wrzodu rogówki, zajmującego $^2/_3$ powierzchni, w 2 dni po operacyi i przestrzega przed badaniem palcem odruchu rogówkowego przy uśpieniu. Głębokość uśpienia można przecie ocenić i z innych objawów. Gdyby się ktoś bez badania tego odruchu obejść nie umiał, powinien w każdym razie rękę przedtem starannie wymyć i odkazić. *Klęsk.*

Schwarz. **Zachowanie się moczu po znieczulaniu lędźwiowem zapomocą stowainy.** (*Zentralbl. f. Chir.* Nr 13, 1907). Badanie moczu w 50 dobranych przypadkach, w których do znieczulenia użyto wyłącznie 0·04 stowainy, stwierdziło zmiany nerek, podobnie jak po uśpieniu chloroformowem lub eterowem. Stwierdzano je w 4 godziny do dni 3 po zabiegu, a utrzymywały się w lżejszych przypadkach od 2—4 dni; w cięższych po 8 dniach, w jednym nawet po 3 tygodniach zauważono oprócz nabłonków białkomocz, dochodzący do 7‰. Stałych atoli zaburzeń nie stwierdzono. *Kasprzyk.*

Vogel. **W sprawie przeszczepiania sposobem Tierscha.** (*Zentralbl. f. Chir.* Nr 13, 1907). Sposoby, podane w najnowszych czasach celem ulepszenia tego zabiegu, dotyczą przedewszystkiem postępowania pooperacyjnego. Najważniejszy z nich: pozostawienie przeszczepionego naskórka na powietrzu bez opatrunku, by się naskórek silniej skleił z podłożem, ma tę ujemną stronę, że wydzielina, gromadząc się po przyschnięciu brzegów pod płatami, podminowywa je w postaci pęcherzy, a w następstwie nawet po nacięciu owych pęcherzy powstaje obumarcie tych części. To też inni stosują opatrunek wilgotny, a Weischer nawet zwilża stale opatrunek rozczynem soli kuchennej w pierwszych dniach po zabiegu. Takie atoli opatrunki, nasiąknięte wydzieliną, wywołują maceracyę nabłonka, przy częstem zaś znowu odnawianiu ich łatwo naruszyć przygajające się płaty. Pokrycie zaś nieprzepuszczalnym opatrunkiem wytwarza komorę wilgotną, co znów obniża żywotność nabłonka. Celem uniknięcia tych ujemnych stron postępuje Vogel w następujący sposób: Po dokładnem dostosowaniu brzegów przeszczepionych płatów, wycina małemi, silnie wygiętemi nożyczkami Cowpera, (przyciskając ramionami ich na płask naskórek, przez co wytwarza się fałd), małe okienka wielkości około 2 mm.² tak, że na każdy ctm.² przypada mniejwięcej po 2; potem nakłada opatrunek z poczwórnie złożonej gazy wyjałowionej, zwilżonej rozczynem fizyol. soli, ustalając go plastrem. Na ten opatrunek kładzie drugi gruby, wilgotny, który zmienia codziennie. Na czwarty dzień usuwa obydwa opatrunki i stosuje maść. Przy tem postępowaniu usuwa się codzień wydzielinę, wydostającą się okienkami naskórka i nie wywołującą pęcherzy i nie narusza się wcale płatów, przez co czyni się zadość trzem najważniejszym warunkom, t. j. unika się wysychania i zastoju wydzieliny i nie wytwarza się komory wilgotnej. Sposób ten w najrozmaitszych przypadkach dał z pośród wszystkich innych najkorzystniejsze wyniki, a zasługuje szczególnie na polecenie przy pokrywaniu rozległych ubytków. Można go również użyć przy sposobie Kuhna (»Münch. med. Wochenschr.« Nr 51, 1906), gdyż nawet przy jednostajnym ucisku obfita wydzielina wywołuje pęcherze. *Kasprzyk* (Berlin).

Suter. **Balsam peruwiański, jako środek do leczenia ran.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 53, Z. 3). Na podstawie doświadczeń na zwierzętach i spostrzeżeń klinicznych, zaleca S. gorąco używanie balsamu peruwiańskiego przy zakażonych ranach, powikłanych złamaniach kości, ranach zakażonych pooperacyjnych, gruźlicy chirurgicznej i t. p. Sam balsam jest jałowy, ale niema wielkich własności przeciwgnilnych, a działa głównie mechanicznie i chemotaktycznie. Można go też wyjaławiać. Na nerki szkodliwego działania nie wywiera; przynajmniej S. tego nie spostrzegał. *Klęsk.*

Huss. **Odkażające pokosty na ściany, zwłaszcza witralina.** (*Zeitschr. f. Hyg. und Infektkr.* T. 56, Z. 3). Odkażające pokosty do malowania ścian, n. p. sal operacyjnych: pefton, vitralpet i witralina, odpowiadają zupełnie swemu zadaniu. Zwłaszcza witralina jest dogodna, bo ściana pomalowana jest potem gładka, nie pęka i da się dobrze zmywać mydłem i formaliną. *Klęsk.*

Ekehorn. **Nieprawidłowe naczynia nerki mogą mieć rozstrzygające znaczenie w powstawaniu wodonercza.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 82, Z. 4). Wodonercze w przypadku autora (24 podobnych w piśmiennictwie) powstało wskutek ucisku na moczowód atypowo przebiegających naczyń, dążących do dolnej połowy nerki. Ucisk powstaje przez obsunięcie się nerki, przyczem naczynia się naprężają. Przecięcie naczyń usuwa przeszkodę. *Klęsk.*

Jahr. **Śródmoczowodowy sposób obluźniania zaklinowanych kamieni moczowych i wydobywanie ich drogami naturalnemi.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 24). Sposób, który zostosował J. w przypadku bezmoczu wskutek zatkania moczowodu kamieniem (drugą nerkę wycięto dawniej) polega na wprowadzeniu do moczowodu cewnika, zakończonego balonikiem, który wypełnia się wodą. Balonik rozszerza moczowód, a kamień przez to obluźnia się i można go sprowadzić aż do ujścia pęcherzowego, poczem przez kiszkę wygnieść do pęcherza. (Opis cewnika). *Klęsk.*

Howard A. Kelly. **Chirurgiczne leczenie gruźlicy nerek.** (*Surg. Gyn. and Obst.* 1907, marzec. *Sém. méd.* 1907. Nr 21). W latach ostatnich dokonał autor 57 razy wyjęcia nerki, 4 razy nacięcia nerki, 1 raz wyciął część nerki i nadzorował stan wszystkich swych chorych aż do ostatnich czasów. Wyniki częściowej nefrektomii nie są dotąd zachęcające; zabiegu tego można użyć tylko wobec nerki podkowiastej, albo też wtedy, gdy już poprzednio trzeba było drugą, także chorą nerkę — usunąć. Do nacięcia nerki są wskazania bardzo ograniczone, n. p. roponercze. Nefrektomia wczesna stanowi najlepszy sposób leczenia gruźlicy nerki. Na 57 operacyi, z tego wskazania dokonanych, stracił autor 4 chorych (7 prc.). — 22 operowanych, u których nie było żadnych powikłań, albo których cierpienie nie było zbyt ciężkie, wyzdrowiało po operacyi zupełnie. Wyłączywszy z tych 22 chorych dwie osoby, niedawno operowane, można u pozostałych 20 chorych wyzdrowienie uznać za trwałe, bo trwa ono już od 2—10 lat. Z powikłań najczęstsze jest zapalenie pęcherza moczowego, ale nie stanowi ono przeciwwskazania do operacyi; nawet przeciwnie, gdyż właśnie nerka, zmieniona gruźliczo, wciąż na nowo zakaża pęcherz; należy ją właśnie co rychlej usunąć. Na 36 chorych, u których było to powikłanie,

zmarły 4 osoby zaraz po operacyi, a 5 w następnych dwóch latach; 18, t. j. 50 prc. zupełnie się uleczyło, a wynik jest trwały od 2 do 12 lat. Dziewięć operowanych miało jeszcze po operacyi dolegliwości pęcherzowe; to też w razie powikłania pęcherzowego należy po usunięciu nerki zająć się pęcherzem. Gruźlica części rodnych wydarza się częściej u mężczyzn, niż u kobiet; autor, lecząc wyłącznie kobiety, spotkał to powikłanie tylko 5 razy: 3 chore wyzdrowiały najzupełniej po usunięciu narządów rodnych wewnętrznych. Gruźlicę w innych narządach obok gruźlicy nerek stwierdził autor 18 razy: 13 operowanych jest od 2 lat zupełnie — przynajmniej napozór — zdrowych. Jeśli zajęta jest gruźlicą i druga nerka, to po wycięciu nerki ciężko zmienionej czynność pozostałej nerki przynajmniej czasowo się poprawia; w takim razie nefrotomia, jeśli jest roponercze, daje najlepsze wyniki. Obecność w moczu, wydzielanym przez drugą nerkę, wałeczków szklistych lub ziarnistych i białka również nie stanowią przeciwwskazania do operacyi. 4 razy na 5 znikły te objawy niedługo po wycięciu nerki wybitnie zmienionej. Trzy chore, operowane przez autora, miały zapalenie miedniczki nerki zdrowej (na tle zakażenia prątkiem okrężnicy), które po operacyi ustąpiło. Wyleczenie to trwa od 4 do 13 lat. Co do techniki zwraca autor uwagę, że najlepiej jest wraz z nerką usuwać zupełnie moczowód, tam zaś, gdzie tego dokonać nie można, trzeba wyciąć tyle moczowodu, ile się da i kikut wszyć w ranę w głębi dla uniknięcia przetoki, gdyż ta jest prawie nieuleczalna. *Stahr.*

Bittdorf. **Bolesność uciskowa jądra przy kamieniach nerkowych.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 23). B. zwraca uwagę na bardzo często występującą bolesność uciskową jądra tej strony, po której są kamienie nerkowe. Według B. objaw ten pozwala odróżniać kamicę nerkową od wątrobowej. Bolesność ta powstaje, zdaje się, przez rozpromienianie się bolu w splot nasienny, który, jak wiadomo, bierze początek ze splotu nerkowego lub wspólnie z nim ze splotu aorty. Raz spostrzegał też B. przy kamicy nerkowej bolesność jajnika. Przy innych cierpieniach dróg moczowych, jak kamieniach pęcherza, zapaleniu nerek, gruźlicy i t. p. bolesność ta nie występuje. *Klęsk.*

Winternitz. **Wskazania do operacyjnego leczenia kamieni pęcherzowych u dzieci.** (*Jahrb. f. Kinderh.* T. 62). U dzieci poniżej 3. roku życia wydobywać należy kamienie pęcherzowe jedynie przez cięcie nadłonowe, albowiem daje ono najlepszy dostęp i nie nadweręża czynności moczenia i czynności płciowej, co zdarza się po cięciu krocza. U dzieci starszych można próbować kruszenia kamieni, o ile kaliber cewki wynosi najmniej 16^0 skali Charriera, niema nieżytu pęcherza lub miedniczek, a kamień sam jest ruchomy, nie uwięźnięty. *Klęsk.*

Krönig. **Założenie odbytu sztucznego celem uniknięcia zakażenia miedniczek przy przeszczepianiu moczowodów do odbytnicy.** (*Zentralbl. f. Gynäk.* 1907, Nr 29). Celem uniknięcia zakażenia miedniczek po wszczepieniu moczowodów do odbytnicy założył K. naprzód odbyt sztuczny, w 12 dni potem usunął mięsaka macicy wraz z częścią pochwy, tylną ścianą pęcherza i cewką, moczowody zaś wszczepił do odbytnicy. Chora zniosła te zabiegi dobrze, mocz odchodzi swobodnie przez odbytnicę. *Klęsk.*

C. Adrian i A. Hamm. **Przyczynek do badań „pneumaturyi".** (*Milteil. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir.* 1907, XVII, 1—2). Pneumaturyę tłomaczono dotąd albo w ten sposób: 1) że powietrze atmosferyczne dostało się do pęcherza, jak to wydarzyć się może przy cewnikowaniu lub przepłukiwaniu pęcherza, albo wśród sztucznego rozszerzania cewki u kobiet, albo w przypadkach przetok pęcherzowo- lub cewkowo-pochwowych; 2) że gazy z jelit pochodzące wniknęły do pęcherza, co zdarzyć się może wskutek dziurawiących owrzodzeń (rak, gruźlica); 3) że w samem wnętrzu pęcherza wytwarza się gaz przez rozkład i kiśnienie moczu, szczególnie zawierającego cukier. Na podstawie 4 własnych i 3 z piśmiennictwa zaczerpniętych (Heyse, Schnitzler, Wildbolz) przypadków podają autorowie jeszcze czwarty sposób, w jaki może powstać pneumaturya z powodu wytwarzania się gazu w pęcherzu samym, gdy niema połączenia między pęcherzem a jelitami, ani cukrzycy. Gazy powstają wtedy wskutek obecności w pęcherzu niektórych drobnoustrojów. W 3 poprzednio ogłoszonych przypadkach przyczyną pneumatoryi był prątek mleczny gazotwórczy (*bact. lactis aërogenes*), u chorych zaś A. i H. trzy razy zwykły prątek okrężnicy (*bact. coli commune*), oraz nieruchomy (*bact. coli immobile*). — Zachodzi pytanie, jaką drogą dostały się bakterye do pęcherza? O ile przed pneumaturyą nie wykonano żadnego takiego zabiegu (np. cewnikowania), któryby mógł wprowadzić z zewnątrz drobnoustroje do pęcherza, należy przypuścić, że bakterye dostały się do pęcherza z jelit. Powszechnie wiadomo, że stosunkowo drobne obrażenia ściany jelitowej mogą ułatwić dostanie się bakteryi z jelit do obiegu krwi i być przyczyną ogólnego zakażenia; takie więc obrażenia mogą ułatwić dostanie się bakteryi także do pęcherza moczowego drogami limfatycznemi. Rokowanie w tej odmianie pneumaturyi jest zawsze niepewne, a u osób wiekowych jest zawsze niekorzystne. Zależy ono od przyczyny, która wywołała zapalenie pęcherza moczowego i od powikłań w innych narządach. Leczenie samej pneumaturyi zlewa się z leczeniem zapalenia pęcherza i zwracać się winno przeciw samej przyczynie cierpienia; zresztą może być tylko objawowe. *Stahr.*

Coudray. **Leczenie zboczenia położenia jądra** (*ectopia testis*). (*Wiener med. Presse* 1907, Nr 19). Zatrzymanie jądra w kanale pachwinowym lub powyżej niego radzi autor leczyć miesieniem. W ten sposób otrzymał autor znakomite wyniki bez operacyi, o ile chorzy nie przekroczyli 10. roku życia i nie było przytem przepukliny. Leczenie miesieniem trwa oczywiście długo i dołączać do niego należy noszenie potem odpowiedniego paska. W razie równoczesnego istnienia przepukliny można też próbować do 7. roku życia leczenia miesieniem, o ile powłoki są silne, a przepuklina niewielka. Gdy jądro leży w jamie brzusznej, wtedy nawet i wyniki operacyjne nie są zawsze pewne. Czynność jądra, sprowadzonego na dół, jest potem prawie zawsze dobra. — Do operacyi nadają się najlepiej chorzy między 12—13. rokiem życia. *Klęsk.*

XXXVI. Zjazd Chirurgów niemieckich w Berlinie.

(Sprawozdanie »Przeglądu lekarskiego«).

Napisał **Dr Radliński.**

(Dokończenie, por. Nr 25.)

O przeszczepianiu całych narządów zapomocą szwu naczyniowego mówił Stich (Wrocław). Opisuje on swoje doświadczenia na zwierzętach z przeszczepianiem nerki i tarczycy. Nerka psa po przeszczepieniu na szyję zapomocą połączenia naczyń nerkowych z tętnicą szyjną, zaczyna wydzielać mocz S. usuwał połowę tarczycy, a drugą połowę przeszczepiał na miejsce usuniętej zapomocą szwu tętnicy i żyły. W tarczycy przeszczepionej, wyjętej po dłuższym czasie, żadnych zmian nie znajdował.

Lampe (Bydgoszcz) przedstawia chorego, któremu z powodu mięsaka kości udowej **usunął wraz z nowotworem około 20 ctm. kości.** Wynik dobry. Chory chodzi w skórzanym przyrządzie futerałowym, zlekka utykając.

Riedel (Jena) zaleca w przypadkach mięsaka odjęcie kończyny z obawy częstych nawrotów. Körte i Friedrich widzieli przypadki uleczone bez odjęcia — bez nawrotu w ciągulat 7.

W sprawie **leczenia rozszerzeń przełyku** mówił Riesinger, opisując swój przypadek, uleczony operacyjnie. Inni doradzają leczenie zachowawcze, elektroterapię. Co do przyczyn rozszerzenia przełyku, większość mówców nie zgadza się na pogląd Mikulicza, że przyczyną tu jest skurcz wpustu (*cardiospasmus*). Czerny zaznacza częstą współrzędność rozszerzenia przełyku z opadnięciem trzew i upatruje związek przyczynowy między obiema temi zmianami.

Bakes (Trebitsch) opisuje przypadek **żołądka klepsydrowatego**, operowany przez wytworzenie osobnego zespolenia pomiędzy każdą z obu części żołądka, a jedną i tą samą pętlą jelita cienkiego (*gastroenterostomia duplex*); na zakończenie enteroanastomoza. Wyleczenie.

Adler, Tietze, Payr mówią **o skręcie sieci**, zaznaczając trudność rozpoznania przed operacyą. Wyniki leczenia przez resekcyę skręconej sieci są pomyślne.

Ehrhardt i Hassler zaznaczają częstość **uchyłków w śluzówce szyjki pęcherzyka żółciowego** (kanały Luschki); w uchyłkach tych często bywają drobne kamienie, które mogą być powodem nawrotów kamicy po cholecystotomiach; jest to jeden z powodów, dlaczego wogóle należy pęcherzyk żółciowy przy kamicy nie nacinać tylko, ale wycinać zupełnie.

Anschütz (Wrocław) przy **resekcyi wątroby** wycina wprost część przeznaczoną do usunięcia; pomocnik niezwłocznie przykrywa krwawiącą powierzchnię kompresami i uciska czas jakiś. Przy powolnem usuwaniu kompresów można naczynia

krwawiące kolejno chwytać i podwiązywać zwykłym sposobem, albo też tępą igłą tętniakową przeprowadza A. naprzód podwiązki, które przy powolnem zaciskaniu przecinają miąższ, a ujmują smugi naczyniowe. — Przecięcie wątroby następuje dopiero po założeniu szeregu takich podwiązek. Ze sposobów dostępu do wątroby jest A. przeciwnikiem torowania sobie drogi przez opłucną, a zaleca czasową resekcyę łuku żebrowego. O ile trzymać się tylko chrząstek żebrowych, to już od VII. żebra niema obawy skaleczenia opłucnej; od X. można, nie narażając opłucnej, przecinać i kostne części żebra (nie poza linią pachową ku tyłowi). Ranę wątroby ściąga A. szwami, ranę brzuszną zaszywa.

Rovsing (Kopenhaga) opisuje swój **sposób postępowania z moczowodami po całkowitem usunięciu pęcherza.** Mianowicie robi on w okolicy lędźwiowej z każdej strony mały otwór przez mięśnie do jamy brzusznej i przeciąga wyosobniony i blizko pęcherza przecięty moczowód przez ten otwór w taki sposób, by wolny koniec moczowodu swobodnie zwisał. Po niejakim czasie część zwisających moczowodów ulega zgorzeli i odpada, pozostają tylko kikuty około 2 ctm. długości ponad powierzchnią skóry. Z tych resztek moczowodu stale sączy się mocz, który spływa do stosownie urządzonego zbiornika, umieszczonego na plecach przy pomocy pasa. Tym sposobem operował R. 3 przypadki. Zakażenie miedniczki nerek po takiej operacyi nie zdarzyło się ani razu.

Rosenstein przedstawia chorą, której przed paru laty **usunął z powodu kamicy jedną nerkę, a niedawno musiał naciąć drugą** i usunąć znaczną ilość kamieni cystynowych. Przebieg pomyślny, cystyny w moczu przed operacyą nie było.

Payr (Grac) wykonał **badania doświadczalne co do powstawania zakrzepów w żyłach żołądka i okrężnicy poprzecznej po resekcyach sieci.** Po uruchomieniu skrzepów, sztucznie (przez zamrażanie) wywołanych w żyłach sieci, znajdował P. cząstki tych skrzepów w żyłach wątroby i żołądka. Dostawanie się cząsteczek stałych do żył żołądka objaśnia zatorem wstecznym (*embolia retrograda*). Jeżeli zatkaniu ulegną w żołądku drobne żyłki, powstają drobne wynaczynienia, jeżeli większe — to tworzą się owrzodzenia śluzówki.

Bockenheimer (Berlin) mówi **o balsamie peruwiańskim, jako środku zapobiegawczym przeciw tężcowi** przy ranach zakażonych. Doświadczenia w ostatniej wojnie wypadły pomyślnie; wśród Japończyków, stosujących balsam, było znacznie mniej przypadków tężca, niż wśród Rosyan, gdzie go nie używano. B. objaśnia działanie balsamu jego własnością zlekka odkażającą i mechanicznem unieruchomieniem drobnoustrojów w ranie dzięki właściwościom fizycznym balsamu. Sam dodaje do balsamu antytoksynę tężcową. Stwierdza, że można wprawdzie z niejakiem prawdopodobieństwem orzec, czy rana jest tężcem zakażona, ale sposoby zbadania tego są bardzo kłopotliwe i nie wszędzie wykonalne.

Sutor (Innsbruk) stwierdza pomyślny wpływ stosowania balsamu przy złamaniach powikłanych; na 20 przyp. tylko w 6 wystąpiło zakażenie ropne, i to tak nieznaczne, że do opanowania go wystarczyły małe nacięcia. Powikłań nerkowych S. nie spostrzegał. Natomiast Borchard (Poznań) widział po balsamie dość ciężkie zapalenie nerek; być może, że było ono zależne od jakości balsamu, który często bywa zafałszowany.

Krause (Berlin) stwierdza, że w paru przypadkach, w których rozpoznano **nowotwór rdzenia** kręgowego, nowotworu nie znalazł, a tylko na miejscu, odpowiadającem przypuszczanemu nowotworowi, napięcie opony twardej wskutek silnego napełnienia płynem mózgowo-rdzeniowym przestrzeni podoponowej w jednem ograniczonem miejscu. Obraz taki jest skutkiem surowiczego zapalenia opon ze sklejeniem pajęczynówki z twardówką w postaci torby, napełnionej płynem. Leczenie: rozległe usunięcie łuków kręgowych i wypuszczenie płynu.

Wieczorem d. 5. IV. przedstawiano obrazy świetlne na ekranie. Bardenheuer i König przedstawiali **obrazy rentgenowskie złamań uda** i wyniki lecznicze — pierwszy metodą wyciągową, drugi — operacyjną. Szczególne zaciekawienie wzbudziły **obrazy rentgenowskie z dziedziny chorób płuc** (z oddziału Lenharza w Hamburgu) **i chorób żołądka** (z oddziału Kümmella w Hamburgu). I w jednym i w drugim przypadku zdjęcia zrobiono u chorego siedzącego. Co do płuc, rentgenografia już obecnie daje wyniki dodatnie w rozpoznawaniu i oznaczeniu siedziby ropni płuc i ognisk zgorzeli. I jedne i drugie na fotografii przedstawiają się w postaci wyraźnych ciemnych plam, na których w dolnej części widać pas jeszcze ciemniejszy o górnej granicy poziomej, o ile jama zawiera ropę. Po operacyi plama znika zupełnie. Jeżeli w sąsiedztwie lub w innem miejscu plama pozostaje, to można twierdzić, że wyleczenie jest niezupełne i istnieje jeszcze inne ognisko. Ponowne operacye nieraz to stwierdzały.

W chorobach żołądka i jelit można zapomocą rentgenografii po podaniu zawiesiny bizmutowej stwierdzić jej posuwanie się w przewodzie pokarmowym. Obecnie już można wyprowadzać pewne wnioski. N. p. okazuje się, że żołądek człowieka żywego znacznie częściej w warunkach prawidłowych leży prawie pionowo i opuszcza się niżej, niż to się powszechnie przyjmuje. Następnie ważne wskazówki rozpoznawcze daje czas, potrzebny na to, by zawiesina przeszła przez pewne stałe miejsce przewodu, dalej ilość, w jakiej się posuwa (szeroka czarna smuga lub wązki pasek cienia), wreszcie czas, po jakim zawiesinę jeszcze stwierdzić można i ilość i czas, w jakich zalega. Te dane służą do rozpoznawania przeszkód (zwężeń) i sprawności ruchowej przewodu pokarmowego.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie z dnia 28. czerwca 1907.

I) Prym. Pisek omówił przypadek **bezmoczu mechanicznego wraz z równoczesnym bezmoczem zwrotnym.** Jednostronna kamica, powstrzymując odpływ moczu z nerki chorej, stała się przyczyną, że na drodze odruchowej i druga nerka przestała być czynną. Stan ten utrzymywał się przez szereg dni i skończył się wreszcie pomyślnie. — W dyskusyi przemawiał prof. Gluziński, powątpiewając, ażeby »odruch« mógł trwać przez czas tak długi i przypuszczając, że i druga nerka musiała być schorzałą, zaczem przemawiałyby i inne szczegóły z historyi choroby. Zabierali nadto głos: dr Obtułowicz, Ruff, prelegent.

II) Prof. Raczyński mówił **o wynikach leczenia nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych zapomocą surowicy Jochmana,** dochodząc do wniosku, że, jak się zdaje, surowicy tej, na podstawie dotychczasowego doświadczenia, nie można przypisywać znaczenia leczniczego. — W dyskusyi przemawiali: dr Czarnik, prof. Kučera, dr Obtułowicz i prelegent.

III) Przewodniczący odczytał pismo z prezydyum **Zjazdu neurologów i psychiatrów w Amsterdamie,** uznające, na skutek interwencyi prof. Halbana, słuszne prawa narodowości polskiej i polecające prof. Halbanowi utworzenie komitetu polskiego. Prof. Halban wyraża nadzieję, że wobec tego zgłosi się pod jego adresem pokaźna liczba kolegów do udziału w tym kongresie, który odbędzie się w pierwszych dniach września b. r.

Witold Ziembicki.

Kilka słów w sprawie stosunków szpitalnych w Krakowie.

Podał prym. Dr. Antoni Krokiewicz.

(Dokończenie.)

Nie mniej niekorzystnie przedstawiają się na oddziale stosunki co do opieki lekarskiej. Jak już wspomniałem, oddział w warunkach zwykłych rozporządza 107 łóżkami (49 dla mężczyzn, a 58 dla kobiet); często jednak, z powodu przepełnienia, chorzy pomieszczeni bywają prowizorycznie na ziemi na siennikach, zanim jakie łóżko się opróżni. Ruch chorych dorocznie wynosi około 1900. Opieka lekarska nad chorymi poruczoną jest prymaryuszowi, 2 sekundaryuszom i 1—2 praktykantom. Prymaryusz jest za wszystko na oddziale odpowiedzialny i ma zbadać w myśl instrukcyi każdego chorego, sekundaryusze i praktykanci mają chorych odpowiednio do badania dla prymaryusza przygotować. Jeśli na jednym oddziale znajduje się tylko 50 chorych, to przeznaczając dla zbadania każdego chorego zaledwie 3 minuty, potrzeba dziennie 150 minut, t. j. 2 godziny 30 m. Przy znacznej wprawie i przy odpowiedniem przygotowaniu — mogą te 3 minuty wystarczyć dla zbadania chorego, już znanego; do zbadania chorego nowego, świeżo przyjętego i nieznanego, potrzeba przynajmniej 10—15 minut. Jeśli nieraz wydarza się, iż po 10 chorych

nowych zostaje przyjętych w jednym dniu na oddział, to aż nadto jest widocznem, iż dotychczasowa ilość lekarzy jest bardzo niewystarczającą i nie może odpowiednio sprostać swemu zadaniu pomimo najszczerszej chęci i woli. Wprawdzie przy bardzo wielkiej wprawie i przy bardzo wytężającej wspólnej pracy lekarzy oddziałowych poniekąd to się udać może, atoli praca ta nie może być ciągle równomierną, musi się ona wyczerpywać wśród ogólnych niekorzystnych warunków higienicznych na oddziale. Dodajmy do tego, iż w celu dokładnego rozpoznania choroby, lekarze częstokroć muszą podejmować różne ścisłe badania kliniczne, mikroskopowe, chemiczne, bakteryologiczne, biologiczne i t. d. — wydzielin i wydalin patologicznych, tudzież cieczy fizyologicznych, a łatwo staje się zrozumiałem, iż braknie czasu na ścisłe spostrzeganie kliniczne chorych. Na każdej z obu części oddziału oprócz prymaryusza powinno być stale przydzielonych po 2 sekundaryuszy i 1 lekarzu-praktykującym, aby należycie zapewnić opiekę lekarską chorym.

Bardzo wiele czasu muszą poświęcać lekarze na załatwienie czynności administracyjnych i musimy podnieść z naciskiem, iż od pewnego czasu istnieje dążność robienia z lekarzy biurokratów szpitalnych. Wiele czynności administracyjnych, które lekarze szpitalni wykonują, powinni załatwiać urzędnicy manipulacyjni. Przecież zadaniem lekarzy szpitalnych jest leczenie chorych, a nie sporządzanie wykazów statystycznych miesięcznych, rocznych, pisanie relew i t. d. Wszak i tak relewy i wszelkie raporty są codziennie sprawdzane przez szpitalnych urzędników manipulacyjnych i częstokroć przez nich poprawiane i zwracane do uzupełnienia lekarzowi. Jeśli przeto urzędnik manipulacyjny szpitala ma czas sprawdzać te wykazy, dlaczego on sam nie wykonuje tych czynności? Bardzo przykrem i poniżającem godność lekarza jest też to, że urzędnik manipulacyjny ma prawo poprawiać i kreślić mu wykazy statystyczne. Lekarz oddziałowy powinien utrzymywać ewidencyę chorych w księgach oddziałowych, wydawać świadectwa zejścia śmiertelnego i pobytu w szpitalu; od innych czynności powinien być uwolniony; wówczas zyskałby więcej czasu i mógłby się dokładniej oddać zajęciom ściśle zawodowym lekarskim. A pamiętajmy, że szpital krajowy ma za zadanie kształcić młodych lekarzy na dobrych lekarzy praktycznych, aby krajowi przysporzyć dzielnych lekarzy praktyków, a nie dzielnych pisarzy manipulacyjnych.

W dniu, w którym jeden z lekarzy oddziału pełnić musi dyżur na szpitalnej sali przyjęcia, pomoc tego lekarza na oddziale odpada; nie zdoła on bowiem pełnić równocześnie obowiązków lekarza dyżurnego i oddziałowego. To też konieczną jest rzeczą, aby lekarze oddziałowi byli zupełnie wolni od pełnienia t. zw. służby inspekcyjnej na sali przyjęcia, a przeznaczeni byli do tej czynności osobni »lekarze inspekcyjni«. Trzech takich lekarzy, przeznaczonych tylko do pełnienia czynności na sali przyjęcia, wystarczyłoby zupełnie na szpital, przyczem dyżur należałoby podzielić na dzienny i nocny. Lekarzami inspekcyjnymi powinni być już lekarze wytrawniejsi, aby mogli należycie ocenić, czy chorzy zgłaszający się kwalifikują się do przyjęcia i leczenia szpitalnego, czy też nie, przyczem powinni udzielać w danym przypadku pomocy lekarskiej ambulatoryjnej, przez co uniknęłoby się nieraz znacznego przepełnienia oddziału chorymi. Dziś bowiem, wobec niedawnego rozporządzenia Wydziału krajowego, ambulatoryum w szpitalu zniesione, a pomoc lekarska z wyjątkiem przypadków nagłych, może być udzielona choremu tylko po przyjęciu na oddział.

Wykonanie poleceń lekarzy należy do Sióstr Miłosierdzia. Nie da się zaprzeczyć, iż Siostry Miłosierdzia są bardzo pożądane, jeśli potrafią się stosować do potrzeb oddziału. Nie zawsze jednak tak się dzieje. Czasem Siostra Miłosierdzia pomimo najszczerszej chęci nie potrafi sprostać trudnym obowiązkom, a mimo to pozostaje na oddziale; lub też znowu wydarza się, iż Siostra Miłosierdzia, wykształciwszy się na dzielną siłę pomocniczą dla lekarzy, z wyższego polecenia i to bez porozumienia się z prymaryuszem zostaje przeniesioną na inny posterunek. Że usunięcie takiej wyszkolonej Siostry jest bardzo szkodliwe dla chorych i utrudnia w wysokim stopniu działalność lekarzy, łatwo pojąć. Dlatego też należy dążyć, aby nie było wolno usuwać Siostry Miłosierdzia z oddziału, jeśli na to się nie zgodzi lekarz ordynujący.

Siostrom Miłosierdzia podlega służba szpitalna, bardzo licho płatna i bardzo nieliczna. Służba ta rekrutuje się z klas niewykształconych, przeważnie z ludu. Nic też dziwnego, że nie może odpowiadać nawet w przybliżeniu swemu przeznaczeniu. Przyjmowanie i oddalanie służby należy wyłącznie do Siostry Przełożonej Zgromadzenia, co jest także niewłaściwe z wielu względów.

Żywienie chorych pozostawia wiele do życzenia. Artykuły spożywcze mają być w dobrym gatunku i zdrowe; jednak sposób przyrządzania potraw jest niesmaczny, co pochodzi stąd, iż gotowanie dla chorych, umieszczonych na III. klasie, odbywa się zapomocą pary, przez co mięso staje się obślizłe i niesmaczne z powodu przeniknięcia zjełczałymi kwasami tłuszczowymi; wpływa to ujemnie na apetyt chorych i trawienie. Widelce, noże, ręczniki do obcierania ust dla chorych na trzeciej klasie nie istnieją w szpitalu, gdyż zastąpić je mogą — zdaniem władz przełożonych — doskonale palce od rąk i jedno prześcieradło wspólne!

Tak się pokrótce przedstawiają ujemne strony na oddziale I. B. Braki są wielkie — i to w kierunku różnorodnym; tylko zwolna, systematycznie, przy znanej energii i dobrej chęci obecnego inspektora szpitali, według ściśle z góry obmyślonego planu, dadzą się one usunąć. W celu sprowadzenia stosunków na oddziale I. B. na prawidłowe tory, należy zdanie mojem j a k n a j r y c h l e j:

I. a) Zaprowadzić odpowiednią wentylacyę na poszczególnych salach; b) urządzić odpowiednie wychodki z klozetami i ogrzewać je w czasie zimy; c) urządzić łazienkę na każdym oddziale; d) zaprowadzić należyte oświetlenie sal, gazowe albo elektryczne; e) zarządzić corocznie gruntowne oczyszczenie ścian, sufitów, lakierowanie podłóg na salach i korytarzach.

A następnie:

II. f) zaopatrzyć sale w odpowiednie klozety, łóżka z materacami i z odpowiedniemi tabliczkami nadgłównemi, zastąpić podłogi miękkie posadzkami z twardego drzewa, sprawić do separatki I. klasy na oddziale kobiet drzwi tapicerowane; g) urządzić wspólną jadalnię na korytarzu dla chorych ozdrowieńców; h) urządzić leżalnie w miejscu słonecznem dla chorych i nie dozwalać w przyszłości na bliskie zabudowywanie miejsc w pobliżu pawilonów; i) przeznaczyć 2 pokoje na kancelaryę oddziałową, z których jeden ma służyć do załatwiania czynności administracyjnych ze stronami, a drugi do celów naukowych. Pokój, przeznaczony do celów naukowych, należy zaopatrzyć w odpowiednie przyrządy, niezbędne dla wykonywania badań klinicznych (termostat, mikroskop, przyrządy do badania krwi, moczu i t. d.); j) zapewnić opiekę lekarską przez pomnożenie lekarzy oddziałowych (po 2 sekundaryuszy i 2 praktykantów na każdej z obu części oddziału); zwolnić lekarzy oddziałowych od wykonywania czynności czysto biurowych, jak sporządzanie raportów miesięcznych i rocznych, pisania relew i t. d.; zaprowadzić stałych »lekarzy dyżurnych szpitalnych«; k) uregulować stosunek Sióstr Miłosierdzia; l) zorganizować odpowiednio służbę szpitalną; m) znieść gotowanie na parze dla chorych na trzeciej klasie pomieszczonych, aby nie odstręczać od szpitala inteligentnych ludzi niezamożnych, przez podawanie potraw niesmacznie przyrządzonych, a chorym dostarczyć widelców, noży, a do obcierania ust ręczników.

Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1903, oraz 1901/2.

Streścił **prof. dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy, por. Nr 25.)

W roku 1903 podaje Rada zdrowia spis tych powiatów, w których nie zbudowano, ani nie przebudowano ż a d n e j szkoły. Było ich aż 37! Najczarniejszą i najsmutniejszą tej listy częścią są te powiaty, w których nie było żadnego pod tym względem postępu także i w r. 1902: Dobromil, Horodenka, Kolbuszowa, Limanowa, Mielec, Mościska, Nowy Targ, Rohatyn, Ropczyce, Rzeszów, Sanok, Skałat, Zbaraż, Zborów, Złoczów, Żółkiew (razem 16!), chociaż wśród nich są właśnie i te, gdzie stan budynków szkolnych jest najgorszy.

Nie wszystkie b u d y n k i s z k ó ł p r y w a t n y c h, w szczególności pensyonaty żeńskie, są odpowiednie; a ponieważ usterki istnieją nawet w szkołach prywatnych z prawem publiczności, przeto słusznie domaga się Rada zdrowia (1901/2), by przed udzieleniem tego prawa badano, o ile szkoła odpowiada wymogom higieny. Szkół takich poważna jest w kraju liczba, bo w r. 1903/4 było ich 234 (nie podano liczby uczniów), a z tych 54 klasztornych, 143 wyznaniowych (47 z fundacyi bar. Hirscha). Pomieszczenie szkół tych jest jednak wogóle o wiele lepsze, niż publicznych. Ciekawym (szczególnie wobec rozmaitych zdań, krążących wśród ogółu) jest fakt, że »najlepiej jeszcze odpowia-

dają wymaganiom higieny zakłady wychowawcze klasztorne« (1901/2). W innych internatach żeńskich sypiają pensyonarki nieraz w izbach szkolnych, mało gdzie są poprawne ławki, szatnie, nigdzie niemal niema ogrodu do przechadzki w czasie przerw. Wyjątek stanowi wzorowy internat żeński w Przemyślu dla 150 dziewcząt — Rusinek.

Chajdery są i pozostaną długo jeszcze zaprzeczeniem wszelkich zasad higieny dlatego, że przyjmują dzieci zbyt wcześnie, już od czwartego r. ż., że utrzymywane przez bardzo ubogich ludzi w izbach mieszkalnych muszą być ciasne i brudne, (wyjątek stanowią podobno co do czystości chajdery krakowskie), a wszelkie zarządzenia władz rozbijają się o wybiegi właścicieli, zmieniających często mieszkania, i o ich ubóstwo, nie obawiające się żadnych grzywien.

Szkoły średnie pomieszczone są jeszcze w części źle; jest to winą rządu, tem większą, że właśnie szkoły rządowe powinnyby chyba być pod względem higienicznym wzorem. W roku 1901/2 opisuje Rada zdrowia gimnazya w Brzeżanach i w Złoczowie, któreby, sądząc z opisu, władza sanitarna zamknąć musiała, gdyby nie były.. rządowe. W Podgórzu gimnazyum mieściło się »w lichych lokalach w domach prywatnych«. W 3 latach, objętych sprawozdaniami, powstawało 5 nowych budynków dla średnich szkół rządowych. Ale widocznie i tu poprawa jest zbyt powolna, jeżeli pomimo usterek, wytkniętych przez Radę zdrowia w r. 1902, mieściło się, jak skądinąd wiadomo, n. p. gimnazyum brzeżańskie jeszcze w r. z. w najfatalniejszych warunkach. Zresztą nawet w szkołach, posiadających dobre budynki, warunki higieniczne pogarszały się bardzo przez przepełnienie. W roku 1903/4 przyjęto do szkół średnich 29.262 uczniów, o 1914 więcej, niż w roku poprzednim, a sam ten przyrost wystarczyłby na zapełnienie prawie pięciu nowych szkół. W gimnazyach zamiast średniej liczby 400 uczniów, przypadało w r. 1903—654! W braku nowych szkół musiano tworzyć w starych klasy równorzędne, mieszcząc je oczywiście w nieodpowiednich salach wynajętych.

Na polu fizycznego wychowania młodzieży szkolnej rozpoczął się u nas, jak wiadomo, od lat kilku na szczęście żywy ruch, który, jak widać ze sprawozdań Rady zdrowia, ciągle potężnieje. Mimoto bardzo a bardzo jeszcze daleko do tego, jak być powinno. Systematycznie udzielano gimnastyki zarówno w r. 1901/2, jak w 1902/3 tylko w 7·2 prc. wszystkich szkół ludowych (297: 4106 i 302: 4179). Wielu szkołom brak zresztą sal i boisk. Lepiej zdaje się stać sprawa gier gimnastycznych i zabaw ruchowych, zwłaszcza w miastach stołecznych. Trudno tylko zrozumieć, dlaczego wychowanie fizyczne młodzieży żeńskiej traktowane jest po macoszemu (w szkołach męskich jest np. gimnastyka obowiązkową, w żeńskich nadobowiązkową). W szkołach średnich stopniowo wprowadza się obowiązkową naukę gimnastyki; w 10 z nich ustanowiono stałych nauczycieli, z których 7 jest doktorami medycyny.

O stanie zdrowia młodzieży szkolnej i pieczy w tym kierunku podać mogła Rada zdrowia niestety zbyt mało wiadomości, bo w kraju nie mamy jeszcze lekarzy szkolnych, a tylko lekarze urzędowi zajmują się młodzieżą szkolną głównie ze względu na zwalczanie jaglicy i świerzbu (szczególnie częstych w Galicyi wschodniej). Niewiadomo nawet, ile dzieci w poszczególnych okręgach szkolnych uwolniono stale od nauki z powodu chorób lub ułomności, bo Rada szkolna krajowa nie podaje odpowiedniej statystyki, choć jej to Rada zdrowia w swych sprawozdaniach słusznie z roku na rok wytyka. Tylko z powiatu myślenickiego podaje Rada zdrowia za r. 1902 dane, zebrane przez lekarza urzędowego (z 12.939 dzieci, do nauki obowiązanych, pobierało ją 82·8 prc., uwolniono z powodu ułomności 6·5 prc., nie pobierało nauki 10·1 prc.). Tylko zaś o Lwowie dowiadujemy się, że lekarze miejscy (8) zbadali w r. 1903 stan zdrowia 13.615 dzieci. Chorowitych dzieci było tam najwięcej w klasach niższych (zołzy u 994, słuch przytępiony u 315), prócz skrzywień kręgosłupa (277), przeważających znów w klasach wyższych. Lwów ma także okulistę miejskiego, przez którego zebrane ciekawe dane o wzroku 9984 uczniów podaje Sprawozdanie z r. 1901/2. Godziłoby się, aby w tych względach inne większe miasta, przedewszystkiem Kraków, poszły nareszcie za dobrym przykładem Lwowa. — Nadmienić tu należy w końcu o przytoczonych w Sprawozdaniu za r. 1901/2 przerażających poprostu danych o szerzeniu się wśród młodzieży szkół średnich chorób wenerycznych. W samej tylko poliklinice lwowskiej stanowili uczniowie tych szkół 18·8 prc. chorych wenerycznych. A przecież niewątpliwie znaczniejsza część młodzieży szkolnej leczy się na choroby weneryczne albo prywatnie, lub z różnych powodów (wstyd, obawa wykrycia, lekkomyślność, nieświadomość) nic leczy się wcale. Rada zdrowia zwołała w tej sprawie w r. 1902 rodzaj ankiety, na której podano na użytek Rady szkolnej szereg środków zaradczych. Niestety zdaje się, że z tych środków nie zastosowano ani jednego (lekarze szkolni, nadzór, nacisk na zabawy ruchowe i t. d.). Dodajmy, że w Krakowie zajęło się tą sprawą przed paru laty Towarzystwo lekarskie; skończyło się jednak i tu na bardzo zresztą ciekawej debacie, poczem rzecz ucichła. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galic. ogłasza: L. 178/1907. »Komisya specyalności aptekarskich« aptekarzy austro-węgierskich w Wiedniu prosi Izbę lekarską, by zwróciła uwagę Panów Lekarzy na to, iż aptekarze często bywają karani, gdy z przepisu lekarza dostarczają stronom zakazanych specyalności aptekarskich, ministerstwo bowiem (rozp. c. k. Min. z d. 29. III. 1907 l. 6037) wychodzi ze założenia, iż aptekarzom winno to być wzbronionem, nawet wtenczas, gdy lekarz środki takie przepisuje. Dla omijania przykrego położenia, w jakiem się aptekarze znajdują już to wobec władzy, gdy stosują się do przepisu lekarza, jakoteż wobec strony, gdy tego nie uczynią, poleca się, by Panowie Koledzy ściśle pod tym względem stosowali się do rozporządzenia ministeryalnego o zakazanych specyalnościach aptekarskich i starannie unikali przepisywania tychże, tem bardziej, że sami mogą się narazić na dochodzenie karne z powodu pośredniego nakłaniania do czynu karygodnego. Spis takich zakazanych specyalności umieszczony jest w cenniku leków.

Prof. dr Wicherkiewicz, prezydent Izby zach.-gal.

Z Towarzystwa higienicznego we Lwowie. D. 24. VI. b. r. odbyło się Walne Zgromadzenie Towarzystwa pod przewodnictwem prezesa dra Obtułowicza. Zgromadzenie to zostało zainaugurowane wykładem sekretarza Towarzystwa, prof. dra Panka: »O schorzeniach młodzieży szkolnej«. Przewodniczący poświęcił następnie wyrazy czci i hołdu wielkim, a na polu higieny bardzo zasłużonym mężom, ś. p. prezydentowi Michałowi Michalskiemu, który był długoletnim członkiem Towarzystwa i znakomitemu lekarzowi obywatelowi ś. p. profesorowi Henrykowi Jordanowi. Również uczcił pamięć zmarłego członka Wydziału dra Stankiewicza, który przez prace naukowe zdobył sobie zaszczytne uznanie. — Przyjęto dalej sprawozdanie z czynności Wydziału w r. 1906, podnoszące coraz żywszy ruch w łonie Towarzystwa, które obecnie przystępuje do zawiązywania oddziałów prowincyonalnych na zasadzie statutu, opracowanego przez prof. Szpilmana. Na zaproszenie prezesa Towarzystwa objawiło wielu lekarzy powiatowych gotowość zajęcia się tą sprawą. Towarzystwo weszło w ścisłe stosunki z Towarzystwem ochrony młodzieży, które przyjęło za swój organ również »Przegląd higieniczny«, popierając go osobną subwencyą. Utworzona w Towarzystwie sekcya higieny szkolnej zajęła się sprawą rewizyi podręczników szkolnych. Towarzystwo liczyło w r. z. 209 członków, odbyło 5 posiedzeń naukowych, na których wygłosili odczyty drowie: Piasecki, Pisek, Gizelt, Zgórski i Wajgiel. Na Zjazdy naukowe wysyła Towarzystwo delegatów. — Następnie skarbnik dr Zgórski odczytał sprawozdanie kasowe, (dochód 3333 K., w tem subwencye m. Lwowa, Sejmu i Rządu na wydawnictwa 1100 K., rozchód 2133 K.), a redaktor »Przeglądu higienicznego«, prof. dr Grabowski, skreślił ideę przewodnią przy redagowaniu »Przeglądu higienicznego«, który w r. 1907 rozchodzi się w 500 egzemplarzach i budzi wielkie zajęcie i zainteresowanie. Redakcyę obejmie obecnie doc. dr Panek. Po ożywionej dyskusyi w sprawie tego wydawnictwa przystąpiono do uzupełnienia Wydziału Towarzystwa, w skład którego wchodzą przedstawiciele różnych warstw społecznych, interesujących się rozwojem spraw zdrowotnych w naszym kraju. Prezydyum Wydziału stanowią wybrani w r. z. na lat 3: przewodniczący dr Obtułowicz, zastępcy dr Mikołajski i dr Zgórski, sekretarz prof. dr Panek — a świeżo zostali wybrani do Wydziału: panna Cserszykowna, inspektor szkolny Bruchnalski, dr Hojnacki, dr Wajgiel, dr Hołobut, prof. dr Gizelt i Wiśniewski. — W końcu Walne Zebranie Towarzystwa uchwaliło datkiem 50 K. przyczynić się do kosztów fundacyi pomnika M. Nenckiego. *Dr Obtułowicz.*

Wezwanie do organizacyi, skierowane do wszystkich lekarzy w Austryi, ogłosił Państwowy Związek organiz. lek. austr. W odezwie tej podnosi Związek, że zarówno znaczenie, jak i stosunki materyalne stanu lekarskiego coraz więcej się pogarszają. Przyczyną tego jest zmiana podstaw bytu lekarzy. Tylko mniejszość lekarzy utrzymuje się z praktyki prywatnej; większość ma posady lekarzy gminnych, okręgowych, szpitalnych, Kas chorych i t. d. Wynagrodzenie lekarzy zarówno w praktyce prywatnej, jak i na takich posadach jest niewystarczające i nie odpowiada wykonywanej przez lekarzy pracy. Prawodawstwo społeczne, stworzone bez udziału lekarzy, niema dla nich dostatecznych względów i zrządza im olbrzymie szkody. — Wszelako główną winę ponoszą samiż lekarze. O każdą, nawet najgorzej płatną posadę dobija się mnóstwo kandydatów, przyjmując ją bez względu na warunki. W tym względzie musi nastąpić zmiana; podaż pracy lekarskiej musi być uregulowana. Należy przyjąć za zasadę, że żaden lekarz nie przyjmie stanowiska, niedostatecznie opłacanego, że wynagrodzenie musi odpowiadać pracy i że nie mogą nadal istnieć, a tem mniej powstawać stanowiska lekarskie, nie zapewniające lekarzowi utrzymania. — By wywalczyć uznanie tych zasad, jest jednostka za słabą. Dziś tylko te zawody uzyskują to, co im się należy, które przez solidarność potrafią swym żądaniom nadać dostateczny nacisk. Podstawą zaś każdej organizacyi jest podporządkowanie się jednostki pod potrzeby ogółu. Zamiast umów jednostkowych muszą być wprowadzone umowy zbiorowe. To da się wykonać wówczas, jeśli każdy z lekarzy zrzeknie się w pewnych warunkach osobistego zawierania umowy, przelewając to prawo zapomocą podpisanego przez siebie zobowiązania na wybraną przez ogół »komisyę dla umów«. Jej rzeczą będzie wywalczać na przyszłość umowy, korzystniejsze od dziś istniejących przy każdej zmianie lub zawarciu nowej umowy. Natomiast obecne, trwające jeszcze umowy nie mogą być naruszone. — Aby jednak działać skutecznie, musi każda organizacya rozporządzać dostatecznymi funduszami, zarówno dla propagandy, jak i dla odszkodowania tych kolegów, którzy przez walkę w interesie zawodowym ponieśli straty. Dlatego roczna wkładka musi wynosić najmniej 24 K. Ta wkładka, komisya dla umów i podpisywane przez lekarzy zobowiązanie są fundamentem organizacyi. Na tych zasadach powstał w Niemczech »Związek lipski«, obejmujący 18.000 lekarzy, którzy w ciągu lat 6 zdołał zwiększyć dochody lekarzy Kas chorych o 8 milionów marek rocznie. Na tychże zasadach wytworzyła się organizacya lekarzy niemieckich w Czechach, licząca 750 członków, a tworzą się organizacye na Morawach, Śląsku, w Krainie i w Galicyi, wreszcie w Austryi Dolnej. Należy zmierzać we wszystkich bez wyjątku prowincyach Austryi do wytworzenia organizacyi, oczywiście opartych na jednolitych zasadach i powszechnych, co jest koniecznym warunkiem ich skuteczności. Siła organizacyi leży także w tem, że pod żadnym warunkiem nie pójdzie ona w służbę żadnego stronnictwa politycznego. Wstęp do organizacyi mają wszyscy lekarze, organizacya musi strzedz interesów wszystkich lekarzy zarówno. Organizacya uczy przytem rozumieć warunki bytu w zawodzie lekarskim i przez to przyczynia się niepomiernie do pokojowego złagodzenia przeciwieństw wśród samychże lekarzy; to też ona jedna może wychować pokolenie lekarzy, myślące społecznie. — Odezwa kończy się gorącym apelem, by nikt z lekarzy od organizacyi się nie usuwał, wstępując do niej bez względu na swe zapatrywania polityczne, bo tylko jednością mogą lekarze być silni. *R.*

Związek lipski lekarzy niemieckich wzrósł w r. z. o 1105 członków i liczy ich obecnie 19.828. Pośrednictwo w obejmowaniu posad lekarskich rozwinęło się w Związku nadzwyczajnie: zgłoszeń było 4056, objęto posad za pośrednictwem Związku 3374. Potęga Związku sprawiła, że Kasy chorych unikają obecnie walk z lekarzami, przenosząc nad nie załatwienie polubowne. Zarządy kolejowe ulegają coraz częściej żądaniu wolnego wyboru lekarzy; Związek osiągnął ustępstwa także dla lekarzy szpitalnych. Najoporniejsze są gwarectwa; i tu jednak można spodziewać się zwycięstwa, bo z 1400 lekarzy gwarectw westfalskich tylko 413 oświadczyło się przeciw wprowadzeniu wolnego wyboru lekarzy drogą ustawy, a na Śląsku 70 prc. lekarzy gwarectw oświadczyło, że nawet pomimo »polskiego niebezpieczeństwa« (?!), da się tam wprowadzić wolny wybór. Na Walnem Zebraniu Związku w Münster 20. VI. b. r. uznano jednak, że w sprawach zawodowych ustają różnice narodowe i nie wolno do nich mieszać polityki. (»Münch. med. Wochs.« 26). *R.*

Lekarze-posłowie do austryackiej Rady państwa (jest ich 8, w tem 3 Polaków) zgłosili 28. VI. b. r. wniosek o wydanie ustawy lekarskiej (Aerzteordnung) według uchwał linckiego Wiecu Izb lek. z r. 1904. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 23. do 29. VI. 1907 doniesiono o 39 nowych przypadkach duru plamistego w 15 gminach, a mianowicie w pow. Jaworów (Sarny 3, Morańce 2), Kosów (Słobódka 1, Pistyń 1, Kuty 1), Lisko (Smolnik ad Lutowiska 1), Mościska (Wola małnowska 1), Nadwórna (Pasieczna 3), Rawa (Rzyczki 1, Szczerzec 8, Kamienna góra 5), Stryj (Tarnawka 1, Ławoczne 6, Podhorce 2), Zborów (Jarczowce 3); o 6 przypadkach ospy w 2 gminach, a mianowicie w m. Krakowie 1, pow. Kałusz (Jasień 5); o 3 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 3 gminach, a mianowicie pow. Stryj (Stryj 1), Żółkiew (Batiatycze 1), Gorlice (Gorlice 1). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 23. do 29. VI. 1907 przypadków: odry 1, płonicy 5 † 1, krztuśca 1, błonicy 3. *W.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 23. do 29. VI. 1907 urodziło się dzieci żywo 40, nieżywo 5; zmarło osób 58 (w tem obcych 22), z nich z gruźlicy 11 (3), zapalenia płuc 6 (2), płonicy 1, krztuśca —, duru brzusznego 1 (1). *R.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 23. do 29. VI. 1907 przypadków: błonicy 3, krztuśca 1 † 1, płonicy 6, odry 2 (1), duru brzusznego 2, gorączki połogowej 1 † 2 (w tem obcych 1 † 1). *L.*

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Program ogólny Zjazdu:

21. lipca o godzinie 9 wieczór zebranie w salach hotelu Georgea.

22. lipca. O godz. 8 rano uroczyste nabożeństwo w Katedrze. O godz. 9 rano pierwsze posiedzenie ogólne w teatrze miejskim, po jego ukończeniu wprowadzenie członków Zjazdu na Wystawę. Obiad na placu wystawowym. O godz. 3 popołudniu rozdanie nagród wystawcom. Od godz. 5 pop. posiedzenia sekcyi. Wieczorem festyn na Wystawie.

23. lipca. Od godz. 9 rano posiedzenia sekcyi. O 12 w poł. odsłonięcie pomnika ś. p. Marcelego Nenckiego w Zakładzie chemii lekarskiej (Piekarska 52). Popołudniu wycieczki do Dublan, Pustomyt, Lubienia i Woli Dobrostańskiej.

24. lipca. Od godz. 9 rano i 3 popoł. posiedzenia sekcyi. O $6^{1}/_{2}$ wieczór zapasy drużyn Towarzystwa zabaw ruchowych na boisku obok Wystawy. O 9 wieczór raut, urządzony przez Reprezentacyę m. Lwowa.

25. lipca. Od godz. 9 rano posiedzenia sekcyi. O godz. 3 pop. drugie posiedzenie ogólne i zamknięcie Zjazdu.

Zgłoszono w dalszym ciągu następujące wykłady:

X. Sekcya fizyologiczna (c. d.). Z Zakładu farmakologicznego Uniwers. we Lwowie: 22. Czubalski Fr.: O wpływie ekstraktu kiszkowego na krzepliwość krwi. 23—25. Mazurkiewicz W.: Części stałe soku trzustkowego i teorya czynności tego gruczołu. — Przyczynek do fizyologii i farmakologii gruczołów ślinowych. — O niektórych własnościach fizyologicznych i chemicznych soku trzustkowego. 26—27. Prof. dr A. Gizelt: O wpływie ekstraktu kiszkowego i peptonu White na czynności nerek. — O wpływie alkoholu na czynności trzustki. 28—29. Doc. dr J. Modrakowski: Czynność gruczołu trzustkowego pod wpływem atropiny. — O antagonizmie pomiędzy atropiną i fizostigminą. 30—35. Prof. dr L. Popielski: Przyczynek do fizyologii ganglion stellatum. — Mechanizm działania adrenaliny, chlorku barowego i peptonu White. — O wpływie peptonów na izolowane serce zwierząt ssących. — Czynność trzustki pod wpływem kwasu solnego i sekretyny. — O własnościach chemicznych i fizyologicznych ekstraktu kiszkowego (sekretyny). — Czynność gruczołu trzustkowego pod wpływem sekretyny, peptonów, atropiny i ekstraktu z pijawek.

XII. Sekcya medycyny wewnętrznej (c. d.): 33. Moraczewski (Lwów): O zależności wydzielenia kwasu solnego od zawartości chlorków w pożywieniu (z kliniki lekarskiej). 34. Turzański (Jarosław): Migrena oczna. 35. Dłuski (Zakopane): O stosowaniu tuberkuliny w gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego. 36. Heryng (Warszawa): O nowej metodzie wyjaławiania i homogenizacyi mleka. 37. Jaworski (Kraków): Działania radu na bakterye (z demonstr.). 38. Jaworski i Łapiński (Kraków): O badaniu fizycznem wyrostka robaczkowego.

XVII. Sekcya chorób nerwowych i umysłowych. Gospodarz: Prof. dr Henryk Halban (Kraszewskiego 5), sekretarz: dr Julian Sołomowicz (Hausnera 9).

Tematy: 1. Wpływ gruczołów na patogenezę układu nerwowego. Referenci: drowie Flatau, Bregman, Wisłocki (Warszawa). 2. Chirurgia nowotworów mózgu i rdzenia. Ref.: drowie Flatau i Biro (Warszawa). 3. Stan opieki nad umysłowo chorymi w Polsce. Ref.: dla Królestwa dr Rychliński, dla Galicyi dyr. Kohlberger. 4. O dzisiejszej ewolucyi pojęć o cierpieniu systemowem układu nerwowego. Ref.: drowie Sterling, Köhlichen. 5. O współczesnych prądach w psychiatryi. Ref.: dr A. Wizel, Łuczycki, M. Bornstein. 6. O znaczeniu psychologii doświadczalnej dla psychiatryi. Ref.: drowie Sterling, Łapiński, Pręgowski.

Wykłady (c. d., por. »Przegląd lekarski« nr 15, str. 199): 8—9. Kopczyński (Warszawa): Porażenie Brown-Séquarda (studyum kliniczne i anatomo-patologiczne). — Symptomatologia wiądu rdzenia w świetle cyfr (analiza kliniczna 150 własnych przypadków wiądu rdzenia). 10—12. Prof. dr Prus: O objawach występujących po podrażnieniu tudzież po przecięciu ciałka powrózkowatego (corpus restiforme). — O usypianiu zapomocą elektryczności sposobem Leduca. — O leczeniu raka skóry zapomocą elektryczności. — Z Zakładu neurologiczno-psychiatrycznego Uniw. Jag. w Krakowie: 13 Dr prof. Pilz: O zaburzeniach czucia przy schorzeniach mózgu, rdzenia i nerwów obwodowych. 14. Dr Rydel: Temat zastrzeżony. 15—16. Dr Rose: Zaburzenia czucia przy padaczce. — O t. zw. embralnych zaburzeniach czucia przy schorzeniach rdzenia. 17. Orłowski: O cierpieniach układowych rdzenia (z demonstr. preparatów). 18. Rychliński: O natręctwie umysłowem. 19. Biro M.: O nowotworach mózgu. 20. Sterling: O zaburzeniach psychicznych przy nowotworach mózgowia. 21. Sołomowicz J.: O rzekomem porażeniu opuszkowem u dzieci (z demonstr.).

Prezes Delegacyi Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich wyznaczył posiedzenia Delegacyi: I. Na 5. VII. b. r. w Krakowie, II. na 21. VII. b. r. we Lwowie (przy udziale Prezydyum Wydziału Gospodarczego). Na porządku dziennym. 1) przygotowanie sprawozdania z czynności Delegacyi i wykonania uchwał IX. Zjazdu; 2) wniosek dra J. Jaworskiego z Warszawy o uzupełnienie Ustawy Zjazdów regulaminem dla komitetów miejscowych, ewentualnie uchwalenie tego regulaminu (według projektu wnioskodawcy) celem przedstawienia X Zjazdowi; 3) wnioski Delegacyi na X Zjazd w sprawie uchwał dawniejszych Zjazdów.

Do Delegacyi należą, wybrani przez IX Zjazd, jako członkowie: prof. dr Ign. Baranowski z Warszawy, prof. dr Kaz. Kostanecki z Krakowa, prof. dr Wł. Natanson z Krakowa, prof. dr M. Smoluchowski ze Lwowa, dr A. Kwaśnicki z Krakowa, R. Dw. dr J. Merunowicz ze Lwowa, dr H. Święcicki z Poznania; jako zastępcy: dr Fr. Chłapowski z Poznania, prof. dr St. Ciechanowski z Krakowa, p. Wład. Leppert z Warszawy, dr K. Rychliński z Warszawy, prof. dr G. Ziembicki ze Lwowa. Prezesem Delegacyi jest R. Dw. dr Józef Merunowicz, sekretarzem prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Posiedzenie Towarzystwa lekar. krakowskiego w d. 3. VI. b. r. zagaił prezes gorącem wspomnieniem o ś. p. profesorze Henryku Hoyerze, którego pamięć uczczono przez powstanie. Z porządku dziennego przedstawiali: 1) prof. Kader, chorych: a) po wycięciu tętniaka w przegubie łokciowym, b) po operacyi stóp płaskich, c) ze zwichnięciem stawu łokciowego i złamaniem śródstawowem (leczenie wyciągowe), d) po podwiązaniu tętnicy biodrowej wspólnej z powodu tętniczaka, dalej e) stół operacyjny przez siebie ulepszony, f) przyrząd ustalający staw biodrowy; 2) dr Schlank wózek pomysłu prof. Kadera do transportu chorych; 3) dr Rydel przypadki: a) choroby Littlea, b) kurczu stałego twarzy, przeznaczone do leczenia operacyjnego na klinice chirurgicznej; 4) dr Steuermark przypadki, leczone promieniami Röntgena (a) rak twarzy, b) neurodermitis circumscripta Br.); 5) dr Godlewski typowy przypadek t. zw. choroby Bantiego; 6) prof. Rosner uciskadło własnego pomysłu do tamowania krwotoku po hebosteotomii; 7) doc. Gliński preparat wgłobienia jelit z wytworzeniem się odbytu nienaturalnego w obrębie wgłobienia. W dyskusyach przemawiali: prof. Browicz, Kader, dr Steuermark, Rydel. Wykład dra Kozłowskiego odłożono na następne posiedzenie.

— Na drugiem zebraniu lekarzy w sprawie polikliniki w d. 20. VI. zdał wybrany poprzednio komitet sprawę z podjętych kroków, poczem uchwalono wnieść do Izby lek. ponownie obszerny memoryał przeciw poliklinice i wybrano dla dalszej akcyi stałą komisyę z 20 członków.

— Własny »Dom klimatyczny« o 24 łóżkach zakłada w Zakopanem krakowskie Stowarzyszenie kupców i młodzieży handlowej, kupując na ten cel dom o 8 pokojach za 22,000 K.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Tadeusz Mayer, rodem z Warszawy.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej uchwalił na posiedzeniu w d. 22. VI. ogłosić pouczenie dla lekarzy, aby nie zapisywali leków zakazanych, wnieść do Prezydyum Sądu wyższego przedstawienie w sprawie lekarzy-znawców, odsuniętych w pewnym sądzie od czynności sądowolekarskich, dalej rozpatrywał sprawę bojkotu jednego z lekarzy przez grono kolegów, wreszcie obradował nad projektem nowego regulaminu Izby.

— Uroczysty obchód ćwierćwiekowej rocznicy istnienia Akademii weterynaryjnej odbedzie się 21. lipca b. r. o godz. 9 rano w gmachu Akademii.

— Przykładem, jak wypełniono w planie Wystawy Zjazdowej zadanie jej dydaktyczne, może być oddział, urządzony pod nazwą »Walka z chorobami zakaźnemi« przez fizyka m. Lwowa dra Legeżyńskiego i prof. dra Kučerę. Zestawiono tu popularnie czynniki przyczynowe (modele bakteryi, ich hodowanie, hodowle, preparaty mikroskopowe i rysunki najważniejszych zarazków), ich działanie (preparaty anatomopatologiczne, tablice statystyczne), sposoby walki (odkażanie, walka z gruźlicą, ospą, błonicą, gorączką połogową), objaśniając całość treściwą, przystępnie napisaną broszurką, mającą zwiedzającemu służyć za przewodnika.

— W ostatnich dniach czerwca odbył się we Lwowie obchód 40-tej rocznicy założenia pierwszego polskiego Towarzystwa gimnastycznego »Sokół«. Obchód ten stał się wielkiem świętem idei ćwiczeń fizycznych, w którem uczestniczyło 4000 Sokołów ze wszystkich ziem polskich. Godzi się przypomnieć, że w rozwoju idei tej zaszczytna rola przypada lekarzom polskim. Pierwszym prezesem »Sokoła« we Lwowie był dr Józef Milleret, a wielkie zasługi około spopularyzowania Sokolstwa położył dr Tadeusz Żuliński.

— Park Jordanowski uchwaliła sekcya finansowa Rady miasta umieścić zgodnie z wnioskiem magistratu na 46-morgowym obszarze gruntów Żelaznej Wody, a natomiast usunąć plac zabaw z parku Kilińskiego. Plan i kosztorys parku Jordanowskiego ma być przygotowany do jesieni. Zarząd parku składać mają delegaci Rady miejskiej, Rady szkolnej okręgowej, referent magistratu, instruktor gimnastyki i delegat fizykatu, którym przydany będzie Komitet doradczy.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Mendel Gittelmacher, rodem z Wołodarki w Rosyi i Roman Zadębowski, rodem z Warszawy.

— Sekcya jarosławska Towarzystwa lek. gal. zwołała na 5. VII. posiedzenie z następującym porządkiem dziennym: 1) Dr Geisler: O jaglicy i jej leczeniu. 2) Przedstawienie chorych. 3) Wnioski wydziału w sprawie układów rocznych.

Zdrojowiska polskie. Do Szczawnicy przybyło osób 609, do Ciechocinka 3,840, do Krynicy po dzień 26. VI. — 2,794, do Rabki po dzień 24. VI. — 1,063.

Warszawa. »Gazeta lek.« (Nr 24) zdaje sprawę z czynności »Komitetu dla badania i leczenia raka«, zawiązanego przed $1\frac{1}{2}$ rokiem z inicyatywy dra J. Jaworskiego. Staraniem komitetu ułożono tablice śmiertelności na raka w Warszawie za lat 20, program prac komitetu, kwestyonaryusz i odezwę w sprawie raka macicy; wydano i rozdano kilka tysięcy egzemplarzy popularnej broszury Rungego »O raku macicy« w przekładzie dra Warszawskiego; dr Jaworski miał wykład publiczny w tejże sprawie; nawiązano stosunki z Tow. opieki nad nieuleczalnie chorymi; ułożono plan podręcznika rozpoznawania raka różnych narządów. Na ostatniem posiedzeniu w dniu 14. VI. b. r. uchwalono dalej popularyzować sprawę, wydać odezwy do lekarzy, akuszerek i publiczności, podjąć badania szczepionek, ofiarowanych przez dra Karwackiego. Do zarządu komitetu zostali wybrani: przewodniczącym dr M. Rejchman, jego zastępcą dr J. Jaworski, sekretarzem dr W. Żurakowski.

— Warszawskie Towarzystwo odontologiczne zjednało sobie w pierwszym roku istnienia 61 członków. Prezesem na rok następny wybrano p. Szellera.

— Towarzystwo opieki nad chorymi pozaszpitalnymi, założone przez hr. Aleksandrowiczównę, dobiegło 25 lat istnienia. Na pamiątkę tej rocznicy złożyli członkowie Towarzystwa fundusz na założenie szpitalika o 10 łóżkach i urządzenie kursów dozorczyń chorych przy utrzymywanem przez Towarzystwo ambulatoryum.

— Warszawska gubernialna Rada dobr. publ. uzyskała gmach pobernardyński w Łowiczu, w którym urządzi szpital dla 30 obłąkanych.

Wilno. Towarzystwo lekarskie popadło w martwotę i zaledwo wlecze swój żywot. Na posiedzenia przychodzi niewielka liczba członków, ponieważ odczyty najczęściej są nieszczególne i niezajmujące. Reakcya, jaka w państwie rosyjskiem zapanowała, dosięgła i Towarzystwo. Prezes otrzymał od gubernatora pismo z żądaniem, aby odtąd język polski nie był dopuszczany na posiedzeniach, aby wykłady, odczyty i rozprawy odbywały się wyłącznie w języku urzędowym. Wskutek tego lekarze Polacy prawie przestali uczęszczać na posiedzenia. Kasa Towarzystwa znajduje się w opłakanym stanie. Protokóły od 2 lat nie wychodzą, ponieważ niema środków na opłacenie drukarni.

— Pogotowie ratunkowe poprawiło swoje finanse, urządzając zabawę ogrodową z loteryą fantową, które przyniosły około 4000 rubli. Publiczność była prawie wyłącznie polska, rosyan było bardzo niewielu, a izraelitów nie było wcale, chociaż Pogotowie przy udzielaniu pomocy nie pyta o wyznanie i narodowość.

— Samobójstwa wśród uczącej się młodzieży, w ostatnich czasach nagle się mnożące, uważać trzeba za wynik represyi w szkołach. Reakcya i ucisk, jakie w Rosyi teraz znów zapanowały, odbiły się na szkole, w której zaczęto gnębić uczniów i uczenice. Wprowadzono znowu egzamina, pomimo że przed dwoma laty samo ministeryum oświaty uznało, iż egzamina są szkodliwe i nie osiągają celu. Egzaminatorowie z niezrozumiałem wprost okrucieństwem reprobują kończących gimnazya uczniów. Tak n. p. w Kownie reprobowano 22 uczniów; podobnie w Wilnie, Dynaburgu i innych miastach. Dzieci są wskutek tego ogromnie zdenerwowane, nie śpią, tracą apetyt i mdleją na egzaminach. W Kazaniu uczeń wypoliczkował podczas egzaminu nauczyciela i rzucił krzesłem na asystenta. Ilość samobójstw wśród uczniów znacznie wzrosła. W Petersburgu dwie uczenice instytutu Smolnego, pragnąc zwrócić uwagę społeczeństwa na stosunki w tym instytucie, postanowiły poświęcić się, i rzuciły się z okna 3-go piętra na bruk. Jedna zabiła się na miejscu, druga pokaleczyła się. To samo zrobiła jedna uczenica w instytucie wileńskim. Prawie ze wszystkich większych miast donoszą o mnogich usiłowaniach odebrania sobie życia wśród uczniów i uczenic.

24. VI. 1907.

— Szpital dziecinny w Wilnie oddawna jest gotów. Rada miejska zwróciła się do wszystkich lekarzy wileńskich z propozycyą, aby oni sami wybrali na lekarza tego szpitala jednego z kolegów, ubiegających się o tę posadę. Znalazł się atoli jeden lekarz, który wniósł, aby posada ta była obsadzona zapomocą konkursu, zapominając, że Wilno nie posiada profesorów uniwersytetu, przed którymi kandydat mógłby złożyć odpowiedni egzamin, chyba zaś żaden z ubiegających się o posadę lekarzy nie zgodzi się być egzaminowanym przez kolegów. Jeśli projekt ten zostanie przyjęty, to może się stać to, że posadę dostanie jaki lekarz z Moskwy, Wiatki i t. p., gdy niejeden z lekarzy Polaków w Wilnie przymiera głodem, bo posad rządowych żaden Polak tu otrzymać nie może. Tymczasem sprawa pozostała w zawieszeniu, ale może się skończyć tem, że Rada miejska, nie znajdując pomocy u lekarzy wileńskich, sama zamianuje ordynatora.

— Przytułek Dzieciątka Jezus dla podrzutków, niegdyś polska instytucya, założona przez księżnę Ogińską i świetnie się niegdyś rozwijająca, była istnem dla miasta dobrodziejstwem; od czasu, gdy została przez rząd zabrana i oddana w ręce biurokracyi, uległa zwykłym w takich razach losom. Śmiertelność wśród dzieci w przytułku dochodzi obecnie do 90 prc. wskutek nadużyć ze strony administracyi. To też w gronie lekarzy Polaków powstała myśl, by podjąć starania o odzyskanie i wzięcie w swoje ręce domu podrzutków. Wątpliwą jednak jest rzeczą, czy to się uda. *Dr Władysław Zahorski.*

Z różnych stron. Omawiając ustąpienie ministra Studta zapowiada »Deutsche mediz. Wochenschrift« (Nr 26) jako rzecz pewną, a bliską, podział obecnego ministerstwa wyznań, oświaty i spraw sanitarnych, przez co powstałoby odrębne, pierwsze w Europie, ministerstwo zdrowia.

— Uniwersytecki zakład miesienia w Berlinie został wskutek śmierci prof. Zabłudowskiego zwinięty.

— Gromadne wycieczki naukowe do Niemiec rozpoczynają za wzorem Francuzów lekarze belgijscy.

— W Norymberdze mianowano 6 osobnych lekarzy miejskich, którzy nadzorować mają dzieci, oddane na wychowanie w obce ręce.

— Towarzystwo lekarskie wiedeńskie (k. k. Gesellschaft der Ärzte) ogłasza konkurs o nagrodę 2000 K. za pracę na temat: »Przyczynki doświadczalne w sprawie wzajemnego wpływu systemów narządów i czynności narządów na siebie w warunkach prawidłowych i chorobowych«. Termin konkursu, dostępnego dla lekarzy, zamieszkałych w Austryi i Niemczech, do 15. V. 1909.

— Zjazd lekarzy praktycznych francuskich uchwalił domagać się reformy studyów lekarskich na wzór innych krajów. Reforma ta polegałaby na wprowadzeniu prawdziwej praktyki klinicznej dla studentów (przydzielanie chorych), na nauczaniu zasad wszystkich działów medycyny, utworzeniu pracowni anatomiczno-patologicznych, histologicznych i bakteryologicznych dla studentów, zniesieniu instytucyi t. zw. »agregés«, a zaprowadzeniu docentów prywatnych i przyznaniu Wydziałom i szkołom lekarskim większej autonomii.

— Przypadki śmierci od promienia Röntgena wskutek niedość ostrożnego obchodzenia się z nimi mnożą się, zwłaszcza w Ameryce. Między innymi zmarli z tej przyczyny prof. dr Fuchs w Chicago i Dr Weigel w Bostonie.

Zmarli: Dr Tadeusz Chojnowski w 28 r. ż. w Warszawie; dr Stanisław Zawadziński, lekarz powiatowy, powszechną sympatyą kolegów otoczony, który swego czasu dał inicyatywę do użycia w Galicyi krowianki w miejsce limfy humanizowanej, w 63 r. ż. w Wadowicach; znany psychiatra, prof. E. Mendel, w 68 r. ż. w Berlinie; chirurg prof. M. Schüller w 64 r. ż. w Berlinie.

Redakcya otrzymała: Prof. dr Mars: Ś. p. Henryk Jordan z Zakliczyna »Tyg. lek.« Józef Jaworski. Henryk Jordan. »Gaz. lek.« Ettinger W. Wysłuchowa metoda określania ciśnienia i wartość jej praktyczna. »Medyc.«. Bogdanik: Kreolina w chirurgii. »Czas. lek.«. Lemberger: Komentarz do VIII wyd. farmakopei austr. (dokończenie). Kraków, 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Rok XLVI. Kraków, dnia 13 lipca 1907. Nr 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala kraj. w Sarajewie.

O sprawności serca i o jej ocenianiu.

Skreślił
Prof. Dr Ludomił Korczyński.

Podobnie, jak mięśnie całego ciała, posiada i mięsień serca zdolność zwiększania i zmniejszania swej pracy w miarę wymagań ustroju, czyli, jak zazwyczaj mówimy, zdolność dostosowywania się — akomodacyi. W spokoju działa serce mniejszym zasobem siły; gdy ustrój żąda spełnienia większej pracy, wchodzą w grę siły większe, dotychczas nie zużytkowane, nazwane przez Rosenbacha siłami zapasowemi. Rozmiary tych sił mogą być nader rozmaite. Już u ludzi młodych, zupełnie zdrowych, spotykamy pod tym względem bardzo znaczne różnice. Jedni z nich mogą pracować ponad zwykłą miarę długo i wytrwale, nie narażając się na znużenie i na osłabienie serca; inni po pracy nie zbyt długiej, a nawet nie bardzo wysilającej doznają przypadłości, które pokazują, że ich serce nie może podołać zwiększonym wymaganiom, że siła jego wyczerpuje się szybko i łatwo. Dlaczego tak niejednakowo się dzieje, zależy od całego szeregu czynników. Nie małą rolę odgrywają tu niewątpliwie dziedziczne właściwości budowy naczyń i serca, dalej, warunki fizycznego rozwoju w młodych i najmłodszych latach życia, wprawa i ćwiczenie, a więc stałe wyrabianie i wzmacnianie mięśnia sercowego, bez niepotrzebnego nużenia. Zasadniczo chodzi tu przeto o większą lub mniejszą biologiczną sprawność włókien i komórek mięśniowych, może o doskonałą zdolność niszczenia, lub usuwania szkodliwych chemicznych związków, tworzących się obficiej skutkiem większej pracy, a zwanych w fizyologii mięśni prążkowanych wytworami znużenia. Za rzecz nader ważną uważaćby także zapewne należało pewne fizyologiczne porozumienie, jeżli użyć wolno tego określenia, między układem mięśniowym i nerwowym serca z jednej, a ośrodkami nerwowymi odleglejszymi, jak: naczynioruchowy, oddechowy, ośrodki mięśniowe, ośrodki wydzielnicze różnych narządów, wreszcie ośrodki, w których się rodzą bezpośrednio podniety psychiczne, z drugiej strony. Tok całego zbioru fizyologicznych zjawisk, powstających przy pracy i to tak zjawisk wprost widocznych, jakoteż zjawisk, nie dających się bezpośrednio spostrzegać, nazwać by można temperamentem ustroju i powiedzieć, że od tego temperamentu zależy także zborność, czyli fizyologiczne współdziałanie poszczególnych części ustroju przy wykonywaniu niezwykłej pracy. Tam, gdzie zborność jest zupełna, spotyka się serce z współdziałaniem, praca jego jest łatwiejsza i regularniejsza; tam, gdzie owej zborności niema w całej pełni, musi serce pracować w warunkach trudniejszych, a więc męczy się łatwiej i prędzej.

Nader wyraźnym i powszechnie znanym objawem zastosowywania się serca do zmienionych warunków pracy jest zjawisko spotykane stale w toku wad zastawkowych serca, pod względem klinicznym i anatomicznym dobrze poznane, nazwane zjawiskiem wyrównywania czyli kompensowania. W pojęciu czynnościowem rozumiemy przez nie zdolność należytego utrzymywania obiegu krwi pomimo, że w obiegu tym istnieją pewne przeszkody. Jak długo wyrównanie utrzymuje się w całej pełni, nie odczuwają chorzy owych przeszkód nietylko w spokoju, ale nawet wtedy, gdy pracują nieco więcej; serce ich posiada dość siły do dokładnego przeciwdziałania zmienionym warunkom krążenia, a nadto jeszcze pewien zasób sił zapasowych. Ale z biegiem czasu nastaje chwila, gdy trzeba już czerpać z tych sił. Zwolna, niewidocznie prawie znika zdolność wykonywania większej pracy, czyli zdolność dostosowywania się. A jeśli mimo to ustrój od serca tej większej pracy zażąda, powstają prawie natychmiast objawy znużenia serca, a w dalszym ciągu zaburzenia w wyrównaniu. Wreszcie dochodzi do tego, że serce nietylko wśród pracy, ale nawet w spokoju, a więc w warunkach zupełnie korzystnych, nie może pokonać przeszkód, stworzonych przez wadę zastawkową, słabnie coraz bardziej, obieg krwi odbywa się coraz to niedokładniej. Powstają wtedy kliniczne objawy zastoju w krążeniu, czyli tworzy się obraz zupełnego niewyrównania — dyskompenzacyi.

Podobne zjawiska wyrównania, a w miarę zużywania się siły mięśnia sercowego zjawiska zaburzeń w wyrównaniu, wreszcie zupełnego zniesienia wyrównania powstają także w toku chorób tych narządów, których czynność wiąże się mniej lub więcej ściśle z czynnością serca. Należą do nich przedewszystkiem narząd oddechowy, naczynia krwionośne i nerki.

Znajomość wszystkich, wymienionych wyżej szczegółów wkłada na lekarza obowiązek bardzo dokładnego oceniania rozmiarów wyrównania i zasobu sił zapasowych serca, gdyż tylko w ten sposób ocenić może w całej pełni stopień choroby i stan serca, a choremu udzielić rozumnych wskazówek o rozmiarach dozwolonej pracy, o sposobie żywienia się i zachowania. Od takiej oceny zależy także wybór leczenia, mającego za cel nietylko usuwanie istniejących już zaburzeń w krążeniu, ale także, i to może w wyższym jeszcze stopniu, zapobieganie powstaniu zaburzeń czyli utrzymanie, jak tylko się da najdłużej, zupełnego wyrównania. (C. d. n.)

Zasady i wskazania nowoczesnej rentgenoterapii.

Napisał

Dr Zygmunt Steuermark.

(Wykład na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krak. d. 15 maja 1907).

Celem niniejszego artykułu jest przedstawić w krótkim zarysie postępy nowoczesnej rentgenoterapii, wyjaśnić zasady, na których nauka ta się opiera, oraz zebrać wskazania lecznicze, które z tych zasad wypływają.

Każdy, kto śledził bacznie rozwój tej młodej jeszcze nauki i spostrzegał, jak niespodziewanie zdobywała sobie znaczenie w coraz to dalszych działach wiedzy lekarskiej, przyznać musi, że pomimo krótkiego istnienia poszczycić się może ona już bardzo obfitym plonem. Nauka o wyładowaniach elektrycznych w przestrzeniach zamkniętych, wypełnionych gazami, a w szczególności nauka o zjawiskach i prawach, którym podlegają promienie katodowe i promienie X, wyrosła na zupełnie odrębną gałąź fizyki już dzisiaj, t. j. w 11 lat od owego pamiętnego posiedzenia Towarzystwa fizyko-lekarskiego w Würzburgu (w styczniu 1896), na którem prof. Röntgen w odczycie swym p. t.: »O nowym rodzaju promieni« po raz pierwszy zaznajomił świat naukowy ze swem odkryciem, które później tak doniosłe miało znaczenie dla nauki; również i technika przyrządów Röntgena, dział budowy induktorów, przerywaczy i rur, tak bardzo rozszerzyła się w ubiegłych kilku latach, że stworzyła niemal nowy dział elektrotechniki. — W te więc wszystkie szczegóły, których dokładna znajomość jest zresztą dla techniki leczniczej niezbędną, w mej pracy, przeznaczonej głównie dla lekarzy, którzy interesują się postępem rentgenoterapii, wchodzić nie mogę. W krótkości zaznaczam tylko, że promienie X powstają wskutek wyładowań elektrycznych o bardzo wysokiem napięciu (do 100.000 Volt) w przestrzeniach zamkniętych, wypełnionych gazem o ciśnieniu między 1/100 a 1/1000 mm. słupa rtęci. Dla stworzenia więc promieni X potrzeba trzech rzeczy: 1) źródła elektryczności, którą mogą dostarczać maszyny statyczne, akumulatory lub też dynamo-maszyny, wytwarzające prąd dla celów przemysłowych np. dla oświetlenia; 2) t. zw. transformatorów, które zamieniają prąd o nizkiem napięciu, a wielkiej sile na prąd o bardzo wysokiem napięciu, a zarazem bardzo małej sile, a wreszcie 3) rur, w których te wyładowania elektryczne się odbywają i zamieniają na energię promieni X. — Wszystkie inne rzeczy mają już znaczenie uboczne, drugorzędne.

Te szkicowo nakreślone zasady niechaj wystarczą dla zrozumienia strony fizycznej i technicznej przyrządów Röntgena. Obecnie przechodząc do działu ściśle lekarskiego, chciałbym w kilku słowach skreślić, jakiemi drogami szedł rozwój rentgenoterapii, jakie z biegiem czasu wyłoniły się jej zasady, a w następstwie, gdzie szukać należy jej pola działania.

Naświetlanie promieniami X w celach leczniczych znalazło najwcześniej i najszersze zastosowanie przedewszystkiem w chorobach skórnych. Freund pierwszy odkrył leczniczy wpływ tych promieni; odkrycie to zaś zawdzięczał przypadkowi, a mianowicie notatce, wyczytanej w jakiemś piśmie, iż ktoś pracując nad promieniami Röntgena dostał silnego zapalenia skóry i wyłysienia. Na podstawie tej notatki spróbował naświetlania u dziewczynki, która miała wielkich rozmiarów znamię włosiste *(naevus pigmentosus pilosus)*. Wynik był ze względu na cel, jaki miał Freund, t. j. wywołania wypadnięcia włosów (epilacyi) znakomity, natomiast równocześnie nastąpiło obumarcie skóry z następowem wytworzeniem się rozległego wrzodu, któremu towarzyszyła wysoka gorączka, gwałtowne bole, oraz taki upadek sił, iż dziecko omal doświadczenia tego nie przypłaciło życiem; samo leczenie wrzodu trwało przeszło pięć lat. To smutne doświadczenie nie odstraszyło jednak Freunda od dalszych prób. — W roku 1897 Kümmel z Hamburga ogłosił swe pierwsze pomyślne wyniki leczenia tocznia *(lupus vulgaris)*, niemal równocześnie Freund i Schiff opisali wspólnie w »Archiv für Dermatologie« dwa przypadki toczni, wyleczone tą samą metodą. W następstwie posypało się już mnóstwo prac, donoszących o wyleczeniu lub przynajmniej uzyskaniu mniej lub więcej znacznej poprawy w przebiegu tejże choroby. — Rzecz dostała się na właściwe tory, a rozwijając się coraz bardziej, wyrosła dzisiaj już na samodzielną naukę, która dla lecznictwa nowe otworzyła drogi. Pomiędzy badaczami, którzy na tem polu największe położyli zasługi, wymienić należy oprócz Freunda, Schiffa Kümmla, jeszcze Holzknechta, Kienböcka, Hahna, Albers-Schönberga, Scholtza, Gochta, Krausego, Belota, Williamsa i t. d.

Każdemu badaczowi musiało nasunąć się pytanie, na czem polega lecznicze działanie promieni X w tak różnorodnych co do swej istoty chorobach. Początkowo przypisywano promieniom Röntgena działanie bakteryobójcze — przypuszczenie to bowiem było najbliższe, gdyż chodziło przeważnie o choroby pochodzenia pasorzytnego, jak strupień woszczynowaty *(favus)*, liszaj wyłysiający *(trichophytiasis)*, toczeń, figówka *(sycosis)* i t. d. lub też choroby, dla których tło pasorzytowe przyjmowano wielokrotnie z mniejszem lub większem prawdopodobieństwem, jak: wyprysk *(eczema)*, trądzik *(acne)*, łuszczyca *(psoriasis)*, grzybica guzowata *(mycosis fungoides)*, a nawet i raki. — Wkrótce jednak okazało się po całym szeregu doświadczeń, w tym celu przedsięwziętych, że promienie X albo wcale bakteryobójczo nie działają, albo też tak słabo, że w dawkach stosowanych w celach leczniczych działanie to wcale w rachubę wchodzić nie może; teoryę tę więc powszechnie zarzucono. — Dopiero dalsze badania Scholtza, Holtzknechta, Kienböcka i innych dowiodły, że promienie X wywołują w pierwocinach komórkowych skóry, w pierwszej linii w komórkach warstw naskórka, a następnie w komórkach ścian naczyniowych, zwyrodnienie i tą drogą doprowadzają je do zaniku; przy słabszym odczynie zwyrodnienie dotyka tylko samych już chorobowo często zmienionych komórek naskórka, w wyższym zaś stopniu dotknięte bywają także komórki ścian naczyniowych. Temu działaniu promieni X ulegają przedewszystkiem młode, żywo bujające komórki i dlatego naświetlanie w tych sprawach chorobowych jest najskuteczniejsze, w których tych młodych komórek wrażliwych na promienie X, jest dużo; tam zaś, gdzie nastąpił rozwój tkanki łącznej włóknistej, lub tem bardziej sprawy wtórne, jak zserowacenie lub zwyrodnienie skrobiowate, tam wielkiego skutku naświetlań spodziewać się nie można. Działanie to jest w całem słowa znaczeniu działaniem wybiórczem; pośród zmian chorobowych tylko te części ulegają zwyrodnieniu i zanikowi, które właśnie z młodych komórek, nadmiernie bujających, się składają; w tem też zarazem widoczna jest różnica pomiędzy działaniem środków żrących, które niszczą *en masse* całą tkankę, z którą się stykają, zarówno jej części zdrowe, jak i chorobowo zmienione, a promieniami X, które ograniczają swe działanie do ognisk chorobowych, doprowadzając je stopniowo do zaniku na drodze nekrobiozy, a nie nekrozy.

Na podstawie powyższego tłomaczenia łatwo zrozumieć, na czem polega wpływ naświetlań i łatwo też zakreślić szereg wskazań i przeciwwskazań dla tej nowej metody leczniczej. — Jakkolwiek rentgenoterapia znalazła już dotychczas w różnych działach medycyny mniej lub więcej szerokie zastosowanie, to jednak najlepiej i najobszerniej naukowo opracowana jest rentgenoterapia chorób skórnych. Dla objaśnienia, jak bogaty już dotychczas zebrano materyał, przytoczę choćby statystykę Hahna z 2608 przypadków, zebraną z kilkunastu zaledwie pracowni, przeważnie niemieckich, a ogłoszoną w »Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen« z r. 1905 (Tom VIII, Zesz. 5);

statystyką tą nie wyczerpał zresztą Hahn nawet połowy ogłoszonych w tym kierunku prac.

Na międzynarodowym Zjeździe dla elektrobiologii i radiologii, odbytym we wrześniu 1906 roku w Medyolanie, przedstawił Schiff statystykę z przeszło 1000 wypadków nabłoniaka i wrzodu żrącego *(epitheliomia* i *ulcus rodens)*, które były leczone naświetlaniem promieniami Röntgena. — Ze statystyki tej wynika, że w przeszło 95% osiągnięto zupełne wyleczenie. Blizna wytworzyła się gładka, a zatem i wynik kosmetyczny był znakomity, a nawroty bardzo rzadkie. Nawet w tych przypadkach, gdzie wrzód żrący zajmował znaczną część twarzy i głowy, gdzie zatem zabieg operacyjny był niemożliwy, i tam uzyskano całkowite wyleczenie (Hahn): w innych mniej pomyślnych przypadkach uzyskano tylko zmniejszenie bolów. Z powyższej statystyki przytoczę jeszcze zestawienie Holzknechta (100 przypadków) i Montgomeryego (100 przyp.), wszystkie całkowicie wyleczone; Kienböck (w tejże pracy) twierdzi, że niekiedy jednem naświetleniem pełnem można nabłoniaka doprowadzić do zabliźnienia. — Wobec tak świetnych wyników nawet wielu chirurgów, jak n. p. Bruns i Mikulicz, podziela to zapatrywanie, że w wielu przypadkach rakowca skóry przyznać trzeba rentgenoterapii nawet pierwszeństwo przed zabiegami chirurgicznymi i jakkolwiek leczenie wymaga dłuższego czasu, to jednak daje bez porównania lepsze wyniki pod względem kosmetycznym, a także i uwalnia chorego od operacyi, która w wieku podeszłym nasuwać musi niejednokrotnie poważne obawy.

Wszystkie choroby skórne, które nadają się do naświetlań promieniami X, dzieli Scholtz na 3 grupy: 1) choroby skórne zapalne; 2) choroby włosów, w których sprawa chorobowa toczy się albo we włosie samym lub w torebce włosowej, albo stamtąd ma swój punkt wyjścia: tutaj należą strupień woszczynowaty, liszaj wyłysiający, figówka, także trądzik pospolity, oraz nadmierny porost włosów; 3) nowotwory skóry: nabłoniaki, raki, mięsaki, grzybica guzowata, toczeń, liszaj rumieniowaty *(lupus erythematodes)*, a dalej naczyniaki, brodawki, bliznowce i t. d.

Ponieważ promienie Röntgena, jak to wyżej wspomniałem, wywierają swój wpływ niszczący przedewszystkiem na młode komórki nabłonkowe, żywo bujające, przeto działanie ich będzie najwyraźniejsze w tych sprawach zapalnych skórnych, którym towarzyszy bardzo żywe bujanie już to w zakresie warstwy kolczastej *(hyperacanthosis)*, już też warstwy rogowej *(hyperkeratosis* Unna), już też w których istnieje obfite łuszczenie naskórka, co stanowi znowu istotę t. zw. parakeratozy (Unna). Stąd wskazania do leczenia zapomocą naświetlań wyprysku przewlekłego, łuszczycy, liszaja płaskiego i t. d.

Z pomiędzy chorób, do tej grupy należących, nadzwyczaj wdzięczne pole działania dla rentgenologa stanowi wyprysk przewlekły. Na podstawie własnego doświadczenia stwierdzić mogę, że w niektórych postaciach wyprysku przewlekłego, który często uchodzi za prawdziwy *»crux medicorum«*, promienie Röntgena oddają wprost niezwykłe usługi; tak szybko i tak wygodnie dla chorego żadną inną metodą wyprysku wyleczyć nie można. Spostrzegałem przypadki wyprysku przewlekłego, które latami całemi leczone były bez skutku, a które po kilku naświetleniach ustępowały na stałe; szczególnie postać, zwana *»lichen chronicus Vidal«*, której towarzyszy niezwykle uporczywy i męczący świąd, ustępuje często już po dwóch lub trzech naświetleniach; jeżeli dodać do tego, że chory taki tą drogą uwolniony bywa od noszenia opatrunków przez szereg tygodni, od stosowania różnych przykrych maści, to niemal z zapałem odnosić się musi lekarz do metody, która *»cito et jucunde«* prowadzi do celu.

Powyższe spostrzeżenia moje zgadzają się ze spostrzeżeniami Schäffera, Kaisera, oraz Gottschalka, ogłoszonemi w ostatnim czasie.

Drugą chorobą z tej samej grupy, która doskonale nadaje się do leczenia promieniami Röntgena, jest łuszczyca. H. E. Schmidt twierdzi, iż chory, który się raz poddał temu leczeniu, nie łatwo się zgodzi na inną metodę leczniczą, gdy wystąpi nawrót choroby. Gottschalk podnosi, że wtedy nawroty występują znacznie później, przyczem pojedyncze wykwity są niewielkie, tworzą zaledwie wysepki pośród zdrowej skóry. W chorobach grupy drugiej podziału Scholtza działają promienie Röntgena drogą epilacyi, oraz bezpośrednim swym niszczącym wpływem na torebki włosowe. Stąd zrozumiałe jest działanie w strupniu woszczynowatym, liszaju wyłysiającym, figówce i t. d.

O leczeniu chorób trzeciej grupy częściowo była już mowa wyżej przy sposobności odnośnej statystyki Schiffa, dotyczącej nabłoniaków i wrzodów żrących. Do grupy tej zalicza Scholtz także toczeń; promienie Roentgena obok światła Finsena stanowią najsilniejszą broń przeciw tej strasznej chorobie. Gottschalk twierdzi na podstawie 40 leczonych przypadków, iż we wszystkich bez wyjątku osiągnął mniej lub więcej korzystne wyniki, tak iż nie zna takiego przypadku, w którymby promienie Roentgena go zawiodły. Jedną z najlepszych stron tego działania są gładkie blizny, które pod względem kosmetycznym mają dla chorych pierwszorzędne znaczenie.

Od stosowania promieni Roentgena w rakach skórnych był już tylko krok do stosowania ich w przypadkach raków wogóle. I tutaj rentgenoterapia spotkała się z niezwykle trudnem zadaniem, gdyż chodziło o uzyskanie korzystnego wyniku tam, gdzie zabieg chirurgiczny okazał się środkiem niewystarczającym. Przypadki, na których wykonano pierwsze próby, były to nowotwory, niedające się już operować, przeważnie nawroty złośliwych raków sutka. Bruns z Tübingen (Therapie der Gegenwart 1. I. 1904) na podstawie 6 własnych przypadków raków sutka niedających się operować, uwzględniając przytem 13 przypadków z piśmiennictwa (Mikulicz, Fittig, Perthes, Lesser i Exner), dochodzi do wniosku, iż promienie X mogą tkankę rakową doprowadzić do zaniku; nawet w daleko posuniętych przypadkach — niemal straconych — uzyskać jeszcze można znaczną poprawę, niekiedy nawet tak znaczną, iż graniczy ona prawie z zupełnem wyleczeniem; co do raków sutka w szczególności dodaje, że naświetlanie może być niezwykle dla chorych pożyteczne, gdyż przedewszystkiem koi gwałtowne bole, posokowate powierzchnie wrzodów oczyszczają się, częściowo pokrywają się prawidłowym nabłonkiem, guz w całości lub częściowo znika, jakkolwiek niejednokrotnie w innych miejscach znowu posuwa się naprzód. Od czasu tej pracy Brunsa, t. j. w ciągu ostatnich 3 lat, piśmiennictwo, dotyczące leczenia złośliwych nowotworów rakowych zapomocą naświetlań, znacznie się powiększyło, bo ogłoszono już w rozmaitych językach przeszło kilkaset przypadków, tą metodą leczonych. Z biegiem czasu zyskała rentgenoterapia i na tem polu wielu gorących zwolenników tak, iż w ostatnim czasie, bo w styczniu b. r. mógł Lassar w odczycie swym o postępach radyoterapii, wygłoszonym w berlińskiem Towarzystwie lekarskiem, wygłosić zdanie, że poprzednio uzyskane pomyślne wyniki leczenia nowotworów potwierdzają zupełnie nowe badania, że bez szkody dla chorego udaje się nowotwory częstokroć doprowadzić do trwałego wyleczenia, a żałować tylko można, że metoda ta nie jest należycie rozpowszechniona; obowiązkiem więc lekarzy jest zwrócić uwagę na ten nowy środek leczniczy. — Kienböck utrzymuje, że nawet mięsaki czerniaczkowe, których złośliwość jest niezmierna, ustępnją pod naświetlaniem. Z piśmiennictwa zasługują na wyróżnienie spostrzeżenia Köhlera i Herzheimera (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, 1905, Tom VIII), którzy po 18 zaledwie naświetleniach w odstępach co 3—4 dni doprowadzili raka sutka, nawrót po operacyi olbrzymich rozmiarów, wrzodziejący do zaniku i zabliźnienia. Obydwaj ci autorowie zwracają uwagę, że w każdym przypadku raka

sutka powinno się jednak zapomocą prześwietlań przekonać, czy niema już przerzutów wewnątrz klatki piersiowej, n. p. w płucach; rzecz oczywista, że w takim razie rokowanie dla chorego być musi i tak bezwzględnie złe, gdyż gdyby nawet miejscowo udało się doprowadzić raka do zabliźnienia, chory zginie skutkiem przerzutów. I tutaj, być może lekarz nie będzie w przyszłości bezsilny, gdyż i w tym kierunku już dzisiaj rentgenoterapia poszczycić się może pewnemi zdobyczami: Clopatt i Kienböck ogłosili mianowicie 2 przypadki guzów śródpiersia (prawdopodobnie były to mięsaki limfatyczne), wyleczone zapomocą promieni Roentgena; po nich zaś Elischer i Engel opisali w »Deutsche med. Wochenschrift« Nr 40 z r. 1906 4 dalsze przypadki, w których uzyskali bardzo znaczną poprawę.

W ostatnim czasie znany angielski rentgenolog Williams opisał w »Lancet« ze stycznia 1907 kilka bardzo ciekawych spostrzeżeń wyleczonego raka sutka; w jednym przypadku wyleczenie utrzymywało się do 5 lat. Przeważnie były to nawroty po operacyach, których drogą chirurgiczną usunąć już nie można było. Autor ten poleca naświetlanie zapobiegawczo przed zabiegiem chirurgicznym i po operacyi; naświetlać zaś radzi tak silnie, aby wywołać nawet lekkie zapalenie skóry; szczególnie wybitny jest wpływ na bole, które już po kilku naświetlaniach ustępują.

Dla ścisłości dodać muszę, że korzystny wpływ naświetlań stwierdzić mieli w raku żołądka Donner, Lemoine oraz Gottschalk.

Wobec braku wszelkich widoków innego leczenia w pewnych przypadkach, które nie nadają się już przed forum chirurgów, nie powinno się o tej nowej metodzie zapominać.

Wyżej wspomniałem, że osiągnięto pomyślne wyniki leczenia zapomocą naświetlań nietylko w rakach, ale i w przypadkach mięsaków. Kienböck w swej monografii, ogłoszonej w »Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen« tom IX, zesz. 5, zebrał 107 przypadków, w tem 10 własnych spostrzeżeń. Z tego bogatego materyału wysnuwa wniosek, że przedewszystkiem mięsaki, które wychodzą ze skóry i gruczołów chłonnych, powinny być leczone naświetlaniem; metodzie tej przypisuje nawet pierwszeństwo przed zabiegiem chirurgicznym.

Zanim zakończę dział o leczeniu nowotworów, chciałbym wspomnieć jeszcze o pomyślnych wynikach, osiągniętych w leczeniu nowotworów macicy, a przedewszystkiem włókniakomięśniaków (Foveau de Courmelles, Gottschalk i inni). Działanie daje się tutaj wytłómaczyć wpływem promieni X na jajniki, które, jak to dowiódł na królikach Halberstädter (»Berlin. klin. Wochenschr. 1905, Nr 3), ulegają pod wpływem naświetlań zanikowi. Nawiasem dodam, że szczegół ten we Francyi wywołał w pewnych sferach żywe zajęcie; zaczęto nawet nadużywać naświetlań w celach uzyskania sztucznej niepłodności u kobiet. Co do włókniakomięśniaków zrozumiałą jest rzeczą, że skutkiem zaniku jajników macica, a z nią włókniaki ulegają inwolucyi. Wymienieni wyżej autorowie spostrzegli też ustąpienie krwotoków miesiączkowych oprócz zmniejszenia się samych guzów.

Zupełnie nowe pole działania znalazła rentgenoterapia w leczeniu chorób wewnętrznych, a między niemi przedewszystkiem w chorobach krwi i tkanek limfatycznych, jak w białaczce, białaczce rzekomej i t. d.

Pierwsze spostrzeżenie z tego zakresu ogłosił chirurg amerykański, Senn (w r. 1903), który, wychodząc z założenia, że białaczka jest prawdopodobnie chorobą wywołaną przez pasorzyty, chciał zapomocą promieni X bezpośrednio na nie zadziałać i rzeczywiście udało mu się jeden przypadek białaczki szpikowej zupełnie wyleczyć. Po nim Schütze, Bryand, Crane Ahrens i inni spostrzegli, że promienie X istotnie wywierają na przebieg białaczki wpływ bardzo wybitny; spostrzeżenia te dały pohop rozmaitym klinicystom do dalszych prób i dzisiaj już po tak krótkim upływie czasu stwierdzić można, że to przypadkowe odkrycie Senna miało dla leczenia białaczki i innych, jej pokrewnych chorób bardzo doniosłe znaczenie.

Schiffer i de la Camp porównują działanie promieni Röngena w białaczce z działaniem naparstnicy w chorobach serca lub tyreoidyny w obrzęku śluzowatym; w każdym razie, jakkolwiek nie brak i takich publikacyi, które odnoszą się do tej metody leczniczej z pewnym sceptycyzmem, to jednak na podstawie dotychczasowych już wyników zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, że nauka zyskała tutaj nową broń do walki z chorobą, z reguły śmiertelną i jak dotychczas żadnym innym środkiem wyleczyć się nie dającą, jakkolwiek może nie nadszedł jeszcze czas, aby metodę tę stosowano ogólnie, na szerszą skalę, w każdym przypadku białaczki.

Punktem wyjścia dla nowszych badań na tem polu były doświadczenia, podjęte przez Heinekego na zwierzętach, u których naświetlanie wywołało bardzo wybitne zmiany w śledzionie, gruczołach chłonnych, szpiku kostnym, krwi, oraz przewodzie pokarmowym. Prace te miały dla późniejszych badaczy niezwykle ważne znaczenie, one bowiem ugruntowały niejako praktyczne zasady stosowania promieni X w chorobach wewnętrznych; dlatego należy choć pokrótce przytoczyć główne punkta wytyczne tych badań.

W pierwszej seryi swych doświadczeń stwierdził Heineke, że myszy i świnki morskie, wystawione na działanie promieni X przez kilka godzin, padały po upływie 7—14 dni; badanie mikroskopowe śledziony tych zwierząt wykryło dwie bardzo ciekawe zmiany: zupełny zanik grudek chłonnych, przytem w miąższu śledziony znaczny ubytek komórek, oraz nadmierne powiększenie barwika. W dalszym toku swych badań stwierdził, że zmiany w grudkach chłonnych śledziony występują znacznie wcześniej, niż inne zmiany w reszcie śledziony; już w kilka godzin bowiem po naświetleniu następuje w grudkach chłonnych rozpad jąder limfocytów, których resztki ukazują się w fagocytach i te z kolei po krótkim czasie znikają, a po 24 godzinach po naświetleniu zdołał Heineke wykryć już zaledwie tylko resztki nieznaczne, pozostałe z grudek chłonnych; nagromadzenie barwika w śledzionie następuje dopiero po kilku dniach.

Późniejsze badania tego autora dowiodły, że pod wpływem naświetlań narządów jamy brzusznej powstaje ogólny zanik znacznej części elementów komórkowych w śledzionie, w pierwszej linii limfocytów w grudkach chłonnych, potem także i leukocytów wielojądrzastych, komórek eozynochłonnych i tworów olbrzymich (u myszy), oraz nagromadzenie barwika.

Analogiczne zmiany znalazł Heineke we wszystkich gruczołach chłonnych, w grudkach limfatycznych narządu pokarmowego, a u młodych zwierząt i w grasicy; w szpiku kostnym znikają swoiste komórki i pojawiają się komórki tłuszczowe, we krwi występuje nieznaczne zmniejszenie ilości krwinek białych. Zmiany zupełnie podobne znajdował autor nietylko u małych zwierząt, ale i u królików i psów.

Niezmiernie ważnym szczegółem w tych doświadczeniach jest to, że powyższe zmiany występowały w śledzionie już w czasie, kiedy w innych narządach, n. p. w skórze, nic jeszcze stwierdzić nie było można; stąd zrozumiały jest wniosek, że działanie promieni X na grudki chłonne śledziony jest działaniem wybitnie wybiórczem, skoro one daleko subtelniej oddziaływają na nie, niż komórki naskórka.

Doświadczenia powyższe stworzyły do pewnego stopnia teoretyczne podstawy, oraz dały naukowe uzasadnienie do stosowania naświetlań w celach leczniczych w każdym przypadku białaczki, białaczki rzekomej, oraz w innych chorobach narządu limfatycznego.

Przechodząc obecnie do strony praktycznej poruszonego tematu, oprzeć się musimy przedewszystkiem na bardzo dokładnych badaniach, przeprowadzonych przez Pawła Krausego w klinice Strümpla w Wrocławiu; pracę

tego autora na tem polu bardzo wybitnie wyróżniają się zarówno ścisłością spostrzegania klinicznego, jakotéż dokładnością histologicznego badania krwi. Krause zebrał 24 przypadki białaczki, z tego 6 własnych spostrzeżeń. Wnioski jego są w krótkości następujące: naświetlanie promieniami Röntgena śledziony w przebiegu białaczki wywołuje bardzo znaczną, zarówno podmiotową, jak i przedmiotową poprawę. Wszyscy niemal chorzy podają, że w ciągu któtkiego czasu pozbywają się zupełnie bolów głowy, osłabienia, braku łaknienia i bezsenności; usposobienie i stan ogólny poprawia się tak wybitnie, że chorzy wracają do swego zawodu.

Przedmiotowo wpływ leczniczy tej metody ujawnia się w kilku kierunkach. Najwyraźniej zmniejszają się olbrzymie śledziony: podane w pracy Krausego rysunki najlepiej fakt ten objaśniają i zdolne są największego nawet sceptyka zamienić w gorącego zwolennika. Wystarczy rzucić okiem na obrazy obrzęków śledziony, które wypełniają znaczną część jamy brzusznej, dochodzą niemal do spojenia łonowego przed leczeniem; po leczeniu, a raczej w ciągu leczenia, tak gwałtownie się zmniejszają, że niektóre cofają się poza łuk żebrowy. Przypadkowo takie zmniejszenie się śledziony w przebiegu białaczki wyjątkowo może się samorodnie także zdarzyć, jeżeli n. p. przyłączy się jakaś choroba zakaźna, ale pod wpływem naświetlań jest stałem następstwem, na które z góry liczyć na pewno można, tak iż Krause twierdzi, iż udaje się to »mit der Sicherheit des Experimentes«. Oprócz śledziony zadziwiająco wprost spada liczba leukocytów; bez przesady powiedzieć można, że nie zna nauka takiego środka, któryby również »mit der Sicherheit des Experimentes« podobne mógł wywrzeć działanie. Następujące liczby są tego wymownym dowodem: *a)* przypadek białaczki szpikowej, liczba leukocytów przed rozpoczęciem leczenia 220,000, z końcem leczenia t. j. w $^1/_2$ roku potem — 11,000; *b)* przypadek białaczki szpikowej, liczba leukocytów przed leczeniem 310,000, po leczeniu, t. j. zaledwie w miesiąc potem — 16,000 i t. d. Krause uważa ten niezwykły spadek ilości krwinek białych za objaw stały. Co do rodzajów leukocytów, to najwyraźniejszy jest wpływ na myelocyty, natomiast limfocyty w białaczce limfatycznej są nieco odporniejsze na naświetlanie. Również i odsetkowy stosunek o tyle ulega zmianie, że postacie wielojądrzaste przeważają nad postaciami chorobowemi; wyraźniej występuje to w białaczce pochodzenia szpikowego, niż limfatycznej. Hoffman uzyskał nawet i pod względem odsetkowym prawidłowy stan rozmaitych rodzajów leukocytów.

Trzecim skutkiem naświetlań, który również przedmiotowo daje się stwierdzić, jest niezwykły wzrost ilości krwinek czerwonych tak, iż w jednym przypadku Krause mówi nawet o istnym ich nadmiarze *(polycythaemia)* — blizko 7 milionów; również i ilość hemoglobiny i ciężar gatunkowy wybitnie się wznosi. Polegając na tym nadzwyczajnym wpływie na krwinki czerwone, radzi Krause spóbować naświetlań i w przypadkach niedokrwistości i błednicy. Wreszcie przedmiotowo daje się stwierdzić przybytek na wadze skutkiem poprawy łaknienia; w jednym przypadku przyrost wynosił przeszło 10 kg., w tymże liczba krwinek czerwonych wzrosła z 2.4 milionów na 4.2 miliony, zaś hemoglobina z 40 na 72%; był to przypadek białaczki szpikowej, w którym śledziona sięgała przed leczeniem do spojenia łonowego i na prawo poza linię sutkową prawą, z końcem zaś leczenia zaledwie na kilka palców wystawała poza łuk żebrowy.

Pomimo tak świetnych wyników krytyczne rozważenie nie pozwala jednak tego ogromnego spadku leukocytów i znikania olbrzymich obrzęków śledziony postawić na równi z zupełnem »wyleczeniem«, jednakowoż przyjąć można, że przy stałem nadzorowaniu chorego i ponownem podjęciu naświetlań wtedy, gdy na nowo zaczną wzrastać objawy choroby, można na długie lata życie chorego przedłużyć.

W tejże monografii omawia Krause wpływ promieni X na białaczkę rzekomą, której 10 przypadków, a w tej liczbie 2 własne spostrzeżenia przytacza; w chorobie tej udaje się często naświetlaniem w sposób dla chorego niebolesny, a przytem nadzwyczaj wygodny całe pakiety gruczołów w ciągu 2—4 tygodni doprowadzić do zaniku tak, iż śmiało mówić można o »czasowem wyleczeniu«. Do rzędu pokrewnych chorób, na które promienie Röntgena wyraźnie działają, zalicza Krause: niedokrwistość śledzionową, chorobę Bantiego, chorobę Mikulicza, niedokrwistość i polycytemię *(anaemia et polycythaemia cum tumore lienis)*, złośliwe mięsaki limfatyczne *(lymphomatosis maligna)*. Do podobnych wniosków dochodzi Cramer na podstawie 6 własnych przypadków białaczki z kliniki Erba, a mianowicie: 1) Choroba tem łatwiej oddziaływa na promienie Röntgena, im wcześniej rozpoczynamy leczenie. 2) W białaczce pochodzenia szpikowego usunąć można objawy ogólne, przytem krew i śledzionę doprowadzić prawie do stanu prawidłowego. 3) W białaczce limfatycznej, która, nawiasem mówiąc, wymaga dłuższego leczenia, niż białaczka szpikowa, można wprawdzie usunąć objawy ogólne, doprowadzić do zmniejszenia śledzionę i gruczoły chłonne, ogólną liczbę leukocytów zaś sprowadzić do stanu prawidłowego, jednakowoż stosunku ilościowego różnych postaci zmienić się Cramerowi nie udało. 4) W obu formach białaczki najpierw występuje poprawa stanu ogólnego, zanim nastąpi zmniejszenie się leukocytów, a dopiero gdy wpływ na ilość leukocytów staje się widoczny, zmniejszać się zaczyna śledziona i gruczoły. W zastarzałych przypadkach z powodu stwardnienia śledziony i gruczołów zmniejszenia osiągnąć już nie można. 5) Uzyskanych wyników również i Cramer nie uważa za równoznaczne z »zupełnem wyleczeniem«.

Oprócz powyższych prac Krausego i Cramera ogłoszono razem 40 przypadków białaczki i 10 przypadków białaczki rzekomej, leczonych promieniami Röntgena z mniejszem lub większem lub nawet bardzo wielkiem powodzeniem; aby jednak nie rozwlekać tego tematu, którego akta zresztą wogóle jeszcze zamknięte nie są, dalszych spostrzeżeń przytaczać nie będę.

Pozostaje omówić jeszcze 2 choroby, w których rentgenoterapia zaczyna zdobywać sobie prawo obywatelstwa, a mianowicie: przerost gruczołu krokowego i choroba Basedowa.

Na międzynarodowym Zjeździe dla Fizyoterapii w Liège w r. 1905 Carabelli z Medyolanu doniósł, że w 2 przypadkach przerostu sterczu uzyskał przez naświetlanie od zewnątrz bardzo znaczną poprawę. Wkrótce potem ogłosili Moszkowicz oraz Stegmann w »Münchener medizinische Wochenschrift« (Nr 29 z roku 1905) 6 przypadków przerostu sterczu, w których przez naświetlanie uzyskali również bardzo wybitną poprawę; wobec tego gorąco polecają tę metodę leczniczą, której pierwsze próby tak korzystnie wypadły. Moszkowicz mianowicie wychodził z założenia, że przerost sterczu powstaje skutkiem bujania tkanki gruczołowej, a zatem zawiera elementy komórkowe nabłonkowe, na promienie X bardzo wrażliwe. Naświetlał on przerosły stercz przez odbytnicę; w tydzień po pierwszem naświetleniu ogromnie powiększony stercz znacznie zmiękł, tak, iż w gruczole wyraźnie odróżnić można było części miękkie od twardszych, oddawanie moczu zaczęło odbywać się dobrowolnie, gdy dotychczas chory bez cewnika obejść się nie mógł. Później Gilmer, Schlangintweit, Schmidt i Rosenberger również tę drogą leczenia doszli do korzystnych wyników.

Tausard i Fleig (»Annales des maladies des organes genitourinaires« 1906, tom II, zeszyt 21) opisali 2 przypadki, leczone z powodzeniem; u jednego chorego po 4 posiedzeniach nastąpiło znaczne zmniejszenie się sterczu oraz częstości oddawania moczu, u drugiego zaś po 12 posiedzeniach w odstępach co 2—3 tygodni uzyskano prawie zupełne ustąpienie przerostu gruczołu krokowego; znikł mocz zalegający, częstość oddawania moczu w ciągu dnia znacznie się zmniejszyła, bole ustąpiły. W technice naświe-

tlań autorzy francuscy różnią się od Moszkowicza i Stegmanna tem, że naświetlają od zewnątrz przez krocze.

Na największym dotychczas materyale, bo na podstawie 30 dokładnie spostrzeganych przypadków oparta jest praca Schlangintweita, ogłoszona w »Zeitschrift für Urologie« przed kilkoma niespełna tygodniami. Autor spostrzegał u chorych swych stałe znikanie przypadłości podmiotowych, a także moczu zalegającego na szereg tygodni, a nawet i miesięcy, również i znaczne zmiany w samym gruczole; trwałego usunięcia moczu zalegającego, co ostatecznie pod względem klinicznym stanowić musi pierwszy warunek wyleczenia, nie zdołał osiągnąć.

Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że pewne postacie przerostu sterczu powinny nadawać się do leczenia tą metodą, a mianowicie te, których budowa anatomiczna ma wyraźny charakter gruczołowy; natomiast w tych przypadkach, w których stercz jest twardy, włóknisty, otoczony grubą warstwą mięśni, tam promienie X ani dostępu należytego mieć nie mogą, ani też nie natrafiają na teren dla siebie podatny.

Również łatwo zrozumieć, że radyoterapia w tych przypadkach znajdzie wdzięczne pole działania, gdzie niema jeszcze zmian wtórnych, jak przewlekłe zapalenie pęcherza, porażenie mięśni pęcherza, zmiany w jego ścianach, t. j. gdy choroba znajduje się w okresie początkowym. Kümmel słusznie podnosi, że nawet po chirurgicznem usunięciu sterczu, t. j. po prostatektomii przy zupełnem porażeniu mięśnia wypieracza chory samodzielnie moczu nie mógłby oddawać. Dlatego też samą metodę oceniać będziemy mogli dopiero wtedy, gdy z całego materyału tylko te przypadki skrzętnie wybierzemy, w których wogóle liczyć można z góry na pewien skutek. W przypadkach zastarzałych oprócz naświetlań niezbędne będzie równocześnie leczenie zapalenia pęcherza.

Do najnowszych zdobyczy rentgenoterapii należy leczenie choroby Basedowa. Pierwsze próby wykonał chirurg Beck, który po bezskutecznej strumektomii uzyskał w dwóch przypadkach zapomocą naświetlań wybitną poprawę, a mianowicie zmniejszenie się przyspieszonej czynności serca oraz nerwowości. Powodzenie zachęciło go do dalszych prób, oraz do polecenia tej metody. Beck wychodził z założenia, że promienie X w nowotworach wywierają wpływ swoisty na ściany naczyniowe, a wtedy skutkiem upośledzenia odżywienia nowotwory stopniowo zanikają; bogato unaczynione wole chciał zatem Beck tą drogą doprowadzić do zaniku. Pewne uzasadnienie teoretyczne dla stosowania tej metody w chorobie Basedowa stworzył fakt, iż pierwej już stosowano z pewnem powodzeniem promienie Röntgena w samym wolu. Z późniejszych publikacyi zasługuje na uwzględnienie praca Stegmana, który w 5 przypadkach uzyskał zupełne wyleczenie: zniknięcie wola, przybytek na wadze około 22·7 kg. w ciągu trzech miesięcy, zmniejszenie się częstości tętna i objawów podmiotowych. To korzystne działanie tłómaczy Stegman wpływem promieni X na nabłonki gruczołu tarczowego, skutkiem czego powstają zmiany zarówno jakościowe, jak i ilościowe wydzieliny wewnętrznej tego gruczołu. Potem Schwarz ogłosił jeden przypadek, w którym spostrzegł spadek częstości tętna, zmniejszenie się wysadzenia gałki ocznej i duszności; chora przybrała 12 kg. na wadze. W najnowszym czasie, bo zaledwie przed 3 tygodniami Freund z Gdańska ogłosił w »Münchener med. Wochs.« 5 przypadków, z których w 4 osiągnął zupełne wyleczenie; wszelkie objawy choroby ustąpiły po 2—5 zaledwie naświetlaniach; szmery sercowe, wole, wysadzenie gałki ocznej znikło, u wszystkich chorych stwierdził Freund znaczny przybytek na wadze, dlatego poleca tę drogę leczniczą przedewszystkiem w tych przypadkach, w których choroba trwa niedługo i w których wole jest miękkie i bogato unaczynione. Na wzmiankę zasługują jeszcze korzystne wyniki, osiągnięte przez Mosera (»Fortschritte«, tom IX, zesz. 1) w 12 przypadkach gośćca i dny, w których autor ten uzyskał bardzo znaczną poprawę nietylko podmiotowo, t. j. iż ustąpiły silne bole, ale i przedmiotowo tak, że niektóre przypadki uważał za wyleczone zupełnie. W 2 przypadkach, z których były już przykurczenia w jednym na tle dny, w drugim skutkiem przewlekłego zapalenia stawu, uzyskał Moser tak znaczne polepszenie, iż chorzy owi zaczęli chodzić, zesztywnienia znikły, stawy stały się ruchome; pomimo, iż naświetlał tylko kolana, poprawiały się i inne stawy. Również i Gottschalk w przypadku długie lata trwających silnych bolów na tle dny w stawie napiętkowo-goleniowym uzyskał u pewnej chorej zapomocą 11 naświetlań zupełne wyleczenie. Wytłómaczyć działanie promieni X można tu w ten sposób, iż naświetlania wywołują bardzo znaczne zwiększenie wydzielania kwasu moczowego i mocznika, jak to stwierdzono zresztą u chorych na białaczkę; być może, że istnieje też bezpośredni wpływ promieni X na tkankę naświetlaną, w której złogi moczanowe na nowo ulegają rozpuszczeniu (Gottschalk). W każdym razie w przypadkach uporczywych bolów na tle dny powinno się o tej możności usunięcia ich tą drogą pamiętać.

Stembo (»Ther. der Gegenw.« 1900) wyleczył zupełnie 21 przypadków nerwobolów w 3—10 posiedzeniach; tożsamo Gocht, Beck, Sequeira, Johnson, koili gwałtowne nerwobole codziennemi naświetlaniami.

Gołubinin (»Ther. der Gegenwart« 1905) uzyskał bardzo znaczną poprawę, niemal wyleczenie, w chorobie Addisona.

Gottschalk poleca jeszcze naświetlania w przypadkach gruźlicy gruczołów szyjnych (*lymphomata tuberculosa*), co ostatecznie pozostaje w pewnem powinowactwie z dotychczasowem stosowaniem w przebiegu tocznia. Autor ten uważa rentgenoterapię na tem polu za metodę, mającą wyższość nad zabiegiem chirurgicznym, już choćby ze względów kosmetycznych.

Oto pokrótce wskazania, jakie dotychczasowy stan nauki dla rentgenoterapii zakreśla. Plon już teraz jest bardzo bogaty, a jutra przewidzieć nie można. Słusznie też Brocq w przedmowie do dzieła »La Radiothérapie« Belota powiada: »La Radiothérapie est née d'hier et elle a déjà pris un essor véritablement extraordinaire«.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

G. Calmette. **Nowy sposób rozpoznawania gruźlicy u człowieka. Odczyn oczny (oftalmoreakcya) tuberkuliny.** (*Presse méd.* Nr 49, 1907). Niedawno doniósł Pirquet, że najdrobniejsza ilość tuberkuliny, wtarta w skórę, pozbawioną naskórka, wywołuje u chorych na gruźlicę odczyn miejscowy w postaci guzka czerwonego, który w jaki tydzień powoli ginie; natomiast u ludzi zdrowych odczyn ten skórny na tuberkulinę zdaje się być wyjątkowym. Później Vallée z Alfortu stwierdził, że w ten sam sposób można rozpoznać bardzo łatwo gruźlicę u bydła. Odczyn ten radzi Vallée nazywać »cuti-reaction«. Autor zaś wpadł na myśl, czyby nie można również wywołać odczynu na spojówkach po wkropleniu tuberkuliny do worka spojówkowego, skoro spojówka nadzwyczaj łatwo chłonie wszelakie toksyny. Autor wykonał doświadczenia na 25 chorych, z których 16 było dotkniętych sprawami gruźliczemi, a 9 innemi niegruźliczemi sprawami. Aby uniknąć drażnienia spojówek gliceryną, używał C. do swych prób wyłącznie tuberkuliny suchej, strąconej alkoholem w 95°, rozpuszczonej w jałowej wodzie przekroplonej w stosunku 1: 100, i zawsze świeżo sporządzanego rozczynu. W pięć godzin, a czasem już w trzy po zakropleniu oka powstawało u wszystkich chorych na gruźlicę bardzo widoczne nastrzykanie spojówki powiekowej, mięsko łzowe brzękło, czerwieniło się i pokrywało cienką powłoczką wysięku włóknikowego. Zwolna rosło nastrzykanie, czemu towarzyszyło łzawienie. Po 6 godzinach gromadzi się włóknik w większej ilości w postaci nitek w dolnym załamku spojówki. Szczyt odczynu przypada między 6-tą a 10-tą godziną. Chorzy nie żalą się wcale na ból, tylko na

lekkie pieczenie i pewne upośledzenie wzroku, wywołane obfitym wysiękiem. Niema nastrzykania na spojówce gałkowej. Ciepłota ciała nie ulega widocznym zmianom. Nasilenie odczynu łatwo poznać, porównując oko badane z drugiem, nie zakroplonem tuberkuliną. U dzieci po 18 godzinach, u dorosłych po 24 lub 36 objawy nawału łagodnieją, a potem znikają. U ludzi zdrowych, lub chorych, ale nie na gruźlicę, niema nigdy żadnego odczynu. Najwyżej w $1\frac{1}{2}$ do 3 godzin zjawia się leciuchne zaczerwienienie, które prędko znika, i któremu nie towarzyszą ani łzawienie, ani wysięk włóknikowy. Zjawisko to nazywa autor »ophtalmoréaction à la tuberculine«. Odczyn ten występuje prędzej, niż »cuti-réaction«, na którą trzeba czekać dwie doby, jest łatwiej wykonalny i mniej niebezpieczny. *Stahr.*

Bauer. **O zachowaniu się parcia krwi po wstrzyknięciu tuberkuliny.** (*Zeitschrift f. klin. Med.* Tom LXII). Dopatrując się w obniżeniu się parcia krwi w gruźlicy zjawiska swoistego w tej chorobie, uważają niektórzy autorowie tuberkulinę za ciało, wywołujące wspomniany objaw. Wyniki badań B. w tym kierunku były następujące: U zdrowego zwierzęcia nie wywierała tuberkulina, wstrzyknięta śródżylnie w wielkich ilościach (0·5—3·0 tuberkuliny na 1300 gr. wagi), żadnego wpływu na prawidłowe parcie krwi. Parcie krwi, podniesione przez adrenalinę, obniżało się pod wpływem tuberkuliny na kilka sekund. Zabieg kontrolny, polegający na wstrzyknięciu tylko tych składników tuberkuliny, które nie pochodzą z prątka gruźliczego, dał jednakże ten sam zupełnie wynik. A zatem ciała, pochodzące z prątka gruźliczego, zawarte w starej tuberkulinie, wstrzyknięte śródżylnie zdrowemu zwierzęciu, nie wywołują szybkiego skutku. W 20 przypadkach badał B. przy łóżku chorego, czy uda się stwierdzić późne działanie tuberkuliny. W tym celu wybierał przeważnie chorych, u których można było spodziewać się braku odczynu, gdyż przy odczynie dodatnim nie należy uważać obniżenia się parcia za wynik działania wstrzykniętych ciał, lecz za część odczynu. Z góry trzeba być przygotowanym, że obniżenie się ogólnego napięcia u oddziaływającego osobnika może się także objawić obniżeniem się parcia krwi. W przypadkach, w których odczynu nie było, nie udało się autorowi stwierdzić wyraźnego obniżenia się parcia. — Z badań tych wynika, że wyraźnych zmian w parciu krwi po wstrzyknięciu starej tuberkuliny stwierdzić nie można, a zatem musimy tuberkulinie odmówić swoistego działania, obniżającego parcie krwi.

Dr Wł. Kluger.

Granstrem. **O oddechu oskrzelowym przy wysiękowem zapaleniu opłucnej.** (*Izw. Imp. Woj.-Mied. Akad.* 1907, styczeń). Dla wyjaśnienia przyczyn oddechu oskrzelowego przy wysiękowych zapaleniach opłucnej wykonał autor (w pracowni klinicznej prof. Janowskiego) cały szereg doświadczeń na psach. Okazało się, że już przez wlewania rozczynu Na Cl do jamy opłucnej łatwo można wywołać oddech oskrzelowy. Jeszcze lepiej używać dla tego celu ol. kakaowego, który ma tę przewagę, że topnieje przy 26° C., jest płynnym przy ciepłocie ciała i zastyga przy ciepłocie pokoju, co pozwala po zabiciu psa otrzymać odlew jamy opłucnej. Żeby wyjaśnić stan oskrzeli przy obecności w jamie opłucnej płynu, nalewał autor do nich albo metal Wooda, albo masę Miendelejewa. Z 17 doświadczeń autora wynika, że oddech oskrzelowy przy wysiękowem zapaleniu opłucnej jest udzielonym oddechem tchawicznym i przechodzi do płynu w miejscach zetknięcia się płynu z dużymi oskrzelami przez ich ścianki w okolicy wnęki płuc. Widocznie przy zwiększeniu się ilości płynu w jamie opłucnej zrazy płuca wskutek swojej sprężystości zmniejszają swoją objętość i oddalają się jeden od drugiego. Wysięk gromadzi się w międzyzrazowych przestrzeniach, dochodzi do dużych oskrzeli, które służą za przewodnik oddechu tchawicznego. Przy obecności zrostów między zrazami płuc górny zraz płuc nie oddala się od dolnego, wskutek czego niekiedy może nie pojawić się oddech oskrzelowy, chociaż w jamie opłucnej znajduje się dużo wysięku. Nigdy nie stwierdzono ani zwężeń oskrzeli, ani ich zagięcia, co obala teoryę miejscowego pochodzenia oddechu oskrzelowego przy wysiękowych zapaleniach opłucnej wskutek zwężenia oskrzeli przez wysięk. Przecinając tchawicę, dowiódł autor, że oddech oskrzelowy jest tylko zmienionym tchawicznym, gdyż ze zniknięciem oddechu tchawicznego znikał lub znacznie się zmniejszał oddech oskrzelowy. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Sołowcowa. **W sprawie badania sprawności serca przy włóknikowem zapaleniu płuc.** (*Russkij Wracz* 1907, Nra 7—11—12). Autorka badała w klinice prof. Lewina w Żeńskim Instytucie Lekarskim zdolność do pracy i wytrwałość serca u 12 chorych na włóknikowe zapalenie płuc i u 1 chorego na zapalenie płuc grypowe; 5 chorych miało 16 do 20 lat, 4 — 20 do 30, 3 — 46 do 56; z tych ostatnich — 2 zmarło (wieku chorego na zapalenie grypowe nie wymieniono). Dla określenia ciśnienia krwi używała autorka sfigmomanometru Riva-Rocciego z odmianą Recklinghausena, dla określenia czynnościowej sprawności serca sposobu Katzensteina; badania z początku robiono codzień, potem co drugi dzień, a w końcu choroby co 2—3 dni. Wyniki badań są następujące: 1) Jad włóknikowego zapalenia płuc działa obniżająco na mięsień sercowy, tak że serce jeszcze przez długi czas po chorobie nie może się skrzepić i nie wraca do stanu prawidłowego przy braku wszelkich przedmiotowych oznak choroby. 2) Serce jest najwięcej dotknięte nie w czasie przełomu (największy spadek ciepłoty), lecz w 2—3 dni po nim; wtedy serce jest najmniej zdolne do pracy. 3) Przy użyciu naparstnicy zdolność do pracy i wytrwałość serca prędko się poprawia. Poprawa ta jest stała, czego nie bywa przy użyciu innych środków sercowych, które sprawność serca zwiększają tylko czasowo. Prawdopodobnie oprócz bezpośredniego działania naparstnicy na mięsień sercowy, objaśnić to należy i w ten sposób, że naparstnica wzmaga ciśnienie krwi, które przy włóknikowem zapaleniu płuc jest nizkie i obniża się najwięcej na 2—3 dzień po przełomie. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Karol Beck. **O zgorzeli płuc.** (*Deut. med. Wochs.* Nr 11, 1907). Etyologicznie dzieli autor przypadki zgorzeli płuc na dwie grupy. Do pierwszej zalicza zgorzel w następstwie spraw wrzodziejących w ustach, gardle, krtani, przy raku języka, krtani, przełyku i żołądka, w następstwie urazów jamy ustnej, złamań żuchwy. W przypadkach złamań żuchwy zwraca uwagę na wielką ważność przepłukiwań ust zapomocą rozpylania rozczynu kwasu borowego. W tej grupie zgorzeli rokowanie nieświetne ze względu na stan sił i wiek chorych. W drugiej grupie umieszcza autor przypadki z zajęciem płuc pierwotnem: zgorzel w przebiegu gruźliczego zapalenia oskrzeli, gruźlicy, rozszerzenia oskrzeli. Zgorzel usadawia się najczęściej w płacie dolnym prawym. Tłómaczy to autor tem, że oskrzele prawe szersze jest od lewego i że w niem prąd powietrza podczas wdychania jest silniejszy. Plwociny w zgorzeli, nieraz znamiennie cuchnące, prócz prątków zawierają części miąższu płucnego. Ważnym szczegółem jest brak w plwocinie prątków gruźliczych. Nakłucie próbne pozostaje zazwyczaj bez wyniku. Natomiast badanie fizyczne wykrywa niejednokrotnie w miejscu zgorzelinowem stłumienie ograniczone i szmery osłabione, oskrzelowe lub amforyczne. Często chorzy skarżą się na bolesność w chorem płucu. Najpewniejszą wskazówkę daje obraz Roentgenowski, w którym widać wybitny cień w miejscu ogniska zgorzelinowego. Z łatwością odróżnić go można od cienia jamy gruźliczej. Obok zdjęcia ogólnego należy wykonać fotografię po założeniu zasłony (blendy). Ta fotografia wskaże dokładnie na jamy boczne, które przy zabiegu operacyjnym należy uwzględnić. Dla dokładnego określenia siedziby zgorzeli trzeba wykonać kilka zdjęć, najmniej 2 skośne; z nich można oznaczyć położenie ogniska nadzwyczaj dokładnie. Leczenie polega na wczesnem i dostatecznem otwarciu ogniska. Resekcya żeber powinna być dostatecznie rozległa. Obawa odmy płucnej jest niewielka, ponieważ zwykle istnieją zrosty. Zrosty ściśle mogą nawet zaciemniać obraz Roentgena. Zapomocą tępego, cienkiego żegadła platynowego (Pacquelina) dochodzi się do ogniska, usuwa się masy zgorzelinowe, a jamę wypełnia się 3 prc. gazą jodoformową. Zamiast żegadła można użyć trokara.

Dr Wit. Skórczewski.

Ch. Aubertin. **Odczyny krwi w toku niedokrwistości ciężkich objawowych i utajonych.** (*Rozpr. dokt.* Paryż, 1905, stron. 266). W toku ciężkich niedokrwistości należy uwzględnić zosobna: 1) rozpad krwi i 2) odnawianie się jej. Pierwszy pozostawia po sobie ślady w postaci anatomicznych zmian w śledzionie i wątrobie; drugie cechuje się następującymi objawami: poikilocytozą, zjawianiem się mikro- i makrocytów, polychromatofilią, wzrostem odsetka hemoglobiny, jądrzastemi krwinkami czerwonemi, zwiększaniem się ilości leukocytów, pochodzących ze szpiku, jakoteż i płytek Bizozera, wreszcie zdolnością kurczenia się skrzepu krwi. Że objawy te są wynikiem odnawiania się krwi i wzmożonej czynności narządu krwiotwórczego, wynika z badań krwi wśród niedokrwistości pokrwotocznej u ludzi i z doświadczeń na zwierzętach.

Te postacie krwinek, których nigdy niema we krwi prawidłowej, a które pojawiają się we krwi w toku różnych niedokrwistości, są jedynie i wyłącznie postaciami młodemi, niedojrzałemi, ale nigdy patologicznemi. Autor (zgodnie z Pappenheimem) wywodzi wszystkie krwinki z wielkiego limfocyta, z którego z jednej strony przez wytwarzanie hemoglobiny tworzy się

ciałko czerwone, najpierw jądrzaste, a potem bezjądre, a z drugiej strony przez wytwarzanie się ziarniny wogóle, myelocyt, a potem wielojądrzasty leukocyt. Płytki krwi biorą swój początek w przeobrażaniu się erytrocytów jądrzastych w bezjądre.

W przebiegu wielu złośliwych niedokrwistości wyrównywa złe skutki hemolizy odczyn szpiku kostnego po części, albo w zupełności. Stąd pochodzą zwolnienia, przeciągły przebieg choroby, a nawet wyzdrowienie. Szpik kostny staje się wtedy czerwony, zjawiają się czynne komórki. W innych natomiast przypadkach nie oddziaływa wcale szpik kostny; pozostaje żółtym. W takich rzadkich przypadkach hemoliza postępuje naprzód, nie wyrównywa się wytwarzaniem nowych krwinek wcale, albo niezupełnie. Szczególny jest wtedy obraz krwi: nie spotykamy wtedy ani jednego z powyżej wyliczonych objawów odczynu szpikowego. We krwi stwierdza się wtedy wyłącznie wybitną oligocytemię bez żadnych innych zaburzeń. Skrzep krwi nie kurczy się wcale. Choroba postępuje prędko bez zwolnień i rychło kończy się śmiercią. Że wtedy chodzi o hemolizę, a nietylko o zużycie krwinek czerwonych, świadczy o tem wzmożone wydzielanie mocznika, siarczanów i fosforanów.

Odczyn w szpiku kostnym można spotkać i wśród niedokrwistości w toku raka, szczególnie żołądka. *E. S.*

L. Ribadeau-Dumas i Poisot. **Ciężka niedokrwistość wśród ostrych chorób zakaźnych.** (*Presse méd.* Nr 40, 1907). Autorowie opisują 2 przypadki: gruźlicę ostrą i zakażenie krwi gronkowcem złocistym, którego punktem wyjścia było zapalenie ucha środkowego. W obu tych przypadkach formuła hematologiczna krwi przypominała obraz niedokrwistości złośliwej postępującej. *Stahr.*

Leon Tixier. **Związek między przewlekłemi zaburzeniami żołądkowo-jelitowemi, a niedokrwistością.** (*Sem. méd.* Nr 25, 1907). Autor zastanawia się nad tem, jaka przyczyna wywoływać może niedokrwistość w toku zaburzeń żołądkowo-jelitowych. Wyłącza krwotoki z przewodu pokarmowego, wyłącza brak czynności narządów krwiotwórczych, a wywodzi, że jedyną przyczyną niedokrwistości jest rozpad krwi (hemoliza). Autor stwierdził, że surowica zwierząt, u których rozwinęła się niedokrwistość w następstwie sztucznie wywołanego wrzodu odźwiernika, bez wywołania jakiegokolwiek krwotoku, zawierała istotę trującą dla krwinek czerwonych tego samego gatunku zwierzęcego, istotę o charakterystycznych własnościach hemolizyny. Wprawdzie surowica ta nabywa bezpośrednio po zabiegu (wrzód odźwiernika) własności podniecania narządów krwiotwórczych, ale tylko na bardzo krótki czas, poczem własności hemolityczne biorą górę. Hemolizyna ta ma źródło prawdopodobnie w narządzie pokarmowym. A skoro się przypuści, że przyczyną owych ciężkich nieraz niedokrwistości, jakie towarzyszą zaburzeniom jelitowym, jest hemolizyna, to łatwo będzie zrozumieć, że zmiany anatomiczne w przewodzie pokarmowym nie muszą być wcale znaczne (przynajmniej w anatomicznem rozumieniu), by ciężkie schorzenia krwi mogły wywołać; źródłem hemolizyny są zaburzenia czynnościowe. *Stahr.*

Prof. Wassermann. **Nauka o odporności i jej praktyczne znaczenie.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 16, 1907). W celu usunięcia mylnego twierdzenia, jakoby badania sprawy odporności miały znaczenie czysto teoretyczne, wskazuje autor na doniosłe zdobycze praktyczne tej nauki. Sztuczne szczepienie ochronne przeciw chorobom zakaźnym ostrym, przeciw gruźlicy, bakteryoterapia, serodyagnostyka, dzięki której możemy obecnie rozpoznawać różniczkowo liczne rodzaje zakażeń jelitowych, wreszcie postępy epidemiologii, — to chyba wystarczające dowody, jak ważne znaczenie praktyczne ma nauka o odporności. — Wspomina też W. o próbach Wrighta t. zw. opsotycznego leczenia chorób przewlekłych, jak gruźlica, i zakażeń ropnych, o wynikach, jakie otrzymał wspólnie z Bruckiem i Neisserem, badając surowice chorych kiłowych, oraz o odróżnianiu białek różnych gatunków, które ma wielką doniosłość w medycynie sądowej. *Nowaczyński.*

J. Sabrazès. **Choroba tęgoryjcowa złośliwa: wielokrotne zakażenie drobnoustrojami i wielokrotne zapalenie żył.** (*Arch. de méd. exp. et d'an. path.* styczeń, 1907). Bardzo często u ludzi, zakażonych tęgoryjcem, niema żadnych zaburzeń, albo bywa tylko nieznaczna niedokrwistość. Czasem jednak niedokrwistość dosięga wielkich rozmiarów (błednica egipska), a wtedy towarzyszą jej zaburzenia żołądkowo-jelitowe, obrzęki kończyn i twarzy, a wreszcie i wysięki do jam surowiczych. Wytwarza się wtedy obraz charłactwa puchlinnego (*cachexia aquosa*), co tłómaczą głównie zaburzeniami nerkowemi i sercowemi. Na zasadzie swego spostrzeżenia tłómaczy autor patogenezę tej sprawy inaczej. 44-letni marynarz wrócił z Nowej-Ziemi do Francyi po bardzo wyczerpującej podróży (zmęczenie, złe żywienie, nadużywanie wyskoku), nadzwyczajnie osłabiony i wyniszczony. Chory był bardzo opuchnięty, żółtawo-blady, nie miał wcale apetytu; stan podgorączkowy; w żyle szyjnej lewej świeży skrzep. Niedokrwistość znaczna (1,288.000 krwinek czerwonych, wskaźnik hemoglobiny obniżony). Obok ciałek czerwonych prawidłowych były i nieprawidłowe, jądrzaste i wielobarwliwe. Leukocytoza (35.000) wybitna z polynukleozą, nieznaczną myelocytozą, jednak bez wyraźnej eozynofilii. Badanie kału wykryło jaja tęgoryjca i pasorzyta samego, z czego autor wysnuł wniosek, że ową ciężką niedokrwistość wywołał tęgoryjec, przypuszczał jednak nadto i zakażenie bakteryami, do czego odnosił gorączkę i leukocytozę. — Chory coraz bardziej podupadał, zjawiły się w moczu białko i indykan, wreszcie nastąpił szał opilczy, obrzęk płuc i śmierć w miesiąc po wstąpieniu do szpitala. Sekcya wykryła na błonie śluzowej jelit liczne różowe guzki i wybroczyny, przeszło 500 tęgoryjców w ścianie jelit, przedewszystkiem w jelicie czczem. Żyła szyjna zewnętrzna lewa zupełnie wypełniona skrzepem; skrzepy znaleziono również w żyłach udowych i goleniowych. Skrzepy te zawierały paciorkowce i prątki okrężnicy. Otóż autor sądzi, że w jelitach toczyło się zapalenie, wywołane przez owe mikroby, a tęgoryjce, nakłuwając ścianę jelitową, wprowadziły owe mikroby wgłąb ściany jelita, zaszczepiając je w miejscach wybroczyn. Stąd dostały się mikroby do krwi. W ten więc sposób tęgoryjec, nakłuwając jelito, wywołuje czasem chorobę zakaźną ogólną, ciężką i złośliwą. Tem tłómaczy autor owo ciężkie »charłactwo puchlinne«. *Stahr.*

C. Nicolle i Dubos. **W sprawie leczenia nosacizny.** (*Presse méd.* Nr 37, 1907). Przed 5 laty donieśli autorowie, że wyleczyli nosaciznę u 17-letniego chłopca zapomocą wstrzykiwań surowicy krwi jałówki, zastrzegli się jednak, że nie mogą jeszcze stanowczo orzec, czy wyleczenie jest trwałe. Otóż teraz po upływie 5 lat donoszą, że wyleczenie jest istotnie zupełne. Autorowie radzą w przypadku stwierdzonej nosacizny u człowieka obok leków dotąd zachwalanych (arszenik, rtęć), dobrego odżywienia, pobytu na świeżem powietrzu, rychłe wypalanie odgraniczonych guzów, przyczem należy usunąć wszystko, co tylko podejrzane. Nadto zalecają wstrzykiwania prawidłowej surowicy domowego bydła rogatego (bovidés), chociaż nie twierdzą stanowczo, że ich chory zawdzięczał zdrowie tylko tej surowicy. Autorowie wstrzykiwali co 6 dni z początku po 5 cm.^{3}, a potem po 10 cm.^{3}, razem wstrzyknęli choremu 190 cm.^{3} w ciągu $2^1/_2$ miesiąca. *Stahr.*

H. Iscovesco. **Własności lecznicze drobnoziarnistych elektrycznych kolloidów metalicznych.** (*Presse méd.* Nr 37, 1907). Autor stosował takie przetwory (srebra, złota i palladu) w durze, zapaleniu płuc, róży, grypie z bardzo dobrym skutkiem. Wnioski ogólne autora są następujące: 1) Elektryczne drobnoziarniste kolloidy metaliczne dają, jak dotąd, najlepsze wyniki w leczeniu chorób zakaźnych. 2) Można je wstrzykiwać albo do żył, szczególnie w przypadkach ciężkich, albo do mięśni, a wtedy w dawkach większych. 3) Rozczyny muszą być izotoniczne i ściśle dawkowane. 4) Bardzo często, choć nie zawsze, występuje po wstrzyknięciu odczyn gorączkowy. Jeśli dawka początkowa, która dla dorosłego powinna wynosić 10 cm.^{3}, nie wywołuje odczynu i nie działa korzystnie, to należy ją zwiększyć. Autor sam w jednym przypadku wstrzyknął w jednym dniu 40 cm.^{3}. U dzieci należy być ostrożnym i zaczynać od dawek bardzo małych, szczególniej, póki się je stosuje śródżylnie. 5) Wstrzykiwania śródmięśniowe są zupełnie niebolesne i nie wywołują żadnych przypadłości miejscowych. 6) Najmniejsza dawka początkowa dla dorosłego wynosi 5 ctm. — W gruźlicy nie uzyskał autor zapomocą żadnego koloidu dodatnich wyników. *Stahr.*

Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1903, oraz 1901/2.

Streścił **prof. dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

7. Zakłady lecznicze i dobroczynności.

A. Zakłady lecznicze.

Sprawę szpitali publicznych wraz z zakładami dla obłąkanych i zakładami położniczymi omawiałem nie-

dawno obszernie w »Przeglądzie« na zasadzie sprawozdań Wydziału krajowego z lat 1904—6, wyników ankiety szpitalnej z r. 1902, jakoteż i ostatnich sprawozdań Rady zdrowia. Dlatego można je tutaj pominąć; natomiast należy wspomnieć o szpitalach prywatnych, gdyż poprzednio ich nie uwzględniłem, a wiadomości, podane przez Radę zdrowia za r. 1903, są najświeższe, jakiemi rozporządzać można. Szpitali prywatnych było w r. 1903 ogółem 57 z 1778 łóżkami; leczyło się w nich w tymże roku 16.372 chorych przez 342.586 dni (średni czas leczenia 20·9 dni). Liczba tych szpitali nie zmieniła się w r. 1903, bo wprawdzie przybył jeden (w Białym Kamieniu, fundacyi małżonków Schneidrów, na 60 chorych), ale jeden zgorzał. 12 szpitali z 389 łóżkami pozostaje pod zarządem Sióstr Miłosierdzia, 2 należą do Braci Miłosierdzia, 2 szpitale dziecięce (w Krakowie i we Lwowie, razem 230 łóżek) utrzymują osobne stowarzyszenia, 15 szpitali z 573 łóżkami utrzymują gminy izraelickie wyznaniowe, 9 ze 188 łóżkami kasy brackie i kasy chorych. W roku 1903 otwarto we Lwowie nowy, wzorowo zbudowany i urządzony szpital izraelicki na 100 łóżek, ufundowany przez dyrektora banku, M. Lazarusa; nowy szpital izraelicki otwarto też w roku 1903 w gminie Załubińce, przyłączonej obecnie do m. Nowego Sącza. Ze sprawozdania za r. 1903 dowiadujemy się jeszcze, że 4 Wydziały powiatowe zbierały fundusze na budowle szpitalne (Bóbrka 80.000 K., Mościska 41.894 K., Brzesko 31.500 K., Kamionka — rocznie 5494 K.).

Byłoby pożądane, by sprawozdania Rady zdrowia mogły zawierać pewne dane także o klinikach; dotychczas danych o tem niema.

W zdrojowiskach galicyjskich, w których frekwencya w 3 latach, objętych sprawozdaniami, wzrastała (28.516, 30.712 i 32.356 osób), a z których najbardziej odwiedzane jest Zakopane (7903, 9708 i 10.461), potem Krynica (6268, 6343 i 6647), powstał szereg ulepszeń, których szczegółowo nie wymieniamy, bo znane są z rozsyłanych lekarzom sprawozdań i prospektów. W większych zdrojowiskach odbywają się z wielkim dla rzeczy pożytkiem co roku konferencye lekarzy zdrojowych pod przewodnictwem krajowego Referenta sanitarnego lub lekarza powiatowego. Liczba zdrojowisk, odwiedzanych przez chorych, wzrosła z 10 na 11, gdyż zakład w Morszynie, własności funduszu wdów i sierót Towarzystwa lek. gal., poczyna dzięki znacznym adaptacyom znowu przyciągać gości.

Po raz pierwszy omawia Sprawozdanie za r. 1901/2 zakłady lecznicze dla suchotników, gdyż dopiero w r. 1902 otwarty został pierwszy zakład w Galicyi pod dyrekcyą dra Dłuskiego w Zakopanem, w r. 1901 zaś powstał tamże zakład »Bratniej pomocy uczącej się młodzieży«. Działalność zakładu dra Dłuskiego znaną jest powszechnie z ogłaszanych corocznie sprawozdań. W zakładzie »Bratniej pomocy« leczyło się w r. 1902/3 43 chorych przez 4650 dni (średni pobyt 108 dni); instytucya ta walczy niestety z wielkiemi trudnościami finansowemi.

O zakładzie ubezpieczenia robotników od wypadków podaje Rada zdrowia, że w latach 1901—3 wypłacił tytułem odszkodowania: 506.396, 529.779 i 721.814 K., koszta administracyjne wynosiły 170.002, 184.298 i 225.620 K., a w tem honorarya lekarskie 18.779, 20.304 i 21.933 K.

Byłoby rzeczą bardzo ciekawą poznać dane o działalności kas chorych w Galicyi. Niestety jednak Rada zdrowia nie może o nich podać dokładnych szczegółów i przytacza za r. 1903 tylko wyjątki z drukowanego sprawozdania miejskiej Kasy chorych w Krakowie i główne cyfry z 5 zaledwo kas prowincyonalnych, (których dziś jest kilkadziesiąt), — a za r. 1901/2 tylko główne dane o wszystkich kasach austryackich. Znamienne jest wliczenie przez krakowską Kasę chorych do rubryki kosztów lekarzy także kosztów kontroli chorych i ambulatoryum, któreby powinny być wliczone do kosztów administracyi; przy prawidłowem wliczeniu okazałoby się, że koszta administracyi są bardzo wysokie, pochłaniając 25 prc. opłat roboczych, a honorarya lekarzy nie wynoszą ani połowy kwoty 25.209 K., podanej ryczałtem jako koszta lekarzy wraz z kontrolą chorych i utrzymaniem ambulatoryum. Koszta administracyi nawet bez doliczenia kosztów kontroli i ambulatoryum dobiegły w krakowskiej Kasie chorych w r. 1903 kwoty aż 29.322 K., uderzająco wysokiej wobec kwot zasiłków dla chorych (60.707), leczenia w szpitalu (12.615) i t. p.

Kasa zatrudnia 12 lekarzy, porad lekarskich było 42.247, a więc średnio 3520 na jednego lekarza! W rzeczywistości jest znacznie gorzej, bo wśród owych 12 lekarzy są także rzadziej wzywani specyaliści.

Ambulatorya bezpłatne istniały w latach 1901/3 we wszystkich klinikach i prawie wszystkich oddziałach szpitali publicznych lwowskich i krakowskich, w szpitalu Bonifratrów w Krakowie, w obu stołecznych szpitalach izraelickich i w większości szpitali prowincyonalnych. (Na prowincyi zniósł Wydział krajowy ambulatorya w r. 1906). Nadto istnieją we Lwowie: poliklinika, utrzymywana przez osobne Towarzystwo, a zatrudniająca 19 lekarzy (leczono w niej w r. 1901/3 8,856, 10,475 i 9,666 osób) i ruska »narodna« (ludowa) lecznica, otwarta w roku 1903, zatrudniająca 5 lekarzy; w tymże roku otwarto w Krakowie uniwersyteckie ambulatoryum dentystyczne, jako odrębny zakład.

B. Zakłady i urządzenia dobroczynności.

Zakładów zaopatrzenia, dających całe utrzymanie, przybyło w r. 1901/2, w r. 1902 dalsze 3, natomiast w r. 1903 było ich znów o 2 mniej, mianowicie 37; mieściły one w ciągu roku 3,025—3,371 osób. Liczba zakładów, dających częściowe utrzymanie, wzrosła z 47 w r. 1901 na 52 w r. 1903, a liczba zaopatrzonych doszła w r. 1903—895. Dwa maleńkie zakłady dają tylko pomieszkanie bez utrzymania.

Zakłady sierot, ochronki i opieka nad niemowlętami. W ciągu lat 1901/3 przybył tylko 1 zakład sierot; w r. 1903 mieściło się w 43 zakładach 3,705 sierot. Sprawozdania podają szczegółowe dane o ruchu i kosztach utrzymania w tych zakładach; pożądane byłyby wiadomości o stosunkach zdrowotnych, ale tych Sprawozdania nie podają. Podobnież szczupłe tylko dane posiada Rada zdrowia o licznych w kraju ochronkach, o których niestety »tylko niektórzy lekarze powiatowi podają wiadomości«. W sprawozdaniach jest wzmianka tylko o jednym jedynym zakładzie opieki nad niemowlętami we Lwowie, opiekującym się corocznie trzystu kilkudziesięciu niemowlętami (śmiertelność waha się około 7—8%). Zresztą o opiece nad niemowlętami u nas głucho, nic też więcej o niej Sprawozdania nie podają; a przecie śmiertelność niemowląt w całym kraju jest przerażająco wielka i wobec niej obojętności społeczeństwa na tę sprawę niczem nie można usprawiedliwić.

Działalność stacyi ratunkowych (pierwszej pomocy), utrzymywanych przez osobne Towarzystwa we Lwowie i w Krakowie, znana jest dostatecznie; wspomnieć tylko należy, że lwowska stacya uzyskała od miasta jeszcze w r. 1901 dobre pomieszczenie, gdy krakowska po dziś dzień ma lokal ciasny i niewygodny.

Kolonii wakacyjnych dla młodzieży szkolnej było do r. 1903 w kraju tylko 10. Liczba ta niestety nie wzrasta; objęte są nią już 3 kolonie lecznicze dla dzieci zołzowatych, z których rabczańska im. św. Józefa zyskała w r. 1903 nowy, obszerny i okazały budynek, zdwajając prawie liczbę corocznie leczonych (ze 104 na 180). Wszystkie kolonie mieszczą corocznie niewiele więcej ponad 1000 dzieci. Wschodnia część kraju jest w nie lepiej zaopatrzona, niż zachodnia. Korpusy wakacyjne liczyły we Lwowie w r. 1902 800 uczniów i odbyły 19 wycieczek; za rok 1903 nie otrzymała Rada zdrowia sprawozdania. Zapał do tej instytucyi, przed paru jeszcze laty spory w całym kraju, był, zdaje się, zwyczajnym u nas słomianym ogniem. (Sprawozdanie z korpusów należałoby właściwiej do działu 6. *e* — traktującego o wychowaniu fizycznem młodzieży szkolnej). Bursy (bezpłatne lub bardzo tanie internaty) mieściły w latach 1901/3 ogółem 1780 uczniów; bursy te wylicza szczegółowo Sprawozdanie za rok 1901/2. W r. 1903 rozpoczęto budowę internatu dla 70 uczniów seminaryum naucz. w Zaleszczykach.

Zawarte w Sprawozdaniach, niezupełne zresztą, dane o kuchniach i herbaciarniach ludowych mniej nas tu obchodzą. Natomiast godzi się zwrócić uwagę na dane o domach ubogich i przytuliskach, przedewszystkiem dlatego, że niedostateczna ich liczba, nieodpowiednie zużytkowanie istniejących lub marnowanie wpływać na nie mogących funduszów jest jedną z przyczyn, dla których w szpitalach zalegają chorzy nieuleczalni i ozdrowieńcy, a także jedną z przyczyn braku odpowiednich przytułków położniczych dla ubogich rodzących. Z wykazywanych co roku »domów ubogich« część tylko jest rzeczywiście przytułkami, reszta nie posiada w rzeczywistości żadnego budynku, ale jedynie fundusze, służące do obdarowywania ubogich. Takich funduszów było w r. 1901—181, w r. 1903—183; obdarowano z nich w r. 1901 osób 9,779, w r. 1903 już 12,251, a gdy kwoty, które rozdać można, nie rosną w odpowiednim stusunku, więc i rozdawana jałmużna jest coraz nędzniejszą i coraz więcej chybia celu. W roku 1903 np. dostawał jeden ubogi średnio 20 K, 34 hal. zapomogi (w ciągu roku!). Rada zdrowia podnosi już od lat szeregu piekącą potrzebę uregulowania opieki nad ubogimi zapomocą stosownej ustawy. Brak jej sprawia, że nawet tam, gdzie uregulowana jest pomoc lekarska dla ubogich chorych lub rodzących, najczęściej »niema kogo posłać po lekar-

stwo, nie ma czem zapłacić za lekarstwo lub podwodę dla lekarza albo położnej«; dochody z grzywien i opłat, wpływających na fundusz ubogich, są administrowane przez gminy nieudolnie, lub »giną w rękach niesumiennych zwierzchników gminnych« (wójtów). Co roku też wylicza Rada zdrowia aż 25 powiatów, z których wcale nie wykazano funduszów ubogich. Jeżeli gdzieś powstanie nawet istotnie przytułek, to z fundacyi prywatnej (w Strzeliskach nowych 1903). Przytułki, utrzymywane przez Tercyarzy w Krakowie i we Lwowie (t. zw. przytułki brata Alberta), przy całej swej niezaprzeczonej użyteczności, przyjmują jednak nieraz na stały pobyt ludzi zupełnie zdolnych do pracy; zagranicą — zauważa Rada zdrowia — może być do takich przytułków przyjętą tylko osoba, nie mogąca znaleźć pracy, — i tylko 3—4 razy w tygodniu. (Dodajmy nawiasowo, że krakowski przytułek urąga wymaganiom higieny i.... energii władz sanitarnych m. Krakowa). (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Otrzymujemy następujące pismo z prośbą o ogłoszenie: **Odezwa do lekarzy wolno-praktykujących.** Mam zaszczyt zawiadomić Szanownych Kolegów, że w dniu 6. lipca 1907 zaprotokołowanie Tow. Wzaj. Pomocy lek. gal. przez notaryusza nie przyszło do skutku. Myślą moją było, aby nowe Towarzystwo zostało już zaprotokołowane i w sądzie handlowym w rejestr wpisane przed Zjazdem lekarzy, tak, aby już w czasie Zjazdu można było członków do Tow. definitywnie wpisywać i przyjmować. – Notaryusz jednak zwrócił naszą uwagę, że pierwsze Walne Zebranie powinno równocześnie wybrać Wydział, i ten pierwszy Wydział musi być również notaryalnie zaprotokołowany. — Wskazanem zaś jest, aby w wyborze Wydziału wzięli udział członkowie założyciele zamiejscowi. Wobec powyższego wracam do pierwotnej myśli, że statut Towarzystwa zaprotokołuje się w czasie Zgromadzenia członków założycieli przy sposobności Zjazdu lekarskiego.

Proszę zatem Kolegów, mających chęć przystąpić do nowego Towarzystwa, jako członkowie założyciele, z pośród których wybierze się Zarząd Towarzystwa na pierwsze trzechlecie, aby byli łaskawi listownie do mnie się zgłosić jeszcze raz, a ja listownie zawiadomię Ich, w którym dniu Zjazdu mamy się zebrać w mieszkaniu notaryusza celem wyboru Wydziału i wniesienia statutu do sądu. *Dr Adolf Wątorek.*

Przyrost szpitali w Austryi zestawia »Österr. Sanitätsw.« (Nr 27). W ostatniem trzydziestoleciu przybyło w całem państwie szpitali 93, w Czechach 32, w Galicyi 10; łóżek szpitalnych w całem państwie 18,649, w Czechach 5,064, w Galicyi 1,728; koszt leczenia na głowę i dobę wzrósł w tym czasie w całem państwie ze 122 h. na 178 h., w Czechach ze 110 na 158, w Austryi niższej ze 123 na 200, nawet na Bukowinie ze 110 na 178, tylko Galicya widocznie przez lat trzydzieści jest niezmiennem eldorado taniości, bo koszt wzrósł tylko ze 122 na 128 halerzy. *R.*

Partactwo jest zawodowem (gewerbsmässig) nawet wtedy, gdy nie stanowi źródła regularnego lub stałego zarobku. Tak orzekł najwyższy trybunał austryacki (22. XII. 1906 L. 12,600), a orzeczenie to przyczynić się może znakomicie do należytego karania partaczy przez sądy. *R.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	po 1 h
Od r. 1904 do końca r. 1906	314,765	112,950
W r. 1907 od 1. I. do 31. V.	20,546	23,800
Od 1. do 30 VI. 1907	3,902	8,100
razem .	339,213	144,850

Dr Żydłowicz, administrator.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 30. VI. do 6. VII. 1907 doniesiono o 33 nowych przypadkach duru plamistego w 12 gminach, a mianowicie pow. Drohobycz (Łastówki 2), Horodenka (Horodenka 1), Jaworów (Przyłbice 1), Kosów (Słobódka 3, Rybno 1), Lisko (Smolnik 1), Mościska (Artamowska Wola 4), Nadwórna (Pniów 5), Rawa (Rzyczki 1, Smolin 10), Stryj (Ławoczne 3), Zaleszczyki (Popowce 1); o 2 przypadkach ospy w 1 gminie, a mianowicie pow. Kałusz (Jasień 2). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 30. VI. do 6. VII. 1907 przypadków: odry —, płonicy 5 † 2, krztuśca 1, błonicy 7, duru brzusznego 1 † 1. *W.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 30. VI. do 6. VII. 1907 urodziło się dzieci żywo 55, nieżywo 4; zmarło osób 56 (w tem obcych 24), z nich z gruźlicy 17 (10), zapalenia płuc 6 (1), płonicy 2, krztuśca —, duru brzusznego 2 (1). *R.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 30. VI. do 6. VII. 1907 przypadków: błonicy 5, krztuśca 3 (w tem obcych 2), odry 1, duru brzusznego 7 (3). *L.*

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Towarzystwo lekarskie krakowskie reprezentować będzie na Zjeździe Prezes tegoż Towarzystwa prof. dr Aleksander Rosner.

W miejsce ś. p. prof. Jordana wygłosi na I. posiedzeniu ogólnem prof. dr Władysław Natanson z Krakowa wykład pod tytułem: »Świat, widziany od strony elektryczności«.

Komitet »Dziennika Zjazdu« zwraca się do wszystkich pp. prelegentów, którzy zgłosili odczyty lub demonstracye, aby raczyli krótkie streszczenia (autoreferaty) swoich wykładów przesłać bezzwłocznie do redaktora »Dziennika Zjazdu« prof. dra W. Sieradzkiego (Lwów, ul. Piekarska 52).

Pierwszy numer »Dziennika Zjazdu« wyjdzie we czwartek dnia 18. lipca b. r. i zawierać będzie oprócz szczegółowego programu posiedzeń ogólnych i sekcyjnych także wszelkie informacye, odnoszące się do Zjazdu. Członkowie Zjazdu będą go mogli odbierać w biurze głównem komitetu gospodarczego (miejskie Muzeum przemysłowe, ul. Hetmańska). Trzy następne numera »Dziennika Zjazdu« ukazywać się będą kolejno o godz. 8 rano w dniach 23, 24. i 25. lipca. Każdy z nich zawierać będzie szczegółowe sprawozdanie z dnia poprzedniego ze wszystkich sekcyi, streszczenia wykładów, dyskusyi i t. d. Aby Dziennik mógł atoli spełnić rzeczywiście to zadanie, trzeba koniecznie wszystko to, co można, wcześnie przygotować i złożyć, tak, aby do pracy nocnej pozostało tylko to, co można mieć dopiero w ostatniej chwili, t. j. streszczenia rozpraw (dyskusyi). W przeciwnym razie przygotowanie wszystkiego będzie wprost fizycznie niemożliwe, a »Dziennik Zjazdu« nie będzie mógł, jak należy, odpowiedzieć swemu zadaniu. Prelegenci, którzy nie przedłożą dość wcześnie streszczeń swoich wykładów (autoreferatów) Redakcyi »Dziennika Zjazdu«, będą musieli pogodzić się z tem, że ich autoreferaty ukażą się dopiero po Zjeździe w V. numerze »Dziennika Zjazdu«.

Uczestnicy Zjazdu, którzy mieszkanie zamówili, otrzymają kupony do swych mieszkań przy przyjeździe w biurze kwaterunkowem, które na obu dworcach kolejowych już od soboty 20. 7. będzie stale funkcyonowało, ewentualnie w biurze głównem w Muzeum przemysłowem.

Z powodu licznych zapytań podaje Komitet gospodarczy do powszechnej wiadomości, że dla członków i uczestników Zjazdu urządzone będą następujące wycieczki:

I. Wycieczka trwać będzie 5 dni. Wyruszy ze Lwowa (dworzec główny) dnia 26. o godz. 7·20 rano i obejmie kolejno następujące miejscowości: Truskawiec, Borysław, Rymanów, Iwonicz, Wysowa, Bardyów, Krynica, gdzie połączy się z wycieczką drugą. Przyjazd do Krynicy 30. lipca wieczór. Wycieczkę tę prowadzić będzie dr Adam Greliński (Lwów, Akademicka 8).

II. Wycieczka trwać będzie 5 dni. Wyruszy ze Lwowa (dworzec główny) dnia 25. lipca o godz. 11 wieczór do Krakowa. Stąd przez Rabkę uda się do Zakopanego (między innemi wycieczka do Morskiego Oka), następnie przez Czorsztyn i Czerwony Klasztor, Pieninami do Szczawnicy, skąd przybędzie do Krynicy 30. lipca wieczór i zejdzie się tamże z I. wycieczką. Przewodnictwo tej wycieczki objął dr Jan Grek (Lwów, Piekarska 52).

III. Wycieczka do Oleska i Podhorzec, celem zwiedzenia pamiątek historycznych po Janie III, tudzież dalszy jej ciąg do Sasowa, celem zwiedzenia zakładu wodoleczniczego i fabryki papieru, odbędzie się 26. lipca. Wyjazd Lwów-Podzamcze o godz. 6·33 rano, powrót o godz. 10·15. Kierownictwo wycieczki przyjął dr W. Serbeński (Lwów, Chorążczyzna 18).

We wszelkich sprawach tyczących się wycieczek należy udawać się wprost do wymienionych kierowników wycieczek, którzy udzielać będą wszelkich potrzebnych wyjaśnień i informacyi. Wielce pożądanem jest, aby członkowie Zjazdu, którzy zechcą uczestniczyć w wycieczkach, zechcieli jaknajrychlej zgłaszać się do kierowników, a to szczególnie w tym bardzo ważnym

celu, aby ile możności jaknajwcześniej módz określić ilość uczestników. Szczegółowy program wycieczek znajdą uczestnicy w 1-szym numerze »Dziennika Zjazdu«, który wyjdzie we czwartek 18. lipca b. r. Podjąć go można będzie w biurze komitetu gospodarczego (gmach miejskiego Muzeum przemysłowego, ul. Hetmańska), od 19. lipca b. r.

Zgłoszone wykłady:

W I. sekcyi przyrodniczo-dydaktycznej zgłoszono 19 wykładów.

III. Sekcya chemiczna i farmaceutyczna (c. d.). Z Zakładu chemii lekarskiej w Krakowie: 19. St. Mostowski: Studya nad hemopyrrolem. 20. T. Koźniewski: Studya nad filotaoniną. 21. L. Marchlewski: Pogląd na obecny stan chemii chlorofilu. 22. W. Syniewski: O budowie skrobi.

X. Sekcya fizyologiczna (c. d.). Z Zakładu fizyologii Uniwersytetu we Lwowie: 36. Dr B. Klarfeld: Badania ergograficzne nad odruchem kolanowym.

XV. Sekcya oto-ryno-laryngologiczna (c. d.). 7—8. Doc. Fr. Nowotny (Kraków): Dychawica oskrzelowa, jej istota i leczenie. — Ciała obce w tchawicy i oskrzelach. 9. Dr T. Heryng (Warszawa): W sprawie leczenia suchot krtani żegadłem elektrycznem.

XVI. Sekcya dermatologiczna. Gospodarz: Prof. dr W. Łukasiewicz, sekretarz: dr Świątkiewicz.

Porządek obrad Sekcyi: I. Posiedzenie d. 22. VII. o g. 5 popołud. 1. Temat ogólny: Leczenie kiły wobec nowszych odkryć, sprawozdawca prof. Łukasiewicz. 2. Szpringer: Zachowanie się krętków bladych przy leczeniu kiły. 3. Malinowski: Przyczynek do badań nad krętkiem bladym. 4. R. Leszczyński: Nowe vehiculum dla przetworów rtęciowych. 5. A. Buraczyński: Żółtaczka we wczesnym okresie kiły.

II. Posiedzenie d. 23. VII. o g. 9 rano (posiedzenie wspólne).

III. Posiedzenie d. 24. VII. g. 9 rano. 1) Kozerski i Górkiewicz: Z osobistych spostrzeżeń w zakresie: a) rentgenoterapii, b) radiumterapii, c) fototerapii. 2. W. Sterling: Z rentgenoterapii. 3. J. Świątkiewicz: Leczenie toczenia żrącego euganolem. (Demonstracye chorych). 4. Mahl (junior): Sposób robienia odlewów chorób skórnych (moulage) z demonstracyą.

IV. Posiedzenie d. 24. VII. g. 3 popoł. 1. R. Leszczyński: O leczeniu poronnem wiewióra. 2. Sterling: Pemphigus vegetans. 3. Malinowski: a) O samoistnym zaniku skóry. b) Demonstracye. 4. A. Grossglik: Przedstawienie przyrządów leczniczych własnego pomysłu.

V. Posiedzenie d. 25. VII. o g. 9 rano. 1. Prof. Łukasiewicz: Demonstracye rzadszych przypadków chorobowych. 2. Bernhard: Temat zastrzeżony. 3. Turzański: Kilka uwag w sprawie polepszenia stosunków prostytucyi. 4. Malinowski: Sprawa opracowania zbiorowej dermatologii polskiej.

Składki na pomnik M. Nenckiego. (Spis IV) Od 15. VI. do 3. VII. b. r. wpłynęło: od lekarzy miasta Poznania za pośrednictwem redakcyi »Nowin lek.«: drdr Adamczewski 2 mk., Bolewski 2, Chachamowicz 1, Chrzanowski 2, Dandelski 2, Dembiński 2, Dziembowski 2, Gantkowski 2, Grabowski 2, Jarnatowski 2, Jerzykowski 2, Kapuściński 2, Karwowski 2, Kożuszkiewicz 2, Kroll 2, Krysiewicz 3, Kuczer 1, Landowicz 2, Łazarewicz 3, Maćkiewicz 2, Meissner 2, Michalski 2, Mieczkowski 2, Müller 2, Niegolewski 2, Panieński 3, Pomorski 2, Rydlewski 1, Rzepnikowski 3, P. Schultz 2, Skoczyński 2, Smoliński 2, Stan 2, Stasiński 2, Stark 1, Święcicki 5, J. Szulc 1, M. Szulc 2, Szulczewski 3, Tomaszewski 2, Wicherkiewicz 3, Fr. Zakrzewski 5, Ks. Zakrzewski 2, Zielewicz 2, razem po potrąceniu opł. kursora 85 mk. = 99 K 91 gr. Na listę Rektora Szpilmana: prof. Szpilman 50 K, prof. Grabowski 10, prof. Gizelt 10, doc. Fibich 10, doc. Kulczycki 10, prof. Królikowski 6, prof. Kretowicz 5, kraj. ref. weterynaryi Fr. Ponicki 5, dr Mahl 5, dr M. 2, lekarze weter. kand. do egz. fizyk. 8, razem 120 K. Na listę prof. Tołłoczki: prof. Tołłoczko 5 K, Radoszewski 3, prof. Hadaczek 3, insp. Bruchnalski 3, prof. Twardowski 6, S. A. 3, prof. Witkowski 2, prof. Kruczkiewicz 2, szereg ofiarodawców o podpisach nieczytelnych 10, razem 46 K. Od doc. J. Modrakowskiego 20 K; od doc. S. Kowalskiego 6 K; od dra Piotra Kucharskiego 5 K; od dra Wojtkowskiego 10 K; od doc. Szulisławskiego 10 K; od dr Anny Polikierowej 10 K; od dra Henryka Polikiera 10 K; od Towarz. lekarzy galic. (Lwów) 100; od Rady miasta Lwowa 100; od Koła lekarzy polskich w Petersburgu za pośrednictwem skarbnika dra Wiercińskiego 35 rubli; od sł. med. L. Zbyszewskiego 2 K; od prof. Laskowskiego 20 franków = 19 K 4 gr. Na listę prof. Dzierzgowskiego (Petersburg): pp. Wilczyński 10 rubli, Bronisława Miszkiewicz 3, Hartung 3, mag. farm. W. Szulc 25, razem 41 rb. = 104 K 12 gr. Od Izby lekarzy wschod.-gal. 50 K; od Izby lek. zachod.-gal. 50 K; od prof. Wicherkiewicza 20 K; od mag. farm. W. Włodzimirskiego 20 K; od gal. Towarzystwa aptekarskiago 50 K. Od koła medyków wszechnicy lwowskiej z własnych funduszów 50 K, ze składek zebranych pośród młodzieży uniwersytetu 90 K 28 gr., razem 140 K 28 gr. Od dra Palmirskiego (Warszawa) 10 rb. Na listę prof. Zawidzkiego (Ryga): prof. P. Walden 5 K, prof. C. A. Bischoff 5, doc. A. Latz 3, doc. M. Centnerszwer 5, dr J. Feletow 3, prof. St. Schimansky 3, doc. J. Zawidzki 5, Zarząd Związku polskiego w Rydze 12, prof. C. Blacher 5, inż. A. Wołokitin 5, prof. A. Jensch 5, prof. B. Wodziński 5, dr E. Fröhlich 3, dr L. Dolin 3, dr Adams Buttel 3, inż. N. Steinbach 5, razem 75 K. Od doc. E. Biernackiego (Karlsbad) 50 K. — Składki przyjmuje dalej sekretarz W. G. Zjazdu doc. dr Adam Szulisławski (Lwów, Jagiellońska 8).

Wiadomości bieżące.

Kilkanaście dni tylko oddziela nas od X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie. Gdy przed laty czterdziestu ś. p. Adryan Baraniecki rzucał pierwszą myśl Zjazdów polskich, wtedy patrzał proroczo w przyszłość, przeczuwał, że im cięższe będą społeczeństwa naszego losy, tem większe mieć będzie dlań znaczenie dorobek duchowy i z dorobku tego na Zjazdach obrachunek. Ale nie przewidywał może wspaniałego rozwoju tego największego swego dzieła. Dziś, gdy X. Zjazd liczbą i jakością spodziewanych prac swoich, wzorowem przygotowaniem, świetną wystawą, mnogością uczestników, zapowiada dalszy w rozwoju Zjazdów postęp, nie może już ulegać wątpliwości, że Zjazdy stały się prawdziwie ogniskiem naszego ruchu przyrodniczo-lekarskiego, które po wszystkich ziemiach polskich rozsyłając dobroczynne swe promienie, przyciągnąć musi wszystkich, miłujących dobro nauki polskiej i dbałych o przyszłość naszego społeczeństwa.

Kraków. W dniu 5. VI. b. r. miał Czcigodny prof. Jakubowski ostatni wykład kliniczny przed ustąpieniem z katedry. Tłumnie zebrani słuchacze zgotowali ukochanemu Profesorowi serdeczną owacyę, prosząc Go, by zezwolił w murach stworzonego przez siebie szpitala dla dzieci wmurować tablicę, wyrażającą hołd i wdzięczność Jego uczniów.

— Akademia Umiejętności ogłasza konkurs z nagrodą 1000 K i terminem do 31. grudnia 1907 na następujący temat: »Opracować stosunki klimatyczne jednej z większych dzielnic ziem polskich, albo porównać pod względem klimatycznym którąkolwiek z kolonii zamorskich, do których emigruje gromadnie ludność polska, z klimatem rodzimym«. Prace należy nadsyłać do Akademii bezimiennie z zachowaniem zwykłych form (nazwisko autora w kopercie opieczętowanej, opatrzonej temsamem godłem, co praca).

— Miejska Komisya sanitarna odbyła posiedzenie w dniu 6. VII. b. r. Z przyjętego do wiadomości sprawozdania fizyka m. okazuje się, iż stan zdrowia ludności w pierwszem półroczu b. r. był pomyślny. Śmiertelność na 1000 mieszkańców (bez obcych) wynosiła 16·3. Nie było żadnego przypadku śmierci z duru brzusznego. Choroby zakaźne pojawiały się rzadziej, niż w ubiegłym roku. Na 119 wypadków płonicy zmarło osób 14, a na 44 błonicy 2 osoby. Komisya uchwaliła uprosić Prezydyum miasta, aby na Zjazd lekarzy i przyrodników we Lwowie wysłało jednego z lekarzy miejskich z poleceniem złożenia sprawozdania. Następnie przyjęła Komisya opracowaną przez fizyka instrukcyę dla fryzyerów i golarzy, a wreszcie zgodnie z opinią Gremium aptekarzy oświadczyła się za otwarciem czternastej apteki w Krakowie w dzielnicy Wesoła za torem kolejowym.

— *Otrzymujemy następujące pismo:*

Wydział Polskiego Towarzystwa Balneologicznego uchwalił, aby z początkiem miesięcy wakacyjnych przypomnieć lekarzom polskim patryotyczny obowiązek popierania zdrojowisk i uzdrowisk swojskich. Wykonując tę uchwałę, upraszam uprzejmie Szanowną Redakcyę o łaskawe umieszczenie słów niniejszych na łamach Szanownego pisma.

Dr Zaniewski, sekretarz Polskiego Tow. Balneologicznego.

— Pogotowie Towarzystwa ratunkowego krakowskiego udzieliło pomocy w pierwszem półroczu 1907 w 2,322 przypadkach, od założenia Towarzystwa 43,376 razy.

— U źródeł Wisły na Śląsku austryackim otwarty został d. 1. VII. b. r. polski zakład elektro- i wodoleczniczy dra Zanietowskiego.

Lwów. Zebranie lekarzy celem zawiązania »Towarzystwa wzajemnej pomocy lekarzy galicyjskich« według projektów dra Wątorka odbyło się w dniu 6. VII. b. r. Po dłuższej dyskusyi uchwalono odroczyć obrady nad statutem na dzień 20. VII., by w nich mogli uczestniczyć przybywający na Zjazd lekarzy i przyr. koledzy z prowincyi.

Zdrojowiska polskie. Do Iwonicza przybyło do d. 1. VII. osób 1,763, do Rymanowa — 883.

Poznań. Izba lekarska poznańska (w której zasiadają także lekarze-Polacy) uchwaliła regulamin co do wsparć lekarzy i ich rodzin, postanowiła zalecić lekarzom jaknajliczniejsze przystępowanie do Towarzystwa zwalczania partactwa, zawiązanego w Berlinie, przyjęła do wiadomości podanie, wystosowane przez wyższą Izbę lekarską do ministerstwa oświaty, a żądające, by naczelnikiem wydziału leczniczego w tem ministerstwie i przewodniczącym w deputacyi naukowej dla spraw lekarskich był lekarz, uchwaliła wspólnie z innemi Izbami starać się o zrównanie likwidacyi lekarskiej za świadectwa, o podwyższenie wynagrodzenia dla lekarzy nieurzędowych za oględziny sądowe i o odszkodowanie ich w razie zakażenia się, o podniesienie taksy honoraryów, odrzuciła zaś wniosek o zobowiązanie lekarzy, by przedkładali komisyi ugodowej wszelkie kontrakty lekarskie. Dochody Izby w r. 1906 wynosiły 14,081 Mk, rozchody 4,107 Mk. Spraw honorowych roztrząsano 35, załatwiono 31. (Now. lek. 7).

Warszawa. Pogrzeb ś. p. profesora Hoyera odbył się 6. VII. b. r. przy tłumnym udziale lekarzy i przyrodników warszawskich i publiczności. Imieniem Akademii Umiejętności i Uniwersytetu Jagiellońskiego przemawiał nad trumną prof. Cybulski z Krakowa, imieniem Towarzystwa lekarskiego warszawskiego prezes dr W. Kamocki, imieniem redakcyi »Gazety lekarskiej« dr J. Pruszyński, imieniem przyrodników p. J. Tur.

— Ogólne zebranie członków warszawskiego Towarzystwa higienicznego zatwierdziło w d. 4. VII. projekt dra Dunina, by budowę sanatoryum w Rudce ukończyć jeszcze w r. b. zapomocą pożyczki 30,000 rb. z Banku handlowego, zabezpieczonej hipotecznie na własnym domu wnioskodawcy, a mającej się spłacić przez ofiarne grono 20 osób, które corocznie przez lat 10 składać będą po 200 rb.

— Władze warszawskie starają się z powodu zupełnego wyczerpania funduszów szpitalnych o przyspieszenie objęcia szpitali przez miasto, zapomocą zastosowania § 87 ustaw zasadniczych.

— Magistrat warszawski postanowił pomnożyć liczbę lekarzy miejskich (t. j. leczących personal magistratu i robotników miejskich) z 2 na 6, nadto zawrzeć umowę z 5 lekarzami specyalistami i przyjąć 4 felczerów; koszt tych zmian, zmierzających do zapewnienia prawidłowej pomocy lekarskiej 16,000 osobom, będącym w służbie miasta, wyniesie 11,780 rb. rocznie.

— Pan E. Herbst ofiarował 10,000 rb. na założenie oddziału ortopedycznego przy szpitalu dziecięcym Anny Maryi w Łodzi i zobowiązał się pokrywać koszta utrzymania oddziału.

— »Zdrój Ciechociński« rzucił myśl urządzenia w Ciechocinku we wrześniu r. b. krajowej wystawy balneologicznej.

Wilno. Stan sanitarny Wilna pozostawia ciągle wiele do życzenia; brak dozoru sanitarnego daje się odczuwać na każdym kroku. Nietylko zlewy i ustępy na dziedzińcach domów zatruwają powietrze, ale nawet rzeki Wilenka i Wilia są straszliwie zanieczyszczane. Niedawno w Wilence wyłowiono części zwłok, pochodzące z trupiarni przy szpitalu Sawicz po dokonanej sekcyi. Na większość sklepików, herbaciarni i jadłodajni trzeciorzędnych powinna być zwrócona baczna uwaga, ponieważ częste są przypadki zatrucia potrawami zepsutemi, lub gotowanemi w niebielonych naczyniach. Przed kilku dniami gubernator zarządził zrewidowanie naczyń, w których rozwożą po ulicach lody t. zw. »morożennicy«, napływający do Wilna z wiosną z głębi Rosyi, ponieważ były przypadki zatrucia sprzedawanemi przez nich lodami. Nikt nie nadzoruje, ani z jakiego mleka, ani w jakich naczyniach lody są przyrządzane. *Dr Władysław Zahorski.*

Z różnych stron. Związek prasy lekarskiej niemieckiej (Freie Vereinigung der med. Fachpresse) uchwalił w r. z. zgromadzić nazwiska lekarzy, podejmujących się za wynagrodzeniem na zamówienie fabrykantów przetworów leczniczych pisać artykuły, zachwalające te przetwory. Obecnie spis takich lekarzy już sporządzono, a artykuły ich nie będą ani pomieszczane, ani streszczane w pismach, do Związku należących. Przez to będzie położony kres nadużyciom, wprowadzającym w błąd lekarzy i publiczność.

Mianowani: w Warszawie dr Borsuk ordynatorem szpitala wolskiego na miejsce dra Kijewskiego, który obejmuje ordynaturę w szpitalu św. Rocha po dr Ciechomskim, powołanym na ordynatora szpitala Dz. Jezus;

doc. Dependorf profesorem dentystyki w Lipsku; prof. Döderlein dyrektorem kliniki położniczej w Monachium; znany badacz kiły, prof. Neisser we Wrocławiu, profesorem zwyczajnym (jest to pierwsza zwyczajna katedra dermatologii w Niemczech); prof. Kretz z Wiednia profesorem anatomii patol., a doc. Kirpal nadzw. profesorem chirurgii na niem. wszechnicy w Pradze.

Zmarli:

Ś. p. Dr Adam Langie

przekroczywszy zaledwo 40-ty rok życia, zmarł po krótkiej chorobie w Ponicach pod Rabką, gdzie bawił dla wypoczynku. Ś. p. Langie, wychowaniec Wszechnicy krakowskiej, ukończył ją w r. 1888. Poświęciwszy się okulistyce, był przez szereg lat asystentem kliniki prof. Rydla, a spędziwszy potem dłuższy czas na studyach zagranicą, osiadł w Krakowie, gdzie zdobył sobie niemałą wziętość wśród chorych. Obdarzony temperamentem i niepoślednim talentem literackim, był autorem bardzo płodnym, a oprócz prac okulistycznych pisywał z zamiłowaniem studya z historyi medycyny, oraz bardzo liczne artykuły w pismach codziennych, którymi słusznie zdobył sobie opinię jednego z najruchliwszych i najlepszych popularyzatorów wiedzy u nas. Gorliwie pracując w zakresie spraw zawodowych, wybrany został przed paru laty do Wydziału Izby lekarskiej. »Przegląd lekarski« traci w nim wielololetniego wiernego i zawsze chętnego współpracownika, lekarze wytrwałego obrońcę interesów ogółu lekarskiego, chorzy sumiennego i życzliwego opiekuna. Przedwczesna Jego śmierć budzi żal powszechny. Spokój Jego popiołom! *S.*

Dr S. Czapski, kierownik fabryk Zeissa, znany współpracownik Abbégo, odznaczony w roku 1904 tytułem profesora, w 46 r. ż. w Jenie; dr Dreschfeld, profesor med. wewn. w Manchester.

Redakcya otrzymała: Gluziński i Reichenstein: Myeloma i leucaemia lymphatica. »Tyg. lek.« 1907. — Stanisław Kopczyński: 1) Badania doświadczalne z zakresu anatomii i fizyologii tylnych korzeni nerwów kręgowych. Lwów 1906. »Arch. n. biol. i lek.« 2) Dwa przypadki jednostronnego uszkodzenia znacznej liczby nerwów czaszkowych. »Gaz. lek.« 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Płócienne osłonki na serwety, w które wkłada się serwety chorych na gruźlicę płuc celem uniknięcia stwierdzanego zakażenia zwykle używanego pierścienia prątkami, polecone przez dra Kirchnera, okazały się według badań dra Huhsa, lekarza sanatoryalnego w Stadtwald, nader praktyczne. Co tydzień odkaża się je w rozczynie lysoformu i poddaje potem zwykłemu postępowaniu przy praniu. *Ll.*

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone)

I. Zdrojowiska krajowe:

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.

Dr **Brodzki Jan**, b. asyst. prof. Leydena. kierownik zakładu dla hydro- elektro- mechanoterapii.

Iwonicz.

Dr **Berger Marek**.
Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr **Lanes S.**

Kosów.

Lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Październ.
Dr **Tarnawski**, właściciel i kierownik.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem").
Dr **Ebers H.**, kierownik c. k. Zakładu hydropatycznego
Dr **Kmietowicz Franciszek**, (Dom „Świteź").
Dr **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki chor. kob ec. prof. Marsa (willa Białej Róży).

Rabka.

Dr **Cholewicz Fr.**
Dr **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Bielecki Ignacy**, lek. okręg.

Szczawnica.

Dr **Gorski Ksawery**, b. lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr **Hammerschlag**, (Willa „Atylla").
Dr **Kołączkowski J.**, kierownik wodolecz. i pensyonatu.
Dr **Kruszyński Kazimierz**, radca cesarski.
Dr **Żuliński Edward**, (Willa „Alma"), (zimą w **Meranie**).

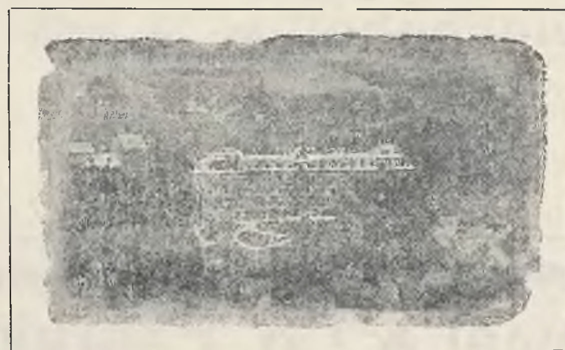
Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon**.
Dr **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Wisła.

Dr **Zanietowski Józef**.

Zakopane.



SANATORYUM Dra DŁUSKIEGO DLA CHORYCH PIERSIOWYCH.

Zegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński**, (Louisenstr. 2a).

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy. Renngasse 3

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl").

Biarritz (B. P.) France.

Dr **Bohdanowicz**, („Villa St. Hubert"), („zimą w **Nizzy**").

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wohr**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Engländer Bernard**, (Schwarzer Bär, Kirchenstr.).
Dr **Steinsberg**, (Pensyonat leczniczy we własnej willi).
Dr **Zeitner Józef**, („Stadt-Paris" Kirchenstrasse).

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.**, radca ces., (Villa „Höflinger" VII).

Kissingen.

Dr **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.

Karlsbad.

Dr **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").
Dr **G. Gittelmacher-Wilenko**, b. asystent Uniw. lwow. Sprudelstr Haus Kronprinz.
Dr **Kaufmann Oskar**, („Pascha" Sprudelstrasse).

Marienbad.

Dr **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried").
Dr **Kwiatkowski St. B.**, („Stadt Hamburg").

W Kissingen

Ludwigstr. 16 praktykuje jak lat ubiegłych

Dr med. J. Maciejewski

Przyjmuje chorych w swoim prywatnym pensyonacie z całodziennem utrzymaniem. — Kuchnia dyetetyczna (także i dla eksternistów). — Kąpiele lecznicze wszelkiego rodzaju, elektroterapia, masaż aktywny, wibracyjny i ręczny. 293

Zimą praktykuje w Wiesbaden.

B. asystent kliniki chor. wewnętrznych Uniw. Jagiell. 281

Dr ZYGMUNT WĄSOWICZ

praktykuje jak w latach poprzednich od 15-go maja do końca września

w KRYNICY (Dom pod Orłem).

Kalendarz lekarski krakowski na rok 1907

wyszedł z druku pod redakcyą Dra T. Cybulskiego.

Egzemplarz w płótno oprawny: 3 K. 50 h. — z przesyłką poczt. polec. 3 K. 90 h. — Egzemplarz w pegamoid oprawny: 4 K. — Z przesyłką poczt. polec. 4 K. 40 h. 181

Do nabycia w księgarni Krzyżanowskiego, Kraków linia A—B Tel. 150, lub u wydawcy — Kraków, Floryańska 44 T. 674.

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów żelazistych jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem 203

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu

Aptekarza D. MATULI w Podgórzu.

Polecany jako środek lekko strawny, popudzający apetyt, w błednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.
Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.
Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 korony.
Wyrób krajowy tańszy o 25% od takiegoż niemieckiego Dr Gudego w Lipsku.
Dwie flaszki wysyłam franco. Dwie flaszki wysyłam franco.
(Preparat ten wydaje się jedynie na przepis lekarza).

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne:

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syropie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w ¼ szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.





Stomachin (Cognac chinae). 208

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum“.** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum“ wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginał Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.

Rok XLVI. Kraków, dnia 20. lipca 1907. Nr 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

X. ZJAZDOWI LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH TEN NUMER POŚWIĘCA

REDAKCYA.

Z trzech dzielnic ziemicy naszej w jednej tylko wolno dzisiaj zbierać się lekarzom i przyrodnikom polskim na obchód naukowego święta. Jeszcze nie możemy obchodzić go tam, gdzie i dziś krzewi się bujnie posiew, rzucony przez Szkołę główną w czasie krótkiego jej, ale świetnego żywota; a w prastarej Piastów siedzibie pracować wspólnie teraz nam nie wolno. Ale im bardziej zaciskają się pęta, nakładane nawet na naszą pracę naukową, tem droższym staje się dla nas dorobek nasz duchowy, tem żywiej płonie ognisko, które go na jednolity, cenny stapia kruszec. Bo z tego kruszcu mamy i my, przyrodnicy i lekarze, wykuć dla naszego społeczeństwa zbroję do dalszej walki.

Tych zadań naszych zrozumienie i umiłowanie zgromadzi pojutrze pod wspólny proporzec mnogi hufiec bojowników wiedzy zewsząd, gdzie rozlega się i dokąd dotarła polska mowa. Przygotowującym zwycięski nauki polskiej pochód, Uczestnikom X. Zjazdu, od stóp prastarej, dostojnej nauki tej Macierzy, powitanie i pozdrowienie.

Przyczynek do techniki całkowitego wyjęcia przez laparotomię macicy dotkniętej włókniakami.

Napisał

Prof. dr Aleksander Rosner.

Mimo olbrzymiej liczby prac, zajmujących się sprawą wskazań operacyjnych i wyboru sposobu operowania w przypadkach włókniaków, wiele pytań pozostało nierozstrzygniętych i nie doszliśmy do jednolitego zapatrywania się na te sprawy. Kiedy i jak operować włókniaki? Odpowiedź na te pytania nie będzie nigdy łatwą, ani krótką. Zapatrywania niektórych autorów, według których każdy włókniak rozpoznany powinien być operowany, są niewątpliwie błędne tak, jak z drugiej strony błędem jest odkładać rękoczyn zbyt długo. Z chwilą, kiedy istotne wskazania, ocenione indywidualnie, zmuszają nas do zabiegu operacyjnego, zachodzi pytanie, jakiej użyć metody. Niektóre przypadki same dyktują sposób operacyjny: n. p. włókniaki podśluzowe, rodzące się przez szyję do pochwy, albo podsurowicze uszypułowane. Niema wówczas wątpliwości, że można operować zachowawczo, t. j. usunąć nowotwór, a pozostawić macicę. Zupełnie inaczej przedstawia się rzecz wobec mnogich włókniaków śródmiąższowych. Niektórzy autorowie posuwają swoją zachowawczość tak daleko, że i w tych przypadkach starają się ocalić macicę i operując przez pochwę lub przez laparotomię wyłuszczają ze ściany macicy liczne nowotwory. Zdaniem mojem sposób ten powinno się stosować tylko wyjątkowo u osób młodych, które pragną i mogą rodzić, a u których guzów włókniakowych w ścianie macicy jest niewiele. Rzecz jasna, że sposób ten nie chroni od nawrotu choroby, a piśmiennictwo zawiera cały szereg przypadków, w których powtórna, tym razem doszczętna operacya okazała się niezbędną. Uważałbym za błąd stosowanie tej metody zachowawczej u osób, liczących wyżej lat 40, a stanowiących ogromną większość naszych operowanych. Ratowanie u nich narządu, którego czynność ma wkrótce zgasnąć, nie ma żadnej podstawy.

O ile zajmuję stanowisko zachowawcze co do wskazań operacyjnych i nie operuję nigdy bez wyraźnej konieczności, o tyle zdecydowawszy się raz na rękoczyn, wybieram, o ile być może, zabieg doszczętny. Najdoszczętniejszym zabiegiem jest niewątpliwie całkowite wyjęcie macicy. Wybór drogi operacyjnej zależy naturalnie od wielkości i ruchomości nowotworu, a że droga przez pochwę jest o wiele bezpieczniejsza, przeto, gdzie można, tę drogę wybieram. W przypadkach, w których guz jest bardzo duży i musi być wyjęty przez laparotomię, uważam całkowite wyjęcie za operacyę odpowiedniejszą, niż odcięcie nadpochwowe macicy z pozostawieniem szyi. Zalety tego zabiegu są tak wybitne, że dziwićby się można, dlaczego ta operacya nie wyparła

dotąd całkowicie odcięcia nadpochwowego. Wystarczy przejrzeć piśmiennictwo z lat ostatnich, ażeby się przekonać, że większość operatorów francuskich, angielskich i niemieckich posługuje się dawnym sposobem *(amputatio supravaginalis)*. A przecież to samo piśmiennictwo poucza nas, że w kikucie pooperacyjnym rozwija się nie tak rzadko rak (Coudamin, Richelot), że w kikucie zjawić się mogą włókniaki (Doleris), że kikut stać się może powodem wysięku szypułowego (Stumpfexsudat), jak to zresztą sam w dwóch przypadkach widziałem. Odpowiedź na pytanie, dlaczego mimo tych wad i mimo tego, że odpływ wydzielin z ran pooperacyjnych jest przy całkowitem wyjęciu macicy daleko lepszy, niż przy odcięciu nadpochwowem, — ma to odcięcie dotychczas tylu zwolenników, — odpowiedź na to pytanie daje Krönig w pracy z 1901 r. Oto odcięcie nadpochwowe jest zabiegiem łatwiejszym. Przy całkowitem wycięciu macicy metodą Doyena należy po otwarciu brzucha wytoczyć macicę z guzami przed powłoki i o ile być może przegiąć ją silnie ku przodowi, ażeby podnieść i uprzystępnić sobie tylną ścianę pochwy. Tę ścianę należy następnie przeciąć cięciem podłużnem i w ten sposób dostać się do pochwy, odszukać w niej i uchwycić część pochwową i przez cięcie, zadane w tylnem sklepieniu, wyprowadzić ją do jamy brzusznej. Napinającą się teraz błonę śluzową pochwy w sklepieniu przedniem należy przeciąć i na tępo oddzielić pęcherz od szyi macicznej od dołu do góry, t. j. od pochwy ku zagłębieniu pęcherzowo-macicznemu *(excavatio vesico-uterina)*. Po otwarciu otrzewnej nad pęcherzem pozostaje tylko podwiązać i przeciąć więzadła szerokie, przymacicza i boczne sklepienia i operacya jest skończona. Otóż pierwszy akt tego zabiegu bywa czasem, jak słusznie twierdzi Krönig, trudnym. Otwarcie pochwy w tylnem sklepieniu cięciem od jamy brzusznej nie zawsze jest rzeczą łatwą, zwłaszcza jeśli guzy leżą nizko i utrudniają dostęp do jamy Douglasa. Po otwarciu pochwy wyszukanie i uchwycenie części pochwowej natrafia czasem na trudności, a po jej szczęśliwem wyprowadzeniu do jamy brzusznej bywa czasem przecięcie pochwy w przedniem sklepieniu rzeczą niełatwą i mozolną. Te trudności uwzględnił Doyen i sporządził szczypczyki dla łatwiejszego uchwycenia części pochwowej; z powodu tych trudności wymyślił Chrobak sondę (Glockensonde), którą podnosi się tylne sklepienie pochwy i ułatwia operatorowi otwarcie tego sklepienia od jamy brzusznej. Ale zgłębnik Chrobaka uwzględnia tylko jedną trudność, szczypczyki Doyena tylko drugą. Przekonałem się przytem, że zgłębnik Chrobaka wymaga ręki wprawnej, jeśli ma być prawdziwie pomocnym, Doyen zaś sam utrzymuje, że czasami trudno jest przez szczelinę w tylnem sklepieniu wymacać i uchwycić część pochwową.

Chcąc usunąć wszystkie trudności tego pierwszego aktu operacyi Doyenowskiej, poleciłem sporządzić dwa narzędzia, t. j. 1) litą kulkę mosiężną, niklowaną, wielkości jajka gołębiego, przez którą, jak przez szklany paciorek, przechodzą trzy przewody pod kątem prostym względem siebie, t. j. jeden z góry na dół, drugi z prawej strony na lewą, trzeci z przodu ku tyłowi. Przewody te mają 5 mm. w średnicy, pomieścić więc mogą najgrubszą nitkę jedwabną. 2) Szczypczyki wygięte i zakończone odginającymi się pod kątem prostym haczykami, które wejść mogą łatwo w przewody wyżej opisanej kulki. Rycina najlepiej tłómaczy te szczegóły.

Zastosowałem narzędzia te w następujący sposób: Kilka godzin przed operacyą, kiedy po raz ostatni oczyszcza się pochwę i ściany jej i część pochwową po użyciu innych płynów odkażających pędzluje się jodyną, sprowadza się część pochwową z pomocą szczypczyków Muzeux o ile można najniżej. Przez kulkę przeprowadza się grubą nitkę jedwabną,



zaopatrzoną w igły na obu końcach. Igłami temi przekłuwa się część pochwową od tyłu ku przodowi w ten sposób, że jedna część nitki idzie przez miąższ części pochwowej z prawej, druga z lewej strony jej przewodu, oba zaś końce wychodzą przez przednią wargę. Pociągnąwszy oba końce nitki przybliża się wiszącą na niej kulkę do tylnej wargi części pochwowej, poczem mocno związuje się ze sobą oba końce nitki i w ten sposób przyciska się mocno kulkę z tyłu do części pochwowej. Następnie zdejmuje się szczypczyki Muzeuxa i tamponuje mocno pochwę gazą jodoformową, przez co podnosi się wysoko sklepienia, część pochwową i przywiązaną do niej kulkę. Uniemożliwia się też w ten sposób zesunięcie się kulki.

Po otwarciu jamy brzusznej i wytoczeniu macicy wyczuwa się bardzo łatwo kulkę, wypuklającą tylne sklepienie. Na niej prowadzi się też cięcie zupełnie śmiało, poczem, kiedy przez dostatecznie szerokie cięcie kulka stała się dostępną, chwyta się ją szczypczykami, wprowadzonymi w którykolwiek z trzech przewodów, co nie sprawia żadnej trudności. Pociągając teraz kulkę do góry, ciągnie się za nią część pochwową i w ten sposób natychmiast wprowadza się ją do jamy brzusznej. Ponad węzłem nitki znajduje się sklepienie przednie; węzeł ten więc wskazuje nam niejako miejsce, w którem mamy przeciąć błonę śluzową sklepienia przedniego.

Sposobem tym miałem dotąd sposobność raz tylko operować, przyczem stwierdziłem, że ułatwia on w wysokim stopniu rękoczyn. Otwarcie obu sklepień pochwy i oddzielenie pęcherza trwało bardzo krótko i było uderzająco łatwe. Sposób ten ma jeszcze i tę zaletę, że przewód szyi staje się przez mocne związanie nitki i przyciśnięcie kulki zupełnie niedrożnym, przez co unika się dostania się treści jamy macicznej do brzucha.

Zdaję sobie sprawę z tego, że sposób ten nie da się we wszystkich przypadkach zastosować, przedewszystkiem zaś tam, gdzie część pochwowa nie da się ściągnąć tak nizko, ażeby można było wygodnie igły przez nią przeprowadzać; ale są osoby, zwłaszcza wieloródki, u których da się to wykonać bardzo łatwo.

Rad będę, jeśli opis ten zachęci innych operatorów do próby i ułatwi im rękoczyn tak, jak mnie w powyżej wspomnianym przypadku.

Narzędzia wykonał p. W. Ornatowski, Kraków, Mikołajska.

Zadania i tory spółczesnej dyagnostyki chorób wewnętrznych.

Podał

Prof. dr Witold Orłowski.

(Wykład wygłoszony 4/17. maja przy objęciu katedry dyagnostyki lekarskiej w Kazaniu).

Szanowni Panowie! W dniu 20. X. 1906 r. wszechnica Kazańska zaszczyciła mnie wyborem na katedrę dyagnostyki lekarskiej. Dziś po raz pierwszy przemawiam do Panów. Jakkolwiek zawezwany zostałem do takiej samej działalności, jakiej — co prawda w rozmiarze o wiele skromniejszym — poświęciłem poprzednie lata od ukończenia Akademii wojskowo-lekarskiej, pomimo to jednak, przyznam się, przemawiam do Panów nie bez pewnego wzruszenia, odczuwam bowiem ogrom odpowiedzialności, ciążącej na mnie, jako na profesorze wszechnicy, której Wydział lekarski ma świetne tradycye, jako na jednym z kierowników pierwszych Waszych kroków w dziedzinie schorzeń ludzkich, wreszcie, jako na kierowniku kliniki. Tylko w nadziei wytworzenia żywej i nierozerwalnej łączności z wszechnicą widzę źródło tych sił, które mi dadzą możność spełnić zadanie.

Przemawiając dziś do Panów, widzę przed sobą słuchaczy, nietylko dokładnie już obznajomionych ze światem zjawisk fizyologicznych, lecz i stojących już, że tak powiem, po drugiej stronie tej granicy, za którą zapoznajecie się Panowie z niedolą i nieszczęściem w postaci chorób. Moim zaszczytnym obowiązkiem będzie obznajomienie Panów z metodami badania chorego ustroju i z temi oznakami, które już nietylko kładą na ustrój piętno choroby, lecz także pozwalają drogą syntezy i analizy wytworzyć sobie mniej więcej ścisłe pojęcie o charakterze sprawy chorobowej. Jeśli zwrócimy się do historyi medycyny, to łatwo się przekonamy, że w starożytnych czasach lekarz był bardzo ograniczony co do metod rozpoznawania spraw chorobowych w ustroju człowieka: nie mając ścisłych anatomicznych i fizyologicznych danych, nie posiadając ścisłych metod badania, musiał lekarz szczególniejszą uwagę zwracać na ogólne wejrzenie chorego *(habitus)*, na stan języka i powłok zewnętrznych, na cechy tętna i łatwo dostrzegalne zmiany wydalin ustrojowych, nie wyłączając czasami nawet badania ich smaku; korzystając z pierwotnych danych anatomicznych, zgodnie z zapatrywaniami szkoły Aleksandryjskiej IV—III. wieku przed Narodzeniem Chrystusa, lekarz stosował wreszcie i obmacywanie chorego ustroju. Jeśli do tego dodać wywiady, to na tem właściwie kończą się środki, którymi rozporządzał ówczesny lekarz w celu poznania istoty spraw chorobowych w ustroju. Cóż więc dziwnego, że rozpoznawanie chorób w owych czasach było bardzo niedokładne? Istotne podstawy naukowe zyskało badanie spraw chorobowych w ustroju dopiero od tego czasu, gdy prace Wezaliusza w XVI wieku położyły podwaliny wiedzy o prawidłowej budowie ustroju, gdy Harvey, odkrywając obieg krwi, dał bodziec do rozwoju fizyologii, gdy Virchow przykuł uwagę badaczy do komórek ustroju, dając początek patologii komórkowej, gdy wreszcie postępy nauk przyrodniczych zdobyły szereg nowych faktów w dziedzinie anatomii, fizyologii i patologii. Odrzuciwszy wnioski oderwane, nauka lekarska zwróciła się do szczegółowego badania tych zmian morfologicznych, do których wiodą te lub owe objawy chorobowe, i wytężyła uwagę w kierunku poznania zboczeń od prawidłowej budowy tkanek i narządów jeszcze za życia chorego. Odkrycie opukiwania (Auenbrugger 1761) i osłuchiwania (Laennec 1781—1826), olbrzymie postępy fizyki (mikroskop i t. d.) i chemii znamionują wielki rozkwit tego anatomicznego kierunku w patologii i dyagnostyce. Wystarczy wskazać na to, że obecnie umiemy nietylko rozpoznać obecność sprawy chorobowej w pewnym narządzie, lecz i rozstrzygnąć, jaka jego część, miąższowa czy śródmiąższowa, uległy zmianom, że możemy odgraniczyć sprawy, przebiegające w tak ściśle połączonych między sobą tkankach, jak wsierdzie, osierdzie i mięsień sercowy, nawet przy zmianach, współcześnie je zajmujących. Dążenia do poznania jeszcze za życia chorego zmian morfologicznych otrzymały w ostatnim dziesiątku lat silny bodziec dzięki odkryciu Röntgena. Promienie Röntgena, odznaczające się łatwością przenikania przez niektóre ciała nieprzejrzyste i fluorescencyą na płycie fotograficznej (ekran) pozwalają nam nietylko spostrzegać za życia cienie narządów na ekranie, lecz i ustalać na zawsze te obrazy narządów. Z postępami techniki dzięki tym promieniom zdołaliśmy obecnie wytworzyć sobie ścisłe pojęcie o rozmiarach serca u chorych na rozedmę płuc, u których serce nieraz bywa przykryte płucami na całej przestrzeni; potrafimy rozpoznawać u tych chorych zapalenie osierdzia tam, gdzie opukiwanie nie wykrywa zboczeń (Béclère), wreszcie rozpoznawać przewlekłe zlepne zapalenie osierdzia (Stürtz, Lehmann i Schmoll). X-promienie pozwalają wytworzyć sobie ścisłe pojęcie o położeniu i wymiarach serca (de la Camp, Goldscheider, Moritz, Grünmach i Wiedemann, Karfunkel i inni) również przy wadach jego zastawek, przy zapaleniu mięśnia sercowego, przesunięciu się serca przy zmianie położenia badanego osobnika (Determann), przy wysiękach opłucnych, przy rozedmie płuc i t. d.; X-promienie nieraz wykrywają bardzo małe tętniaki tętnicy głównej i nowotwory śródpiersia, gdy zwykłe metody fizyczne dają jeszcze wyniki ujemne (v. Jaksch, Rumpf, Burdach, Mann, Schrötter, Pfeifer i wielu innych). Promienie te mogą być bardzo pożyteczne przy wykryciu ciał obcych w narządach wewnętrznych (Arnolds, Barri, Opiess, Lebiediew, prof. Ziemacki i inni), nawet kamieni kałowych (Ossig), przy zmianach gruczołów około-oskrzelowych i śródpiersia, zwłaszcza zwapniałych (Keller, Hennecart, de la Camp i inni), przy t. zw. środkowem zapaleniu płuc *(pneumonia centralis)*, gdy objawy, znamienne dla zapalenia płuc nie występują wskutek głębokiego położenia ogniska zapalnego (Grünmach i inni), przy zgorzeli płuc (Lenhartz, Rissling), przy ropniu płuca (v. Jaksch, Weinberger, Grünmach i Rieder), przy bąblowcach (Rosenfeld, Zadek i Levy-Dorn). King zaznacza, że rentgenoskopia może wykryć rozszerzenie oskrzeli w początkowych okresach, gdy inne metody kliniczne nie pozwalają jeszcze wykryć tej choroby; v. Jaksch za pomocą rentgenoskopii uzyskiwał wskazówki rozpoczynającego się rozejścia włóknikowego zapalenia płuc już wtenczas, gdy jeszcze ani ciepłota, ani opukiwanie z osłuchiwaniem nie wskazywały na zbliżanie się przełomu. Badanie promieniami Röntgena dozwala śledzić ruchy przepony i w ten sposób ułatwia rozwiązanie bardzo ważnego pytania, czy ognisko chorobowe znajduje się ponad lub pod przeponą. Niewyraźnie ograniczone o brzegach rozpływających się cienie na jasnem tle, odpowiednio do położenia płuc, ograniczenie ruchomości przepony (Rumpf, Dally, Lawson i Cromie, Wierjużskij i inni), mniejsza przejrzystość szczytu płucnego już w samym początku sprawy, gdy jeszcze brak innych oznak fizycznych, lub istnieje zaledwie nieznaczny kaszel, mogą dostarczyć badaczowi cennych wskazówek rozpoczynającego się rozwoju niebezpiecznej choroby płucnej (Kelsch i Boinon, Béclère, Bartelemy, de la Camp, Pfahler, Dally, Wierjużski i wielu innych).

W innych razach te cienie, nadające płucom wejrzenie plamiste, świadczą o rozsianiu się sprawy chorobowej po całem płucu już wtenczas, gdy zwykłe badanie wykrywa tylko zajęcie jednego szczytu. Obecność tych cieni na jaśniejszem, niż zwykle, tle, może ułatwić rozpoznanie gruźlicy, przebiegającej z rozedmą płuc. Zapomocą badania promieniami Röntgena można o wiele częściej, niż opukiwaniem i osłuchiwaniem wykryć jamy gruźlicze, nieraz nawet nader

male: mają one postać jasnych plam na ciemnem tle, przechodzących od czasu do czasu w gęste cienie, gdy jama wypełni się wydzieliną (Lewson, Rumpf i inni). Przy zapaleniu opłucnej badanie promieniami Röntgena może wskazać na stopień drożności płuca dla powietrza po wessaniu się wysięku (Boisson) lub wykryć w sąsiedztwie przebytego zapalenia opłucnej resztki sprawy, ściągającej płuco; w ten więc sposób X-promienie mogą wykryć takie nieznaczne następstwa zapalenia opłucnej, których nie stwierdza się zwykłemi metodami badania (Wierjużskij). Zazwyczaj tak trudne rozpoznanie międzypłatowego zapalenia opłucnej, gdzie wysięk zbiera się głęboko między płatami płuc, może być ułatwione w wysokim stopniu przez fotografowanie zapomocą promieni Röntgena, które wykrywa ciemne pasmo, nader wyraźnie odgraniczone z obydwóch stron dwiema jaśniejszemi przestrzeniami płatów płucnych (Béclère). Nadzwyczaj znamienny obraz dają X-promienie przy odmie opłucnej (Bouchard, Kienböck, Béclère i inni); na rentgenogramie i na ekranie widzimy zupełnie jasną przestrzeń, nieco tylko zaciemnioną w sąsiedztwie kręgosłupa, co odpowiada ugniecionemu płucu; pod tą przestrzenią, odgraniczając się bardzo wyraźnie, widać ciemne pasmo, odpowiednio do położenia wysięku, który zwykle towarzyszy odmie; jednocześnie widać przemieszczenie zewnętrznej granicy środkowego cienia, zależne od przemieszczenia śródpiersia; wreszcie, wstrząsając chorego, możemy widzieć na ekranie falowanie na granicy jasnej i ciemnej przestrzeni i w ten sposób odkryć znamienny dla omawianej sprawy chorobowej szmer pluskania (Pfahler). Obraz rentgenowski jest tak znamienny, że, zdaniem niektórych klinicystów (Kołowszczykow) sprawę chorobową można rozpoznać już na podstawie samego tylko tego obrazu. Kamienie nerkowe, zwłaszcza składające się ze szczawianu wapna, jak również kamienie pęcherza moczowego można wykryć za pomocą X-promieni (Müller, Abbe, Albarran i Contremoulins, Schönberg, Béclère, Petersen, Harris, Kümmel, Leonard, Beck, Blum, Czeremuchin i inni). Zdaniem niektórych (Blum i inni), rentgenografia, z wyjątkiem niektórych rzadkich przypadków, w których można wyczuć kamyk, jest jedynie pewną przedmiotową metodą wykrywania kamieni w nerkach. Przynajmniej w wielkiej statystyce Leonarda liczba przypadków, w których kamicę nerkową rozpoznano prawidłowo zapomocą X-promieni, stanowi 97%. Kamyki z kwasu moczowego i cystyny z łatwością przepuszczają X promienie i dlatego nie mogą być rozpoznane przy ich pomocy.

W ostatnich czasach z X-promieni korzystamy dla celów rozpoznawczych nawet i w zakresie narządów, przepuszczających te promienie. W tym celu wprowadzamy do jam tych narządów substancye, zatrzymujące X-promienie, n. p. ferratynę, żelazo odtlenione wodorem, srebro koloidalne, rtęć, śrót, przeważnie zaś azotan bizmutu zasadowy (Tieder, Holzknecht i inni). Tą metodą udało się wielu badaczom (Doyen, Rosenfeld, Holzknecht, Boas, Levy-Dorn, Blum, Béclère, Cohn i inni) rozpoznawać zwężenia, rozszerzenia i uchyłki przełyku, rozszerzenie żołądka i jego opadnięcie (Dalton i Reis, Schüle i inni), badać prawidłowy pęcherz moczowy i rozpoznawać uchyłki, nieprawidłowe położenie pęcherza i t. d. (Völcker i Lichtenberg, Keller), rozpoznawać nowotwory żołądka w początkowych okresach, gdy inne metody dają wyniki ujemne (Strauss, Holzknecht, Steyrer i inni). Schütz tym sposobem rozpoznawał wcześnie zwężenie odźwiernika i jego położenie, jak również oznaczał siedzibę nowotworów żołądka, prof. Hemmeter rozpoznawał wrzód okrągły żołądka, wreszcie Rieder, a następnie Pfahler, Schüle, Holzknecht i Brauner tą drogą nietylko otrzymali za życia pouczające dane, dotyczące topografii przewodu pokarmowego, lecz także spostrzegali przebieg różnych okresów trawienia.

Przytoczone przykłady dostatecznie pouczają, iż kierunek anatomiczny w rozpoznawaniu chorób zdołał skorzystać z odkrycia Röntgena i znaleźć w niem dla siebie poparcie. Przy ocenie danych, uzyskanych zapomocą promieni Röntgena, należy jednak mieć zawsze na pamięci, że X-promienie dają tylko mniej więcej zmienione cienie badanych narządów, nie zaś rzeczywiste ich obrazy. X-promienie więc dają tylko przybliżone pojęcie o kształtach, wielkości i położeniu narządów, zależnie od odległości narządu od źródła promieni, od kierunku promieni, grubości narządu, jego składu w różnych warstwach i wielu innych przyczyn. Jeśli n. p. w płucu przebiegają jednocześnie dwie sprawy chorobowe, z których jedna zwiększa, a druga zmniejsza przejrzystość sąsiednich warstw płucnych, to badanie zapomocą promieni Röntgena może dać nam wskazówki, które łatwo mogą doprowadzić badacza do wniosków mylnych (Wierjużski). Z innej strony obrazy rentgenoskopowe dają pojęcie o kształtach, rozmiarach i położeniu narządów, również o zmianach w nich, nie przysparzają jednak wskazówek, któreby mogły dopomódz do wyświetlenia przyrody sprawy chorobowej. Wskazując n. p. na mniejszą ilość powietrza w jakimkolwiekbądź odcinku płuc, X-promienie nie rozwiązują pytania, czy to jest naciek n. p. zapalny, czy niedodma, czy wreszcie nowotwór (v. Jaksch, Otten i in.); dając cień przy wypocinie opłucnej (Lehmann i Stapler i in.), nie ułatwiają one rozwiązania doniosłego dla chorego pytania, czy wysięk jest surowiczy, czy ropny.

Trzeba jednak przyznać, że i przed wprowadzeniem do dyagnostyki odkrycia Röntgena, rozwiązanie tych zadań tylko na podstawie badania zmian morfologicznych w tkankach i narządach było nieraz wprost niemożliwe. Tylko przez wprowadzenie do dyagnostyki nowego czynnika, — patologicznej fizyologii, rozpoczyna się nowa epoka, która pogłębia nasze pojęcia o istocie spraw chorobowych. Dowiedzieliśmy się mianowicie o istnieniu chorób, w których nawet poszukiwania na zwłokach nie wykrywają żadnych zmian anatomicznych i tylko badanie czynności fizyologicznych za życia rzuca dostateczne światło na stan ustroju i przyczynę zejścia śmiertelnego. Dowiedzieliśmy się również, że jednakowe zmiany w narządach mogą być wywołane nieraz przez sprawy różnego charakteru; tak n. p. i gruźlica i kiła mogą wytworzyć bardzo podobne zmiany w płucach. Dowiedzieliśmy się wreszcie, że jedna i ta sama przyczyna może wywołać szereg nadzwyczaj różnorodnych zmian nietylko w różnych narządach ustroju, lecz i w jednym i tym samym narządzie, n. p., szereg zmian od gruzełka prosowatego aż do powstania owrzodzeń i jam. Wszystko to przekonało nas, że określenie zmian anatomicznych nie jest dostateczne, że dla prawidłowszej oceny sprawy chorobowej, dla jej poznania, niezbędnem jest wyświetlenie jej patogenezy i zapoznanie się z przebiegiem różnych czynności ustroju. Rozwojowi tego kierunku w dyagnostyce dopomogły postępy fizyologii patologicznej, a zwłaszcza bakteryologii, która rzuciła światło na pochodzenie wielu spraw chorobowych. Nie będę tu zatrzymywał uwagi Panów na dawniejszych świetnych odkryciach rozmaitych drobnoustrojów chorobotwórczych, — odkryciach, które wywołały przełom w medycynie i biologii, przypuszczam bowiem, że są to rzeczy Panom już znane. Uważam jednak za niezbędne podkreślić, że znaczenie tego kierunku w dyagnostyce, zasadzającego się na badaniu stanu fizyologicznego ustroju i na wyświetleniu w każdym poszczególnym przypadku patogenezy, jest tak doniosłe, iż umysł ludzki nie przestaje dążyć do odkrycia nowych metod w tym kierunku. W ostatnich latach pod tym względem dużo nadziei pokładano w badaniu krwinek białych i stosunku poszczególnych ich gatunków tak we krwi, jak i w rozmaitych płynach patologicznych. (C. d. n.)

Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie. (Dyrektor: Radca Dworu Prof. Jakubowski).

O mongołowatości.

Wykład kliniczny [1]).

Podał

Doc. dr Ksawery Lewkowicz.

Korzystając z nadarzającego się przypadku chciałbym Panów zaznajomić z obrazem chorobowym, który dopiero od niedawna większe wzbudza zajęcie. Cierpienie to nie jest zbyt częste, gdyż w okresie lat trzech widzę dopiero drugi przypadek; przytem pierwszego nie można uważać za typowo rozwinięty. Nie jest ono jednakże tak rzadkie, jakby się to na pozór mogło wydawać, gdyż niewątpliwie bardzo często nie jest rozpoznawane. Za dowód może posłużyć i nasz przypadek, gdyż przeszedł on przez ręce paru pedyatrów, nie zwróciwszy na siebie uwagi. Chodzi o t. zw. mongołowatość *(mongoloid)*, mongolizm *(mongolismus)* lub niedołęstwo umysłowe mongołowate *(idiotismus mongoloides)*.

Rozpocznę od przedstawienia przypadku:

M. C., lat $2^1/_4$, przyjęta została do szpitala św. Ludwika dnia 3. stycznia 1907 nr. dz. 96 z rozpoznaniem błonicy. Po zastosowaniu surowicy swoistej objawy choroby ustąpiły i chora przeniesioną została na oddział rezerwowy. Tutaj rozwinęło się zapalenie oskrzeli, połączone z lekką gorączką, a w następstwie tego cierpienia zrazikowe zapalenie płuc, zajmujące dolne płaty, z objawami fizycznymi nie zbyt rozległymi i wybitnymi.



Od matki dowiadujemy się, że dziecko urodziło się na czasie, karmione było w pierwszym roku życia wyłącznie piersią, w drugim obok piersi dokarmiane, a zupełnie odstawione dopiero w wieku dwóch lat. Matka podnosi, że tylko z trudnością udało się jej nauczyć dziecko przyjmować obok piersi inne pokarmy. Mimo nienagannych warunków żywienia dziecko było zawsze blade i wątłe i rozwijało się powoli. Dopiero przed paru miesiącami nauczyło się siedzieć. Lekarz, do którego się matka zwróciła o poradę, miał rozpoznać krzywicę i słabość życiową. Dziecko nic nie mówi, co najwyżej mruknięciami wyraża swe chęci. Podobno jednak nieco rozumie mowę, a w każdym razie poznaje usposobienie rodziców, np. zganione płacze. Nieprawidłowe jego wejrzenie zauważono wkrótce po urodzeniu.

Badaniem stwierdzamy (patrz fotogram) upośledzenie w rozwoju ogólnym, w szczególności w rozwoju kośćca. Dziecko wygląda na roczne, lub, co najwyżej, $1^1/_2$-roczne, ma zaś lat $2^1/_4$. Ciężar ciała 7·300 kg, coby odpowiadało wiekowi 7 miesięcy, długość ciała 73 cm, coby odpowiadało wiekowi około $1^1/_4$ roku, obwód piersi pod pachami 40·5 cm. Kościec jest wątły, kości długie, cienkie, wysmukłe. Ciemię, które powinno być od roku zamknięte, jest jeszcze szeroko otwarte, jego przekątnia strzałkowa wynosi 5·5, wieńcowa 4·5 cm. Zębowanie jest również opóźnione $\frac{d-baab-d}{d-baab-d}$ i odpowiada wiekowi $1^1/_2$ roku. Od razu zaznaczę, że stwierdzamy tylko bardzo nieznaczne ślady krzywicy: nieznaczne zapadnięcie okolic podsutkowych, ślad różańca. Ten stopień krzywicy nie wystarcza do wytłómaczenia opisanego opóźnienia rozwoju kośćca.

Obok tego ogólnego niedokształcenia kośćca przedewszystkiem uderza zmiana w budowie twarzy i czaszki. Stwierdzamy wybitne krótkogłowie (*brachycephalia*); wymiar strzałkowy wynosi 13·7, poprzeczny 13·3 cm, obwód 44 cm, czaszka jest przytem niezupełnie symetryczną i okazuje guzy. Wybitniejsze są jeszcze zboczenia w budowie twarzy; nadają one jej pewien szczególny typ: twarzy mongolskiej. Twarz wydaje się jakby z przodu na płasko zgniecioną, wszystko bowiem znajduje się w niej prawie w jednej płaszczyźnie: grzbiet nosa jest nizki, zapadły, część skrzydłowa szeroka i płaska, oczy znów raczej ku przodowi wysunięte do poziomu czoła i policzków, podobnie kości jarzmowe. Twarz jest szeroka. Barwa skóry na twarzy jest blada z odcieniem żółtawym. Szpary powiekowe są wyraźnie skośnie ustawione, węższe, rozporkowate i krótsze; mianowicie ku zewnątrz wydają się skrócone, a powieki tutaj są jakby zrośnięte. Usta w spoczynku wązkie, przy śmiechu lub płaczu szeroko się roztwierają. Płatki uszne są wyraźnie niedokształcone.

Co do kończyn, to stwierdzamy, że ręka jest krótka (p. niżej radyogram), podobnie palce, szczególniej kciuki i palec 5, który dosięga zaledwie do połowy palca 4. Wreszcie stwierdzamy na palcu 5 przykurczenie między 1 a 2 członkiem, wybitniejsze po stronie prawej, niż po lewej.

Opóźnienie rozwoju nie dotyczy wyłącznie tylko kośćca. Stwierdzamy, że także rozwój siły mięśniowej i ruchów nie odpowiada wiekowi. Dziecko zaledwie potrafi siedzieć i to przy odpowiedniem podparciu, nie stoi zaś i nie chodzi. Odpowiadałoby to rozwojowi dziecka $^1/_2$-rocznego.

Wyraźnie opóźniony jest także rozwój umysłowy. Dziecko ma wyraz bezmyślny, głupowaty, trudno je czemkolwiek zająć. Czasem można je pobudzić do idyotycznego uśmiechu, lub do płaczu, przeważa jednak zachowanie się ciche i obojętne. Dziecko wcale nie mówi i, zdaje się, nie rozumie zupełnie mowy, znajduje się zatem na stopniu rozwoju umysłowego dziecka kilkomiesięcznego. Upośledzenie zatem rozwoju w większej jeszcze mierze odbija się w rozwoju psychicznym i rozwoju ruchów, niż w rozwoju kośćca.

Dalszym objawem jest nadmierna ruchliwość. Twarz często stroi dziwne grymasy. Język, może nieco większy, a przynajmniej dłuższy, wystawiany bywa często przez otwarte usta. Na języku zauważyć można powiększenie brodawek, wynik drażnienia przez tarcie. Także w zakresie tułowia i kończyn stwierdzić można wykonywanie ciągłych ruchów, kręcenie się, wyginanie, co sprawia, że dziecko z pościeli często się rozkopuje. Ruchliwość ta tworzy kontrast ze słabym rozwojem mięśni i ich wiotkością (hypotonią). Stawy są wiotkie, ich ruchomość bierna zwiększona, niema jednak nigdzie stawów cepowych. Najwybitniej stwierdzić można tę nadmierną ruchomość w stawach biodrowych i kolanowych, w których łatwo można wykonać nadmierne wyprostowanie, podobnie na stawach śródręcznopalcowych.

Podobnie, jak mięśnie, jest także wiotka skóra, która łatwo daje się fałdować, a kształty ciała mają w sobie coś miękkiego, rozpływnego.

Skóra i błony śluzowe są blade.

Oddech charczący. Badanie palcem jamy nosowogardłowej nie wykrywa wyrośli gruczołowatych. Badanie płuc stwierdza nieżyt oskrzelowy i ogniska zapalenia zrazikowego w dolnych płatach. Tony serca czyste. Brzuch nieco powiększony; przepukliny pępkowej niema. Stolec prawidłowy. Wątroba macalna na $1^1/_2$ palca niżej łuku żebrowego, śledziona niemacalna.

Rentgenogram rąk (p. rycinę) okazuje w nadgarstkach po dwa jądra (*os capitatum i hamatum*). Niema jądra w dolnej nasadzie kości sprychowej i u podstawy kości śródręcza kciuka, a brak tych jąder w trzecim roku życia w przypadkach prawidłowych należy do rzadkości (Heimann i Potpeschnigg). Na rentgenogramie uwydatnia się wybitnie przykurczenie drugiego członka palca piątego po obu stronach.

[1]) Według wykładu w Tow. lek. krak. w dniu 16. stycznia 1907.

Rozpoznanie w danym przypadku nie może ulegać wątpliwości; chodzi o mongołowatość czyli mongolizm. Przypadek ma wszystkie ważniejsze cechy tego zboczenia w stopniu wybitnym.

Nie będę szczegółowo opisywał drugiego przypadku, który obserwuję od lat trzech. Przypadek ten przedstawia się jako postać niezupełna. Pierwszym objawem, który zwrócił na siebie uwagę, było drżenie gałki ocznej po stronie lewej. Rozwinęło się ono u dziecka $^1/_2$-rocznego bezpośrednio po przebyciu zapalenia płuc. Przypadek ten był pierwotnie w opiece prof. Raczyńskiego, który oddając mi go skłaniał się do rozpoznania nowotworu mózgowego. Przeciw temu rozpoznaniu przemawiały jednak pewne okoliczności: usposobienie dziecka raczej wesołe, brak wysklepienia ciemienia lub powiększenia wymiarów czaszki. Rozstrzygnął rzecz dalszy przebieg. Główny objaw: drżenie gałki ocznej,



ustąpił po kilku miesiącach samorodnie. Jakiś czas rozważałem, czy nie zachodzi tu postać niezupełna obrzęku śluzowatego, ostatecznie jednak doszedłem do rozpoznania mongolizmu. Zgadzały się z niem wszystkie stwierdzone u chorego objawy: zmarszczka nakątna obustronna, twarz przypłaszczona, cera żółtawa, szpary powiekowe wprawdzie nie skośne, ale przynajmniej poziome, wyrośle gruczołowate jamy nosowogardłowej, upośledzenie w rozwoju kośćca, a co najważniejsza, wybitne upośledzenie rozwoju umysłowego. Dziecko obecnie, w wieku $3^1/_2$ lat, mówi wprawdzie, ale mowa jest słabo rozwinięta, a wymowa wadliwa, wielu wyrazów wprost nie można zrozumieć.

Tyle co do moich przypadków.

Cierpienie, o którem mowa, znane jest już dość dawno, pierwsze doniesienie Langdon Downa pojawiło się bowiem w r. 1866; na kontynencie nie zwracano jednak na nie dłuższy czas uwagi, co musi się wydawać dziwnem wobec uderzających cech cierpienia i licznych opisów w piśmiennictwie angielskiem i amerykańskiem. Z niemieckich autorów pierwszy pisał o niem Neumann z Berlina 1899, drugi Kassowitz z Wiednia 1902. Dopiero jednak w ostatnich paru latach sprawa weszła na porządek dzienny, co uwydatnia się wielką liczbą artykułów, poświęconych temu cierpieniu w czasopismach pedyatrycznych francuskich i niemieckich.

Badanie anatomiczne stwierdza często w narządach wewnętrznych zboczenia rozwojowe. Pierwsze miejsce należy się zboczeniom mózgowia. W niektórych przypadkach stwierdzano niedokształcenie móżdżku, mostu, lub rdzenia przedłużonego. W innych znowu sam mózg był przedewszystkiem dotknięty: na całej przestrzeni półkul, lub tylko w zakresie pewnych zrazów (czołowych, skroniowych) zakręty były prostsze, z gruba zarysowane, bez fałdów przejściowych, rowki płytkie, kora uderzająco blada. Mikroskop wykrywał zmniejszoną liczbę komórek zwojowych, niekiedy większą ilość gleju, lub tkanki łącznej okołonaczyniowej.

Musimy sobie zadać pytanie, jak zapatrywać się na znaczenie tych zmian w patogenezie całego obrazu chorobowego. Otóż wobec tego, że zmiany te nie są stałe, nie są zawsze jedne i tesame, że zdarzają się także w innych rodzajach wrodzonego niedołęstwa umysłowego, nie można im przypisać w patogenezie choroby większego znaczenia. Należy je uważać za wynik zboczenia, lub też opóźnienia w rozwoju, dotykającego także wiele innych narządów i zależnego od jakiejś wspólnej, nieznanej nam przyczyny. Jako takie wady rozwojowe, dające się stwierdzić częściowo już przy badaniu klinicznem, należy wymienić wady serca (najczęściej połączenie komór, w jednym przypadku Combyego wspólny dla obu komór przedsionek), niedokształcenie zewnętrznych narządów płciowych, wnętrostwo *(cryptorchismus)*, rozszczepienie podniebienia, zaćmę wrodzoną, wązkość krtani i t. d. Co do twarzy mongolskiej, to Comby przypuszcza, że także ona odpowiada pewnemu okresowi rozwoju płodowego i przez powstrzymanie dalszego rozwoju na zawsze się utrwala. W gruczole tarczowym nie ma zazwyczaj zmian wyraźniejszych, nawet przy badaniu histologicznem. W pewnych jednak przypadkach może i on być wyraźnie zmieniony i okazywać pewne zboczenia w pierwo-

cinach miąższowych i lekkie bujanie tkanki łącznej (Philippe i Oberthur, Lange, Fromm). Grasica i nadnercze zmian nie okazują.

Etyologia cierpienia nie jest jasna. Cierpienie to spotyka się w niemowlęctwie częściej, aniżeli w późniejszym wieku, ale to dlatego, że jest wrodzone, a dzieci mongołowate mało są wogóle odporne i wczas zazwyczaj umierają. U chłopców ma być ono częstsze, niż u dziewcząt, ale nie we wszystkich statystykach widać to wybitnie. Jako przyczynę przytaczano różne czynniki, niekorzystnie wpływające na zdrowie rodziców, szczególnie na zdrowie matki podczas ciąży: alkoholizm, kiłę, gruźlicę, wiek późniejszy, liczne poprzednie ciąże, nędzę, nadmierną pracę, zmartwienia i choroby. Wymieniano wreszcie także dziedziczność neuropatyczną i pokrewieństwo rodziców. Czynników tych nie stwierdza się jednak stale, są one zresztą co do swej przyrody zbyt różnorodne, a przytem przeważnie zbyt rozpowszechnione i dlatego trudno przypuścić, żeby mogły być przyczyną cierpienia, bądź co bądź nie codziennego. W naszym przypadku matka podaje, że pracowała ciężko podczas ciąży. Tak samo jednak pracowała w pierwszej ciąży, a dziecko mimo to jest zdrowe.

Co do symptomatologii, to mogę się powołać na opis pierwszego przypadku. Zaznaczyć jednak należy, że obok wielu cech, wspólnych przeważnej liczbie przypadków, co nadaje im pewne rodzinne jakby podobieństwo, w każdym prawie przypadku mongołowatości są drobniejsze lub ważniejsze szczegóły, odróżniające go od innych, i to albo w kierunku dodatnim, albo ujemnym. Dlatego symptomatologię naszych przypadków należy uzupełnić paru szczegółami.

Na twarzy stwierdzić można prawie zawsze zmarszczkę nakątną *(epicanthus)* w mniejszym lub większym stopniu. W naszym pierwszym przypadku objawu tego brakuje, wybitny jest w drugim. Gałki oczne okazują niekiedy zez, lub drżenie *(nystagmus)*, objaw, który pierwszy zwrócił uwagę otoczenia w przypadku naszym drugim. Zboczenie w budowie twarzy zauważają rodzice zwykle zaraz po urodzeniu się dziecka i często nie mogą się powstrzymać od okrzyku, że urodził się Japończyk lub Chińczyk. W jednym przypadku Combyego nazwano dziecko »Ojamą«. W innym ojciec upatrywał przyczynę cierpienia w zapatrzeniu się matki w czasie ciąży na typy japońskie w pismach ilustrowanych podczas wojny rosyjsko-japońskiej. Cera twarzy jest zwykle brudno-żółta, co zwiększa podobieństwo do rasy mongolskiej, w niektórych znów przypadkach na policzkach i brodzie jest miejscowe, ściśle odgraniczone zaczerwienienie, co nadaje twarzom tych dzieci wejrzenie twarzy klowna (Siegert). Język jest początkowo prawidłowy, później powstaje skutkiem ciągłych ruchów zaczerwienienie, przerost brodawek, wreszcie pooranie rozpadlinami, wrębami (język mosznowaty).

Ręka i stopy są krótkie. Zapomocą rentgenografii można stwierdzić, że niedokształcenie dotyczy szczególniej drugich i trzecich członków palców. W naszym przypadku stwierdziliśmy przykurczenie drugiego członka palca piątego, objaw, zdaje się, rzadki; wzmianki o nim nie napotkałem w dostępnem mi piśmiennictwie. Muir mówi o wykrzywieniach palców jako o objawie znamiennym dla mongolizmu, Hermann o zagięciu końcowego członka palca piątego, Effler o ustawieniu tegoż członka na zewnątrz, Lange o zwróceniu ku wewnątrz.

Dzieci mongołowate mają skłonność do otyłości i nagromadzenia tłuszczu w pewnych okolicach, n. p. na szyi, nad obojczykami.

Brzuch jest duży, dość często napotyka się małego stopnia przepuklinę pępkową. Stolec często zaparty.

Rozwój umysłowy jest zawsze wyraźnie upośledzony, stopień jednak tego upośledzenia bywa różny i możnaby ułożyć całą skalę od ograniczoności i głupowatości do wyraźnego niedołęstwa umysłowego (idyotyzmu). Mowa rozwija się późno. Jeżeli osobnik dochodzi do wieku szkolnego, lub do wieku dojrzałego, to jest on zdolny tylko do najprostszych czynności: posług, zamiatania, pracy na roli itp. W szczególności zdolności do rachunków są bardzo małe. Przeciwnie, jak zaznacza Comby, dzieci takie są bardzo wrażliwe na muzykę, mają pamięć muzyczną i w tym kierunku mogą być kształcone. Mogą się także wyuczyć czytać, pisać i rysować.

Stałość upośledzenia inteligencyi skłoniła wielu autorów (Down, Neumann, Heubner, Comby) do określenia cierpienia jako pewnego rodzaju niedołęstwa umysłowego, cechującego się typem mongolskim twarzy. Pojmowanie takie o tyle jest niesłuszne, że zmiany mózgu i objawy umysłowe, które są ich wyrazem, chociaż mają niewątpliwie pierwszorzędną doniosłość, musimy uważać tylko za równorzędne ze zboczeniami w rozwoju i czynnościach wielu innych narządów, a nawet właściwie całego ustroju. Określenie powyżej przytoczone uwzględnia tylko dwa najważniejsze objawy cierpienia, a nie ujmuje nietylko jego istoty (to o tyle byłoby usprawiedliwione, że ostatecznej przyczyny jego nie znamy), ale nawet nie obejmuje całości zmian anatomicznych i zboczeń czynnościowych. Cierpienie należy więc określić jako zboczenie rozwojowe, objawiające się powstrzymaniem rozwoju, lub też opóźnieniem rozwoju całego ustroju, przyczem jednak rozmaite narządy mogą być w różnym stopniu dotknięte, jak to wynika z opisu zmian anatomicznych i objawów klinicznych.

Rozpoznanie w przypadkach typowych jest łatwe. W postaciach niezupełnych lub nieczystych omyłki są częste i zdarzały się nawet wybitnym klinicystom. Za przykład może posłużyć przypadek Siegerta, ogłoszony początkowo jako obrzęk śluzowaty i przypadek Bernheim-Karrera, w którym rozpoznanie Siegerta podał w wątpliwość.

W niektórych przypadkach rozpoznawano u noworodków słabość życiową na podstawie niechęci do chwytania piersi i słabego rozwoju. Opóźnienie w rozwoju kośćca i siły mięśniowej może być powodem pomieszania mongolizmu z krzywicą. Należy jednak pamiętać także o możliwości kombinacyi obu chorób. Obrzęk śluzowaty wyłączyć zwykle łatwo. Objawy rozwijają się tu dopiero w jakiś czas po urodzeniu; rozwój cielesny i umysłowy jest o wiele więcej upośledzony lub całkowicie powstrzymany; skóra z pokładami śluzowatymi; twarz obrzękła, wstrętna, język powiększony, wystający; włosy rzadkie, szczecinowate, kruche, brak potów, ociężałość ruchowa i umysłowa, wybitny wpływ przetworów gruczołu tarczowego. Badanie co do obecności lub braku gruczołu tarczowego nie ma za życia, mianowicie u dzieci, żadnej wartości.

W okolicach podgórskich u potomstwa rodziców do-

tkniętych wolem trzeba rozważyć możliwość matołectwa miejscowego. Mikromelię, czyli chondrodystrofię wyłączyć łatwo, tu bowiem jedynym objawem jest krótkość trzonów kości długich, inteligencya zaś jest prawidłowa, a twarz niema typu mongolskiego.

Rokowanie jest co do wyleczenia niekorzystne, ale także co do życia należy poczynić pewne zastrzeżenia, dzieci mongołowate są bowiem bardzo mało odporne i najczęściej wcześnie umierają na choroby zakaźne, na zapalenie oskrzeli i płuc, wreszcie na gruźlicę.

Co do leczenia, to takim dzieciom należy zapewnić jak najlepsze warunki higieniczne, w późniejszym czasie rozwijać ich władze umysłowe i to przedewszystkiem w tym kierunku, w którym dzieci te okazują stosunkowo największe uzdolnienie. Warto spróbować podawania przetworów gruczołu tarczowego, do czego zachęcać mogą niektóre przypadki, n. p. przypadek Siegerta. W zakresie niektórych objawów (upośledzenie wzrostu, pokłady tłuszczowe podskórne) można osiągnąć tym sposobem niekiedy wyraźną poprawę. Wynik jest jednak zawsze tylko częściowy; niekiedy zaś leczenie nietylko nie wpływa korzystnie, ale jeszcze rozdrażnia chorych, odbiera im sen i łaknienie. Nie należy w takim razie próby zbytnio przedłużać.

Uzupełnienie.

W parę dni po przedstawieniu dziecko zmarło wśród objawów zapalenia płuc zrazikowego. Z wyniku badania anatomicznego, które wykonał w Zakładzie anatomii patol. U. J. prof. Ciechanowski, przytoczę tylko ważniejsze szczegóły.



Waga mózgu była znacznie niższa od prawidłowej: 883 gr. (Podobne liczby przytacza w swoich przypadkach Comby. Ciężar prawidłowy waha się w trzecim roku życia u dziewcząt, jakby się okazywało z 10 przypadków Michaelisa, około 1000 gr i wynosi średnio 1088 gr. Tylko w jednym z tych przypadków u dziecka zmarłego z gruźlicy, stwierdził ten autor ciężar 818 gr). Mózg wyraźnie krótki w wymiarze przodowotylnym. Wybitnych zmian w półkulach zauważyć nie można, cały natomiast pień mózgu wyraźnie niedokształcony: wymiary mostu 21 : 17 mm, szerokość rdzenia przedłużonego 16 mm. Ciężary narządów miąższowych: śledziona 21, nerki 39 i 40, serce 49, wątroba 336 gr.

Wyrośli gruczołowatych w jamie nosowogardłowej nie stwierdzono. Wązkość jamy nosowogardłowej. Wejście do krtani skutkiem wygięcia nagłośni i zgrubienia błony śluzowej na nagłośni i na chrząstkach nalewkowatych znacznie zwężone i przedstawiające kształt treflowaty (p. rycina). Zmiana ta, — podobne zmiany opisywano także poza mongolizmem jako przyczynę charczenia, lub dyszenia wrodzonego, — tłomaczy charczenie, stwierdzane przy oddychaniu za życia.

Stwierdzono dalej zwykły obraz nieżytu oskrzeli i nieżytowego zapalenia płuc. Zlepy opłucne ograniczone. Zserowacenie niektórych gruczołów okołooskrzelowych. Zwyrodnienie tłuszczowe narządów miąższowych. W sercu, ani w narządach rodnych wewnętrznych niema zmian rozwojowych. Gruczoł tarczowy makroskopowo prawidłowy.

Piśmiennictwo. Bernheim-Karrer (Jahrb. f. Kinderh., tom 64, str. 26, tamże dyskusya z Siegertem). — Comby (Arch. de Med. des Enf. 1906 i 1907) — Effler (Deuts. med. Wochs. 1907, str. 444). — Fromm (Monatsch. f. Kinderh. 1905, str. 245). — Heimann i Potpeschnigg (Jahrb. f. Kinderh. 1907, tom 65, str. 437). — Hermann (ref. w Monats. f. Kinderh. 1905, str. 331). — Kassowitz (Wien. med. Presse 1902). — Heubner (Lehrbuch d. Kinderh., tom II, 1906). — Lange (Monats. f. Kindh. 1906, str. 233). — Muir (ref. w Monatsch. f. Kinderh. 1903. str. 154). — Michaelis (Monatsch. f. Kinderh. 1907, str. 9). — Neumann (Berl. klin. Woch. 1899). — Philippe i Oberthur (cyt. przez Langego). — Siegert (Monatsch. f. Kinderh. 1906, str. 113).

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala kraj. w Sarajewie.

O sprawności serca i o jej ocenianiu.

Skreślił

Prof. Dr Ludomił Korczyński.

(Ciąg dalszy.)

Nie potrzeba wszakże stałych i namacalnych zboczeń anatomicznych w narządach, których stan wiąże się z czynnością serca, aby serce znalazło się w niezwykłych warunkach. Na serce działają jeszcze inne czynniki i zmieniają jego fizyologiczne działanie i zdolność do pracy. Znamy cały szereg spraw chorobowych, które bądź bezpośrednio, bądź pośrednio tylko wpływają na mięsień sercowy. A czynią to nietylko podczas właściwej choroby, ale nawet i w okresie wyzdrawiania. Odnosi się to do wielu chorób zakaźnych, że dla przykładu wymienimy grypę, błonicę, zapalenie płuc włóknikowe, dur brzuszny i t. d. Serce wytrzymuje chorobę jako taką, a mimo to powstają w niem zmiany, nie dające się zwykłem badaniem klinicznem wykryć i określić, które sprawiają, że mięsień sercowy wymawia posłuszeństwo, jeśli ozdrowieniec nie zachowuje się odpowiednio — wprost dlatego, że, czując się ogólnie dość silnym, nie wie o tem, iż nie wolno mu wymagać większych wysiłków od serca. Wszak znamy przypadki nagłej śmierci po przebytem zapaleniu płuc, po błonicy i innych chorobach zakaźnych, której przyczyna leży w porażeniu serca, wywołanem przez nieopatrzny wysiłek chorego. Rola lekarza, umiejącego dobrze badać i dokładnie oceniać stan serca, jest w przypadkach zdrowienia bardzo ważna, doświadczona jego rada bardzo pożądana i owocna, znaczy prawie zawsze więcej, aniżeli zapisanie najlepszej nawet recepty.

Ale nietylko w stanach nieprawidłowych, w chorobie, baczyć trzeba na serce. Pamiętać trzeba o tem, co powiedzieliśmy na wstępie o sercu ludzi zdrowych, o niejednakowej wytrzymałości serca na wpływ fizycznej pracy.

Jak wielki, a często bardzo ujemny wpływ wywierać może praca fizyczna na mięsień sercowy, uczą spostrzeżenia, pochodzące jeszcze z owych czasów, kiedy badanie narządu krążenia i rozpoznawanie chorób serca nie stało na dzisiejszej wysokości, a raczej było w samych dopiero zaczątkach. Nie będziemy tu mówić o starych podaniach i opisach, ale wspomnimy o względnie nowszych sprawozdaniach lekarskich. Już Corvisart znał przypadki nagłej śmierci i ciężkich schorzeń serca, nierzadko śmiertelnych, po nadmiernych wysiłkach fizycznych. Znaczne powiększenie rozmiarów serca i powiększenie pojemności jego jam stanowiło tam najwidoczniejszy objaw choroby — i stąd zapewne poszła nazwa *aneurysma cordis*, używana przez Corvisarta dla określenia owej choroby. Między innymi podaje on opis choroby jednego z kuryerów wielkiej armii napoleońskiej, który, po przebyciu konno bardzo długiej drogi, zginął w ciągu kilku dni skutkiem ostrej niedomogi serca. Do tej samej grupy należą opisy, skreślone przez Bouillanda, Hoppego i b. w. in. współczesnych i późniejszych klinicystów.

Wszystkie te spostrzeżenia były wszakże raczej okolicznościowe tylko, tworzyły niewątpliwie cenny materyał kazuistyczny, ale nie wnikały dość głęboko w jądro rzeczy. Z badaniami systematycznemi, czynionemi z planem i świadomością celu, spotykamy się dopiero nieco później w pracy lekarza angielskiego Peacocka. Widział on u górników, pracujących w głębokich szachtach podziemnych, do których prowadziły szeregi drabin, bardzo często chorobę serca, niezłączoną pochodzeniem ani z nagłym urazem, ani też z żadną z tych chorób, które pośrednio lub bezpośrednio wzniecają sprawy zapalne ostre lub przewlekłe, czy też sprawy zwyradniające w sercu. Badając dokładniej pochodzenie choroby serca, doszedł on do wniosku, że czynnikiem, który ją wywołuje, nie może być nic innego, jeno praca fizyczna. »Choroba serca« — mówi Peacock — »powstaje mojem zdaniem w tych przypadkach przez rozszerzenie i znużenie serca, wywołane stałem i męczącem wspinaniem się po drabinach«. O jej objawach zbytecznem byłoby mówić obszerniej. Wnosić o nich można wprost z nazwy, używanej przez górników: zwano ją *miners asthma* lub *miners consumption*. Duszność pochodzenia sercowego i rozwijająca się chera, którą w właściwej postaci widzimy często u osób chorych na serca, stwarzały obraz choroby.

Peacock nie wyszedł poza ramy miejscowych spostrzeżeń i nie skrystalizował, nie uogólnił sprawy przepracowania serca. Toteż z nazwiskiem jego nie spotykamy się w patologii serca i nie oceniamy go tak, jak na to zasługuje. Nieco dalej posunął się Jan Seitz. Przez parę lat pracował on w Zurychu na klinice Biermera i gromadził skrzętnie spostrzeżenia, mające rozjaśnić sprawę samoistnych chorób serca, ściśle biorąc mięśnia sercowego, powstających skutkiem pracy fizycznej, a wyniki swych badań ogłosił w obszernej pracy, pomieszczonej w niemieckiem Archiwum medycyny klinicznej z r. 1873 i 1874. Toteż jakkolwiek praca Seitza nie jest pierwszą w tym zakresie, to jednak uważać ją trzeba poniekąd za podstawę późniejszych prac o sprawności serca. Spotykamy się w niej poraz pierwszy z określeniem »przepracowanie« serca (Ueberanstrengung des Herzens), które odtąd wchodzi w użycie i służy do oznaczania przyczyny chorób serca, powstających skutkiem znużenia przez nadmierne wysiłki fizyczne.

Wielkie wojny nowszych czasów, rozwój przemysłu i wzrost liczby pracowników, a z tem zmiana warunków życia całych rodzin przez emigracyę do miast, zaniedbywanie ćwiczeń ciała, a nadmierna, gorączkowa gonitwa za osiągnięciem jak największego wykształcenia umysłowego, z drugiej zaś strony przesadny rozwój najrozmaitszych sportów, zaczęły dawać i zawsze dają powód do powstawania różnorodnych chorób narządu krążenia, a tem samem stwarzają materyał do badań klinicznych, zajmujących się poznaniem wielkiej roli, jaką praca nadmierna lub nieunormowana należycie odgrywa w patologii serca. Rozkwit zaś piśmiennictwa lekarskiego pozwala znów zebrane wiadomości rozpowszechniać w świecie lekarskim. Toteż zajęcie się tą sprawą bardzo jest powszechne, a w piśmiennictwie znaleźć można sporo dokładnych opisów spostrzeżeń, w których po najrozmaitszych nadużyciach fizycznych u turystów, kolarzy, entuzyastów gier forsownych na wolnem powietrzu i t. d. występowały objawy ostrej niedomogi serca, często bardzo nawet groźne. Pojawiają się także prace, które drogą doświadczeń starają się określić dokładniej zmiany, powstające w narządzie krążenia, ściślej biorąc w czynności serca pod wpływem zmęczenia. Zamiłowanym badaczem na tem polu jest zwłaszcza Schott, lekarz z Nauheim, zdrojowiska, cieszącego się obecnie rozgłośną sławą z leczenia chorób serca.

Ale nie to jest najważniejsze dla kliniki i dla klinicznych badań narządu krążenia. Bezpośrednim następstwem poznania, że sił serca nie można nadużywać, stała się dążność do dokładniejszego zbadania rozmiarów tych sił i ściślejszego ich określenia, czyli, jeżeli użyć mamy utartego już miana, dążność badania i rozpoznawania sprawności serca. Rozpoznanie anatomiczne chorób serca już nie wystarcza w dzisiejszych czasach, uzupełniać je trzeba koniecznie rozpoznaniem czynności, a raczej rozmiarów, w jakich mięsień sercowy przy zwiększonych wymaganiach zadanie swe sprawnie spełniać może. Wyrasta stąd t. zw. czynnościowa dyagnostyka, która nietylko w patologii narządu krążenia wielkie ma znaczenie i nietylko w tym dziale wielu skrzętnych liczy pracowników i wielkie wzbudza zajęcie.

Jaką wagę przykłada się obecnie do tej sprawy, świadczą najlepiej osobne rozprawy, toczące się o niej na zjazdach lekarskich, poświęcanych co roku medycynie wewnętrznej i osobne odczyty kliniczne, pojawiające się w tym zakresie od czasu do czasu. W Berlinie poświęcono jej nawet przed paru laty (1903) wyłączną uwagę w obradach powołanej do tego komisyi. Do komisyi tej należeli między innymi Kraus, Stricker i Landgraf, dwaj ostatni jako przedstawiciele najwyższych wojskowych kół lekarskich. Na podkreślenie zasługiwały tam wywody Krausa, który z wielkim naciskiem podnosił potrzebę doskonałego opanowania umiejętności rozpoznawania chorób serca i stanu serca przez lekarzy wojskowych, gdyż tylko pod tym warunkiem zabezpieczyć można wielu młodych ludzi, mających serce niezupełnie zdrowe i niewytrzymałe, przed skutkami ciężkiej służby wojskowej, a armię uchronić przed wcieleniem do jej szeregów żołnierzy nieprzydatnych i do znoszenia trudów żołnierskiego życia niezdolnych. Że ostrzeżenie tego rodzaju jest bardzo potrzebne, dowodzą wprost spra-

wozdania lekarzy, którzy mieli sposobność badać większą ilość żołnierzy wśród i po odbyciu ćwiczeń wojskowych. Dla przykładu wskażemy tu tylko na niedawną (r. 1905) publikacyę lekarza szwajcarskiego Stachelina, który u wielu żołnierzy, odbywających dłuższe marsze w górskim terenie, stwierdził objawy znużenia serca i to u takich, u których nie było poprzednio żadnych objawów choroby serca. U niektórych z nich rozwinęła się nawet stała choroba.

Jeśli więc u ludzi młodych i fizycznie dobrze rozwiniętych, wcielonych do szeregów wojskowych, zwracać trzeba pilną uwagę na serce, to tem bardziej czynić to trzeba u ludzi, nie noszących na sobie urzędowego, wojskowego piętna zdrowia, a nie zadawalniać się wyłączeniem wyraźnej wady serca. Czynić to trzeba przedewszystkiem tam, gdzie czy to zawód, czy osobiste upodobania wymagają większych wysiłków fizycznych, a czynić zawsze, jeśli badany doznaje jakichkolwiek przypadłości podmiotowych przy forsowniejszym ruchu. Serce takich osób trzeba koniecznie zobaczyć przy pracy.

Najpewniejszych wskazówek dla ocenienia sprawności serca dostarcza niewątpliwie zachowanie się serca przy pracy w ścisłem tego słowa znaczeniu, a więc przy pracy fizycznej, zwłaszcza dającej się dokładnie mierzyć. To też, o ile to możliwe, zaleca się używać do tego celu ergostatów. Nie są one wszakże niezbędne. Wystarczy niewątpliwie zwykła gimnastyka pokojowa.

Chcąc wszakże wiedzieć, jak należy oceniać stan serca w danym przypadku, znać trzeba koniecznie zmiany w czynności serca, powstające u osób zdrowych i chorych, lub posiadające serce nie dość sprawne. Badając cały szereg młodych osób, u których najskrupulatniejsze badanie serca nie wykrywało objawów wady sercowej, doszedłem do wyników, wskazujących, że ludzi tych rozdzielić trzeba pod względem sprawności serca na cztery grupy.

I. Do grupy pierwszej należą osoby o sercu zdrowem i silnem, posiadającem pełną zdolność dostosowywania się do istotnych wymagań ustroju szybko i dokładnie. Ludzie tacy nie doznają żadnych podmiotowych przypadłości, nie odczuwają bicia serca, barwa ich skóry nie zmienia się widocznie, mięśnie nie słabną. Dokładniejsze badanie narządu krążenia stwierdza nieco silniejsze uderzenie końca serca, nieznaczne przesunięcie uderzenia na zewnątrz i zależne od tego niewielkie powiększenie wymiaru poprzecznego stłumienia serca. Parcie krwi podnosi się przy tem widocznie, tętno staje się silniejsze, fala krwi zwiększa się. Ale charakter tętna nie zmienia się zresztą zupełnie, ilość uderzeń wzrasta tylko nieznacznie. Na uwagę zasługuje jeszcze ten szczegół, że pod wpływem pracy zmienia się stosunek między czasem trwania skurczu i rozkurczu.

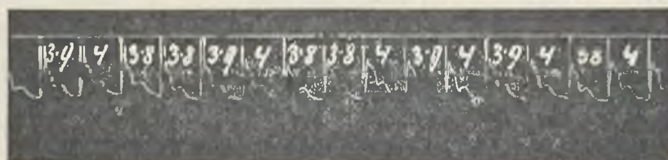
Jako przykład posłużyć tu mogą dwa doświadczenia, wyjęte z szeregu podobnych:

1. S. M., posługacz kliniczny, lat 28. W spoczynku wymiary serca: wysokość stłumienia 7 cm., szerokość $7^1/_2$.

Po przysiadach, wykonywanych przez 2 minuty w tempie dość szybkiem (30—40 na minutę) nie doznaje badany ani duszności, ani bicia serca, nie czuje żadnego zmęczenia. Szerokość stłumienia zwiększa się o 0,5 cm. i wynosi 8 cm., wysokość — 7,5 cm. O tętnie przed ruchami i po ruchach objaśniają rycina 1 i 2.

Przed ruchami wynosiło parcie krwi w tętnicy sprychowej 125 mm. rtęci, liczba tętna 76,92, skurcz trwał przez 0,08″, rozkurcz przez 0,7″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S:D=1 : 8·75 (ryc. 1).

Po ruchach podniosło się parcie krwi do 160 mm., liczba tętna do 82,57, skurcz trwał przez 0,07″, rozkurcz przez 0,705″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S : D = 1 : 10,085 (ryc. 2).



Ryc. 1. (Tętno w spokoju).



Ryc. 2. (Tętno po ruchach).

2. M. S., słuchacz medycyny, lat 23. W spoczynku wymiary stłumienia serca: wysokość stłumienia 7,5 cm., szerokość 8 cm, Po przysiadach, wykonywanych przez 2 minuty, w tempie 30—40 razy na minutę, nie doznaje żadnych przypadłości podmiotowych. Szerokość stłumienia zwiększa się o 0,5 cm., wysokość pozostaje bez zmiany.

Przed ruchami wynosiło parcie krwi w tętnicy sprychowej 120 mm., liczba tętna 71,4 na minutę, skurcz trwał średnio przez 0,1″, rozkurcz przez 0,74″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S : D = 1 : 7,4 (ryc. 3).



Ryc. 3. (Tętno w spokoju).

Po ruchach podniosło się parcie krwi do 140 mm., liczba tętna do 94,7, skurcz trwał przez 0·06″, rozkurcz przez 0,58″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S : D= 1 : 9,6 (ryc. 4).



Ryc. 4. (Tętno po ruchach).

II. Nieco inaczej przedstawia się rzecz u osób, które należą do drugiej grupy. Nie posiadają one narządu krążenia, że się tak wyrażę, zrównoważonego; podnietę, którą stwarza praca, odczuwają zbyt silnie i oddziaływają na nią za silnie. Podmiotowo objawia się ta pobudliwość uczuciem przyspieszonego bicia serca. Ale i te osoby nie odczuwają ani duszności, ani zmęczenia. Badanie serca stwierdza znaczne wzmożenie siły uderzenia serca, przesunięcie uderzenia końca serca, dochodzące do 1 cm., zwiększenie wymiaru poprzecznego stłumienia serca, zależne od przesunięcia końca serca ku stronie lewej. Tętno takich osób zmienia widocznie swój charakter — nabiera wyraźnej cechy tętna chybkiego *(p. celer)* i przyspiesza się przy tem, niekiedy wcale znacznie. Nadmierna wrażliwość serca sprawia, że pojawiają się nawet skurcze dodatkowe. I tu dla lepszego objaśnienia posłużą przykłady.

1. W. K., lat 23, słuchacz uniwersytetu. W spoczynku wymiary stłumienia serca: wysokość 7,5 cm., szerokość 8,5 cm. Po przysiadach, trwających 2 minuty w tempie 30—40 razy na minutę, bardzo wyraźne zaczerwienienie skóry twarzy; żadnych przypadłości podmiotowych, oprócz uczucia wzmożonej czynności serca, nie ma. Szerokość stłumienia serca zwiększyła się o 1 cm. i wynosi 9,5 cm., wysokość — 7,5 cm. Parcie krwi w tętnicy sprychowej sięgało przed ruchami 130 mm., liczba tętna wynosiła 62,72 na minutę, skurcz trwał przez 0,08″, rozkurcz przez 0,954″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S : D = 1 : 10,92 (ryc. 5).



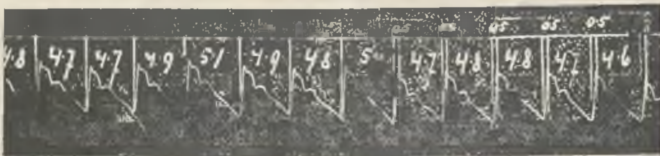
Ryc. 5. (Tętno w spokoju).

Po ruchach podniosło się parcie krwi do 160 mm., liczba tętna do 77,86, skurcz trwał przez 0,06″, rozkurcz przez 0,752″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S : D = 1 : 11,58 (ryc. 6).



Ryc. 6. (Tętno po ruchach).

2. St. Ł., lekarz, lat 28. W spoczynku wymiary stłumienia serca: wysokość 6,5 cm., szerokość 8,25 cm. Po przysiadach trwających 2 minuty, wyraźne zaczerwienienie skóry twarzy, znaczne wzmożenie czynności serca, przypadłości podmiotowych, któreby świadczyły o zmęczeniu, nie ma. Szerokość stłumienia serca wynosi 9 cm., a więc jest o 0,75 cm. większa, aniżeli poprzednio; wysokość nie zmienia się. Parcie krwi wynosiło przed ruchami 135 mm., liczba tętna 63,55, skurcz trwał przez 0,1″, rozkurcz przez 0,866″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S:D = 1:8,66 (ryc. 7).



Ryc. 7. (Tętno w spokoju).

Po ruchach podniosło się parcie krwi do 150 mm., liczba tętna do 84,9, skurcz trwał przez 0,06″, rozkurcz przez 0,647″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S : D = 1:10.78 (ryc. 8).



Ryc. 8. (Tętno po ruchach).

Pobudliwość mięśnia sercowego, zupełnie zresztą sprawnego, może być nawet tak znaczna, że pod wpływem pracy występują w szeregu skurczów skurcze dodatkowe, których w tych przypadkach nie można bezwarunkowo inaczej tłómaczyć, jak tylko wygórowaną wrażliwością serca. Zjawisko takie przedstawia spostrzeżenie, wyjęte z szeregu przypadków, należących do omawianej grupy badań.

3. S. J., słuchacz medycyny, lat 22. W spoczynku wymiary stłumienia serca: szerokość 7 cm., wysokość 7 cm. Po przysiadach bardzo wybitne zaczerwienienie skóry twarzy, znaczne wzmocnienie siły uderzeń serca, mierne przyspieszenie oddechów. Szerokość stłumienia serca zwiększyła się o 1,25 cm. i wynosiła 8,25 cm., wysokość pozostała bez zmiany. Parcie krwi wynosiło przed ruchami 135 mm., liczba tętna 78,26, skurcz trwał przez 0,11″, rozkurcz przez 0,664″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S:D = 1:6,03 (ryc. 9).

Po ruchach podniosło się parcie krwi do 150 mm., liczba tętna do 123,3 skurcz trwał przez 0,06″, rozkurcz przez 0,428″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S : D = 1 : 7,23 (ryc. 10).



Ryc. 9. (Tętno w spokoju).



Ryc. 10. (Tętno po ruchach).

III. Zupełnie inaczej zachowuje się narząd krążenia u osób, należących do trzeciej grupy, u nich dzieje się przeciwnie, jak u osób z grupy drugiej. Tam rzucała się w oczy nadmierna wrażliwość i pobudliwość, tu spotykamy się z pewnem jakby przytępieniem, powolnością. Mięsień sercowy czyni nie dość szybko użytek ze swych sił zapasowych. Stąd pochodzi, że z początku odbiera się wrażenie jakby serce było słabe, niezdolne do tego, aby podołać większym wymaganiom. Pod wpływem pracy fizycznej stwierdza się tu w pierwszej chwili mniej lub więcej znaczne zmniejszenie parcia krwi, przyspieszenie tętna, zmalenie fali tętna, znaczniejsze rozszerzenie stłumienia serca, a z innych objawów, zblednięcie skóry twarzy, przyspieszenie oddechów, a nawet pewną duszność, wreszcie uczucie zmęczenia i osłabienia. Dopiero po pewnym czasie, gdy ta pierwsza faza działania przejdzie, gdy serce skupi się niejako, zmienia się po powtórnych ruchach cały obraz. Parcie krwi podnosi się wtedy, tętno staje się pełniejszem, silniejszem, serce nie

rozszerza się tak znacznie, badany nie blednie, nie doznaje duszności, nie męczy się tak łatwo. Oto przykłady:

1. J. M., lat 21, słuchacz medycyny. W spoczynku wymiary stłumienia serca: szerokość 6,5 cm., wysokość 6,25 cm. Po przysiadach, trwających 2 minuty, badany blednie, oddycha szybko, czuje bardzo przyspieszone bicie serca. Uderzenie serca jest widoczne na znacznej przestrzeni, uderzenie końca serca przesunięte dość znacznie na zewnątrz, wymiar szerokości wynosi 8 cm., wysokości 7 cm. Parcie krwi, wynoszące przed ruchami 135 mm. opadło do 110, liczba tętna podniosła się z 84 na 141,7. Skurcz trwał przed ruchami 0,08″, rozkurcz 0,65″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S:D = 1:8,135 (ryc. 11); po ruchach trwał skurcz przez 0,07″, rozkurcz przez 0,436″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S:D = 1:6,228 (ryc. 12).



Ryc. 11. (Tętno w spoczynku).



Ryc. 12. (Tętno po ruchach).

Po krótkim odpoczynku wróciło serce do stanu pierwotnego, rozmiary stłumienia zmniejszyły się, parcie krwi podniosło, liczba tętna zmalała, oddechy zwolniały, skóra nabrała prawidłowego zabarwienia. Badany wykonał powtórnie kilkadziesiąt przysiadów w przeciągu 2 minut. Tym razem nie doznawał w takim stopniu, jak poprzednio, ani duszności, ani zmęczenia, rozmiary serca powiększyły się mniej znacznie, szerokość stłumienia wynosiła tylko 7,3 cm., wysokość 6,5 cm., parcie krwi wzrosło do 140 mm., liczba tętna do 100; skurcz trwał przez 0,07″, rozkurcz przez 0,532″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S:D = 1:7,6 (ryc. 13).



Ryc. 13. (Tętno po powtórnych ruchach).



Ryc. 14. (Tętno w spokoju).



Ryc. 15. (Tętno po ruchach).

2. Panna S. S., słuchaczka uniw. Przed ruchami parcie krwi 120, liczba tętna 70,2, skurcz trwa przez 0,09″, rozkurcz przez 0,76″, stosunek skurczu do rozkurczu = 1:8,44 (ryc. 14).

Po krótkiej gimnastyce, polegającej na ruchach rąk, obniżyło się parcie krwi do 110 mm., liczba tętna wzrosła do 97,82, skurcz trwał przez 0,08″, rozkurcz przez 0,538″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S:D = 1,673 (ryc. 15).



Ryc. 16. (Tętno po powtórnych ruchach).

Przy powtórnych ruchach, wykonanych po spoczynku, widoczna była znaczna różnica. Parcie krwi wynosiło 135 mm., liczba tętna 75, tętno stało się pełniejszem, silniejszem, lepiej napiętem; skurcz trwał przez 0,08″, rozkurcz przez 0,732″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S:D = 1:9,13 (ryc. 16). (C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

O leczeniu czerwonki prątkowej swoistą surowicą.

Sprawozdanie poglądowe.

Napisał

E. Stahr.

Na podstawie dzisiejszego stanu wiedzy odróżniamy dwie odmiany czerwonki: czerwonkę pełzakową i prątkową. Czerwonka pełzakowa jest chorobą swojską okolic podzwrotnikowych, a czynnikiem ją wywołującym jest pełzak czyli ameba, opisana przez Schaudinna pod nazwą *Entamoeba histolytica*, zaś czerwonka prątkowa (zwana także nagminną) zjawia się nagminnie w klimacie umiarkowanym w czasie lata, a w krajach podzwrotnikowych w wszystkich porach roku. Czerwonkę prątkową wywołuje zakażenie prątkiem, wykrytym w r. 1888 przez Chantemessea i Widala[1]), którzy z wypróżnień kilku chorych, dotkniętych czerwonką oraz z gruczołów krezkowych ludzi, zmarłych na czerwonkę, wyosobnili prątek i na podstawie odczynów biologicznych stwierdzili jego swoistość. W dziesięć lat później wykrył i Shiga[2]) prątek, mający te same cechy, co opisany przez poprzednich autorów, a swoistości jego dowiódł za pomocą aglutynacyi. Od tego czasu liczne inne badania potwierdziły i uzupełniły prace poprzednie. (Kruse, Flexner, Strong, Vedder i Duval, Rosenthal, Raczyński, Vaillard i Dopter i t. d. i t. d.).

Od chwili wykrycia swoistego prątka czerwonki nagminnej próbowali badacze wytworzyć i swoistą surowicę w celach leczniczych. Nadzieja dobrych wyników leczenia czerwonki surowicą zdawała się z góry większą, niż w innych chorobach zakaźnych, n. p. w cholerze, durze, a chociażby i zapaleniu płuc, bo po pierwsze czerwonka nie przebiega tak gwałtownie, powtóre bakterye w toku czerwonki nie dostają się tak obficie do całego ustroju, ale przeważnie trzymają się jelita grubego, a najdalej wnikają do gruczołów krezkowych, a wreszcie powikłania w przebiegu czerwonki lub po niej są dość rzadkie.

W tym celu starano się uodpornić zwierzęta bądź zapomocą hodowli, i to albo żywych, albo nieżywych, bądź zapomocą toksyny, a wreszcie równocześnie stosowano i hodowle i toksynę. W tym celu wszyscy prawie badacze zaczęli uodparniać małe zwierzęta pracowniane, ale wszyscy się przekonali zgodnie, że nie nadają się do tego celu małe zwierzątka, jak myszka, szczur i morska świnka, lecz że najlepiej jest dla uzyskania surowicy swoistej uodporniać zwierzęta wielkie, jak konia, osła, barana lub kozę. Pierwszy zaczął uodparniać wielkie zwierzęta Shiga[3]) z początku za pomocą nieżywych, a potem żywych hodowli

[1]) Cornil i Babés: Les bactéries et leur rôle dans les maladies infectieuses II, str. 141, i J. Courmont: Précis de la Bactériologie. Wyd. III. Paris 1907, str. 729.

[2]) Shiga: Über den Dysenteriebacillus. Ctrblt. f. Bakteriol. 1898. T. 24.

[3]) Shiga: Studien über die epidemischen Dysenterien in Japan mit besonderer Berücksichtigung des Bacill. dysenteriae. Deut. med. Woch. 1901. Nr. 43—45.

prątka czerwonkowego, znalezionego przez siebie w toku epidemii w Japonii. Uzyskał on na tej drodze surowicę, która chroniła i leczyła zakażenie sztuczne u myszki i morskiej świnki. Później zachęcony wynikami na zwierzętach, zabrał się S. do leczenia ludzi: na 298 chorych, leczonych wyłącznie surowicą w dawkach od 20 do 50 cm.³, uratował 267, zginęło tylko 31 osób t. j. 10,8%; natomiast śmiertelność wśród innych leczonych dawnymi sposobami, nie surowicą, wynosiła średnio 35,4%.

Potem zaczął wyrabiać surowicę leczniczą Kruse[4]). Surowica wielkich zwierząt, uodpornianych żywemi hodowlami, okazała się ochronną i leczącą zakażenie sztuczne morskiej świnki. Wystarczyło n. p. dodać do dawki prątków, która wprowadzona do otrzewnej zabijała w 20 godzin inną morską świnkę, ledwo 1/80,000 cm.³ surowicy, by morską świnkę uratować. Kruse stosował surowicę swoją i u chorych ludzi: Na 100 leczonych przypadków miał 8% śmiertelności, gdy zresztą średnia śmiertelność wynosiła 10—11%. Autor podkreśla tę okoliczność, że miał wśród swoich chorych 19, liczących niżej lat 10. Otóż na tych 19 zmarło tylko jedno dziecko, t. j. 5%, gdy średnia śmiertelność jest na ogół u dzieci 3—4 razy większa.

Obaj autorowie, zarówno Shiga, jak i Kruse, zaznaczają, że działanie ich surowicy nie tylko wydatnie obniża odsetkę śmiertelności, ale i bardzo prędko przynosi ulgę choremu.

Surowicę Krusego stosował Lüdke[5]) u 17 chorych w czasie epidemii w Barmen. Przypadki były nie ciężkie (20 do 30 wypróżnień na dobę): u 12 była wyraźna poprawa, u 3 wynik był mniej wyraźny, a u 2 nie było żadnej poprawy.

Obaj autorowie, tak Shiga, jak i Kruse, uzyskiwali surowicę zapomocą wstrzykiwania zwierzętom samych prątków czerwonkowych, otrzymywali zatem surowicę bakteryobójczą, t. z. działającą wyłącznie na same prątki. Kiedy jednak później ustaliło się przekonanie, że czerwonka jest nietylko zakażeniem miejscowem jelita, ale i zatruciem całego ustroju jadem wydzielanym przez bakterye, rozmnażające się w jelicie grubem, wtedy zaczęto szukać na drodze sztucznej jadu czyli toksyny czerwonkowej, aby potem przy jej pomocy uzyskać surowicę czerwonkową przeciwtoksyczną.

Pierwsi Todd[6]) i Rosenthal[7]) zdołali uzyskać toksynę czerwonkową. Todd przesączał jednomiesięczne hodowle prątków czerwonki, hodowane w silnie alkalicznym bulionie; zaś Rosenthal sączył hodowle bulionowe po trzytygodniowym pobycie w cieplarce przy 37° C. i w ten sposób otrzymywał toksynę, która wstrzyknięta w dawce 0,1—0,2 cm³ pod skórę królika, ważącego koło 2 kilogramów, zabijała go w 24 do 48 godzin.

Otóż mając w ręku toksynę, uodpornił nią Rosenthal[8]) psa, równocześnie uodporniał drugiego psa samymi prątkami. Po jakich 2 miesiącach miała surowica obu psów własności i ochronne i lecznicze, surowica zaś psa, któremu wstrzykiwano toksynę, miała nadto własności antytoksyczne. Aby uzyskać surowicę dla leczenia czerwonki u ludzi, uodpornił autor za radą Gabryczewskiego dwa konie równocześnie prątkami i surowicą. Uzyskana z nich surowica miała równocześnie własności bakteryobójcze i antytoksyczne. Stosował ją autor u 157 chorych (63 kobiet i 94 mężczyzn), dotkniętych ciężką czerwonką. Około 15% przypadków było leczonych w pierwszych trzech dniach choroby; 50% z końcem pierwszego tygodnia, 25% w ciągu drugiego tygodnia, a 10% później. Średnia dawka surowicy wynosiła 20—40 cm³, w przypadkach bardzo ciężkich wstrzykiwał R. aż do 140 cm³. Wynik leczenia surowicą był dobry przedewszystkiem u tych chorych, u których zaczęto wstrzykiwać surowicę w pierwszych trzech dniach choroby. Równie dobrze, choć mniej szybko, działała surowica przy końcu pierwszego tygodnia. W 18—20 godzin po wstrzyknięciu surowicy wyraźna poprawa, ból i parcie mniejsze; chory w kilka dni wracał do zdrowia. Na 157 tak leczonych osób miał autor 8 zejść śmiertelnych, (jeden ze zmarłych miał równocześnie gruźlicę) — 4½% śmiertelności. Wedle statystyki z ostatnich 10 lat śmiertelność z czerwonki wynosiła w Moskwie 12·2% do 17·5%, w r. 1903, a więc w czasie prób podjętych przez Rosenthala, wynosiła 10—11·7% w innych szpitalach, a w tym samym szpitalu przed stosowaniem surowicy przeciwczerwonkowej 10%. A więc przeszło o połowę spadła śmiertelność; pobyt w szpitalu leczących się trwał o ⅓ krócej, niż poprzednio.

Surowicę Rosenthala stosował Korenczewski[9]) w wojnie rosyjsko-japońskiej. Leczył on 70 chorych w szpitalu w Charbinie. W przypadkach o średniem nasileniu (30 wypróżnień na dobę) usuwało 20 cm³ surowicy w ciągu dnia wszelkie zaburzenia jelitowe. W przypadkach cięższych, w których chorzy oddawali po kilka stolców na godzinę, wstrzykiwał K. 40—60 cm³ surowicy i już nazajutrz, a najdalej w 2—3 dni ustępowały zjawiska chorobowe. W przypadkach najcięższych trzeba było albo wstrzykiwać na raz 100 cm³, albo ponawiać wstrzykiwania. Autor bardzo chwali skuteczność surowicy pod każdym względem.

I Barykin[10]) stosował tę surowicę w czasie wojny japońskiej, począwszy od sierpnia 1904. Wyłącznie surowicą leczył 59 chorych, uleczył zupełnie 49, stan dziesięciu się poprawił, a jeden chory, który przyszedł w beznadziejnym stanie, zmarł. Autor wstrzykiwał z początku po 20 gr., potem więcej, do 50 gr. na raz. Przeciwwskazania do stosowania surowicy nie zna żadnego.

Równocześnie z Rosenthalem zaczęli wyrabiać surowicę leczniczą Kraus i Doerr[11]) w zakładzie surowic Paltaufa w Wiedniu i Vaillard i Dopter[12]) w zakładzie Pasteura w Paryżu.

Ponieważ nie udało mi się znaleść w piśmiennictwie z leczenia surowicą, wyrabianą w Wiedniu, żadnego sprawozdania, któreby obejmowało tak wiele przypadków, jak sprawozdania autorów francuskich, dlatego zdając sprawę z działania surowicą, pójdę głównie za Vaillardem i Dopterem.

Surowicę wiedeńską stosował np. Rosculet[13]) w Jassach. Leczył chorych 47; wszyscy wyzdrowieli, a bez surowicy miał 7·4% śmiertelności. W 18 przypadkach stosował surowicę zapobiegawczo; nikt z tych szczepionych nie zachorował.

W zakładzie Pasteura w Paryżu dla otrzymania surowicy czerwonkowej szczepią koniom w odstępach tygodniowych stopniowo rosnące dawki żywych prątków i toksyny na przemian, z początku pod skórę, a później wyłącznie do żył. Toksynę wyrabiają podobnie jak Rosenthal: hodowlę w bulionie Martina, trzymaną przez 20 dni w cieplarce przy 37° C., sączą przez porcelanę. Ćwierć grama tego przesączu, wstrzyknięte do żyły królika, ważącego 2 Kg., zabija go w 12—16 godzin. Surowica autorów francuskich okazała się w doświadczeniach, czynionych na królikach, bakteryobójczą i antytoksyczną i działała zarówno ochronnie, jak leczniczo. Później zaczęli autorowie stosować swoją surowicę u ludzi chorych w celach leczniczych. W roku 1905 stosowali surowicę u 96 chorych, w roku następnym liczba leczonych wzrosła do 243 przypadków, z których sprawę zdali autorowie[14]) w pracy, ogłoszonej w roku bieżącym: 200 przypadków tyczyło się chorych poprzednio zupełnie zdrowych, a 43 ludzi umysłowo chorych. Na 200 przypadków grupy pierwszej było 101 średnio ciężkich, 55 ciężkich, 19 nadzwyczajnie ciężkich i 25 uważanych przed leczeniem za stracone. Na 99 przypadków ciężkich i rozpaczliwych zmarło razem 10. Jednakże wszystkich 10 zejść nie można przypisywać nieskuteczności surowicy, bo 5 chorych zaczęto leczyć, kiedy już byli prawie umierający, jeden zmarł z zapalenia otrzewnej, które już istniało z pewnością przed zastosowaniem surowicy, jedno dziecko zginęło z zapalenia płuc, gdy czerwonka zaczynała już ustępować, w końcu jeden chory zginął z posocznicy krwotocznej w 10 dni po wyleczeniu czerwonki. A wreszcie nie zawsze stosowano surowicę dość wcześnie i w dawkach dostatecznych. Raz jeden wydarzyło się, że chory nie znosił surowicy tak, że z powodu posurowiczych ciężkich przypadłości musiano leczenia zaniechać i chory ten zmarł z powodu niemożności stosowania surowicy, która zresztą za każdym razem (3) nadzwyczaj korzystnie wpływała na czerwonkę. Jeżeli się odejmie od ogólnej liczby 10 zejść, przynajmniej 6, w których chorzy byli w stanie beznadziejnym lub nawet umierający w chwili pierwszego wstrzyknięcia surowicy, to zostanie odsetek śmiertelności 2%. W drugiej grupie (43 umysłowo chorych) wy-

[4]) Kruse: Die Blutserumtherapie bei der Dysenterie. Deut. med. Woch. 1903. Nr. 1 i 3.

[5]) Lüdke: Untersuchungen über die bacill. Dysenterie. — Über aktive u. passive Immunisierung. Ctrblatt. f. Bakter. I. Orig. T. XXXIX. 905 i T. XL. 906.

[6]) C. Todd: On a dysentery antitoxin. Brit. med. Journal. 5. XII, 1903. wedle Bullet. Pasteur. II 131.

[7]) L. Rosenthal: Das Dysenterietoxin auf natürlichem Wege gewonnen. Deutsche med. Wochenschrift. 1904. Nr. 7. str. 235.

[8]) L. Rosenthal: Ein neues Dysenterieheilserum u. seine Anwendung bei der Dysenterie. Ibidem. Nr. 19. 1904. str. 691.

[9]) Korenczewski: wedle sprawozdania w Bullet. Pasteur. 1905. luty.

[10]) W. Barykin: (Russki Wracz. Nr. 30 i 38. 1905. wedle referatu w Deutsche med. Woch. 1906. str. 669).

[11]) R. Kraus i R. Doerr: Das Dysenterieserum. Wiener Kl. Woch. 1906. Nr. 30.

[12]) L. Vaillard i Ch. Dopter. Le sérum antidysentérique. Annales de l' Institut Pasteur. 1906. mai.

[13]) Rosculet: Wiener klinische Woch. 1906. Nr. 35.

[14]) Vaillard i Dopter: La sérotherapie dans le traitement de la dysenterie bacillaire. Annal. de l' Inst. Pasteur 1907. 4.

nosiła wprawdzie śmiertelność od 12·5% do 50%, zależnie od sanatoryum, przeważnie stosowano tu jednak surowicę bardzo późno i w bardzo małych dawkach.

Autorom francuskim udało się zatem najbardziej obniżyć odsetek śmiertelności: Shiga miał u swoich chorych 10·8% śmiertelności, Kruse 8%, Rosenthal 4½%, a oni mieli 2%. Jeżeli zważymy, że średnia śmiertelność z czerwonki, nie leczonej surowicą, swoją drogą wahająca się w wielkich granicach zależnie od epidemii, wynosiła znacznie więcej, bo od kilku na sto, najmniej koło 7%, aż do 50 i 60%, jak to było w r. 1899 w Bretanii, to musimy przyznać, że w surowicy swoistej posiadamy lek dobry i skuteczny.

Na dowód, jak skutecznie działa surowica, warto za Vaillardem i Dopterem przytoczyć epizod z epidemii bretońskiej w r. 1906.

Dr. Marchais z Finistère, najbardziej na zachód wysuniętego cypla Francyi, donosi, że wezwano go 1 grudnia 1906 do pewnej rodziny, z której wszyscy 7 członkowie chorowali dawniej lub też w czasie jego wezwania na czerwonkę. Dziecko 8-letnie zmarło 24 listopada, ojciec 49-letni uległ chorobie 29 listopada. Matka i córka trzynastoletnia były na drodze do wyzdrowienia. Z tych 4 osób, z pośród których zmarły 2, żadna nie dostała surowicy. W czasie wizyty lekarza reszta rodziny, 3 bracia, byli na czerwonkę niebezpiecznie chorzy: 11-letni chłopiec choruje od 8 dni, młodszy 5-letni od 4 dni. Obaj mają na dobę 120—150 krwawych wypróżnień. Wstrzyknięta surowica leczy ich w kilku dniach. Najstarszy brat 22-letni okazuje dopiero od 48 godzin objawy jeszcze cięższej czerwonki i sprawia wrażenie śmiertelnie chorego. Bez przerwy oddaje wypróżnienia, prawie zupełnie krwawe. Twarz zapadła, tętno małe, nitkowate, osłabienie serca znaczne, kończyny chłodne. »Od 8 lat widziałem jakich 300 przypadków czerwonki — pisze Dr. Marchais — i wszyscy, którzy tak wyglądali, ginęli niechybnie z choroby«. Choremu temu wstrzyknął M. w 3 dniach 180 cm³ surowicy i nadspodziewanie chory ozdrowiał i to wcale prędko.

O wartości surowicy stanowi nietylko to, że, jak wyżej była mowa, obniża ona bardzo odsetek śmiertelności, ale i to, że ma na sam przebieg choroby bardzo wybitnie korzystny wpływ. W jakiej ilości i jak często stosować surowicę, o tem stanowią przeróżne objawy, wśród jakich przebiega choroba. Nie gorączką kierują się autorowie, bo chociaż czerwonka jest chorobą gorączkową, jednak nie zawsze w czerwonce gorączka idzie w parze z nasileniem choroby. Główną miarą powinna być przedewszystkiem liczba wypróżnień, nasilenie bolu i objawy zakażenia. Ilość wypróżnień śluzowo-krwawych stoi w istocie prawie zawsze w związku z rozległością i stopniem zmian jelita grubego. To samo można powiedzieć i o kolce jelitowej. Zakażenie jadem, który wytwarzają prątki, rozmnażające się w jelicie grubem i który dostaje się do obiegu krwi, przejawia się wymiotami, czkawką, obniżeniem ciepłoty ciała, osłabieniem tętna, zaostrzeniem rysów twarzy, bladością, osłabieniem, gwałtownem chudnięciem i t. d. Wedle tych objawów, dzielą autorowie francuscy chorych na 4 grupy: przypadki średnio ciężkie o 15—30 stolcach na dobę, poważne o 30—80 stolcach na dobę, ciężkie o 80—150 stolcach, i nadzwyczaj ciężkie o 150 do 288 stolcach w ciągu dnia. Surowicę wstrzykuje się podskórnie i to w dawkach od 20 do 100 cm³. W przypadkach średnio ciężkich wystarcza 20 cm³, o ile je zastosowano w pierwszych 5 dniach choroby, aby choremu przynieść prawie natychmiastową ulgę i uleczenie w dniach 2 lub 3. Jeśli choroba trwa już tydzień, albo dwa, to i tak surowica sprowadza rychło ulgę, ale dla wyleczenia trzeba nieraz nazajutrz, albo i na trzeci dzień powtórzyć wstrzyknięcie. Chory wstaje z łóżka najpóźniej po 5 dniach. Działanie surowicy jest jeszcze skuteczniejsze w przypadkach czerwonki poważnych i ciężkich. (30—80 i 80—150 stolców na dobę). W przypadkach tych obok zaburzeń jelitowych zjawiają się i objawy ogólnego zakażenia. Jeśli w tych przypadkach stosuje się surowicę wcześnie, to wystarczy dość często użyć 20, jeszcze lepiej 30 cm³, aby natychmiast wstrzymać dalszy rozwój choroby i sprowadzić wyleczenie w 3—4 dniach. Zwykle jednak trzeba ponowić wstrzyknięcia na drugi dzień, jeśli jednak początek był bardzo ciężki i od razu zaznaczał się objawami zakażenia, to lepiej wstrzyknąć surowicę jeszcze i 3-ci i 4-ty raz, aż ilość wypróżnień opadnie do prawidłowej. Zawsze wtedy chory wracał do zdrowia. Przypadki nadzwyczajnie ciężkie, gdzie ilość wypróżnień na dobę dochodziła prawie 300, dowodzą najlepiej, jakiej wartości lekiem jest swoista surowica. Chorzy ci (4) obok ciężkich zaburzeń jelitowych okazywali objawy tak ciężkiego zakażenia, że sprawiali wrażenie bezwzględnie straconych. Dlatego też wstrzykiwano tym chorym wielkie dawki surowicy i często wstrzykiwania ponawiano. Z tych 4 uratowano 3. Jeden zmarł, może i dlatego, że w tym przypadku z powodu prawie natychmiastowego przełamania się choroby wstrzykiwano potem stosunkowo niewielkie dawki surowicy. Przyszedł nawrót choroby i chory mimo dalszych kilku wstrzyknięć, także stosunkowo niewielkich (80 cm³), zmarł.

Co do wpływu surowicy na sam przebieg choroby, to wyraża się on przedewszystkiem złagodzeniem wszystkich objawów, tak miejscowych, jak i ogólnych. Już w kilka godzin po wstrzyknięciu uczuwają chorzy znaczną poprawę ogólną (euphoria), kolka jelitowa i parcie ustępują również po 24 godzinach z wyjątkiem przypadków nadzwyczajnie ciężkich. W wypróżnieniach krew znika rychło, ilość ich maleje z dnia na dzień. Już po 48 godzinach zaczyna i śluz znikać ze stolców, które przybierają rychło wejrzenie prawidłowych. I objawy zakażenia ogólnego znikają prawie w oczach. Wymioty i czkawka, jeżeli były, ustępują rychło, kończyny stają się cieplejsze, tętno się poprawia, zaostrzenie rysów ustępuje, wraca apetyt, chorzy domagają się jadła, ogólne osłabienie ustępuje miejsca uczuciu zadowolenia z widocznego i odczuwanego powrotu do zdrowia. W przypadkach bardzo ciężkich trzeba na poprawę czekać nieco dłużej, nieraz i dwie doby, ale jak poprawa raz się zacznie, to zwykle już bez przerwy wiedzie do zupełnego zdrowia. Leczenie czerwonki o średniem nasileniu dotychczasowymi sposobami trwało od 10 do 15 dni, czerwonki ciężkiej średnio 20 do 30 dni, a ozdrowienie dość często szło bardzo wolnym krokiem. Tymczasem czerwonka średniego nasilenia leczona surowicą ustępowała średnio w 3 dniach, cięższego nasilenia w 3—4 dniach, a już bardzo ciężka czerwonka trwała od 4 do 6 dni. Chorzy, którzy robili wrażenie na pewno straconych, wstawali z łóżka po 8—20 dniach. Czerwonka leczona od pierwszej chwili surowicą, odrazu się przełamuje. Ozdrowienie trwa znacznie krócej, nawroty należą do wyjątków.

Wyniki leczenia surowicą są tem rychlejsze, im ją wcześniej zastosowano, czyli im mniejsza część jelita jest zajęta i im mniejsze zakażenie ustroju; jednak i w okresach późniejszych jest działanie surowicy bardzo widoczne. Przypadki, w których użyto surowicy i w drugim i po drugim tygodniu, leczyły się jeszcze bardzo prędko. I w przypadkach przewlekłych surowica pomaga. Autorowie francuscy widzieli przypadek czerwonki, który przez 5 miesięcy opierał się przeróżnym lekom, a po 3 wstrzyknięciach surowicy rychło się zakończył pomyślnie.

W przypadkach średniego nasilenia wystarcza często 20 cm³ surowicy, w przypadkach poważnych 30 cm³, by chorobę uleczyć. Jeśli po 24 godzinach utrzymuje się kolka i parcie, należy ponowić wstrzyknięcie. Czasem i trzecie wstrzyknięcie mniejszej ilości surowicy może się okazać potrzebne. W czerwonce ciężkiej trzeba wstrzyknąć 40 do 60 cm³ i powtórzyć tę dawkę nazajutrz. Jeśli objawy jelitowe nie ustępują wyraźnie, należy wstrzykiwania powtarzać w dawkach nieco mniejszych, aż ilość wypróżnień na dobę spadnie do kilku.

W najcięższych postaciach czerwonki należy zacząć leczenie od wielkich dawek 80, 90 i 100 cm³, rozłożonych na 2 części, wstrzykniętych wśród jednego dnia. Dotychczasowe doświadczenie bardzo przemawia za tym sposobem postępowania i byłoby wprost lekkomyślnością zaczynać od dawek niższych. Wielkie te dawki należy powtarzać co dzień, jeśli się utrzymują groźne objawy, a dopiero z ich ustąpieniem należy dawki stopniowo obniżać w ciągu 6—8 dni, a nawet i dwóch tygodni następnych. Niektórym chorym wstrzyknięto wogóle 240, 380, a nawej i 1080 cm³ surowicy. O ile ilość wypróżnień na dobę trzyma się wyżej 20 do 30, nie należy zbyt szybko zmniejszać dawki wstrzykiwanej surowicy.

Objawy posurowicze są dość rzadkie i zwykle nie ciężkie. Autorowie francuscy widzieli na 250 leczonych surowicą przypadków ledwo kilkanaście razy: pokrzywki, rumienie lub bóle w stawach. Najczęściej spotykali rumień, który trwał krótko (2 doby) i ograniczał się do miejsca wstrzyknięcia. Raz tylko widzieli ciężkie objawy posurowicze, dla których musieli przestać wstrzykiwań.

Dla uchronienia chorego przed przypadłościami posurowiczemi radzi Netter [15]) podać choremu 2 do 3 gramów chlorku wapniowego w dzień wstrzyknięcia i przez 2 dni następne [16]).

Jak wiadomo, istnieją dwa główne szczepy prątka czerwonkowego: typ Shiga-Kruse i typ Flexner. Oba typy są bardzo

[15]) Netter: Zobacz artykuł Vaillarda i Doptera w Presse médic. Nr. 45. 1907.

[16]) Taksamo zauważył Besredka (Soc. de Biolog. 15. VI. 1907), że przed objawami posurowiczemi chroni morskie świnki narkoza eterowa lub wstrzyknięty przed surowicą chlorek wapniowy.

pokrewne (Eisenberg[17]) i mogą wywoływać u człowieka czerwonki, klinicznie do siebie zupełnie podobne i równie ciężkie. Jeden i drugi typ można spotkać w tej samej okolicy i wśród tej samej epidemii.

Otóż chociaż Dopter i Vaillard uzyskali surowicę leczniczą zapomocą typu Shiga-Kruse, jednak na obie odmiany czerwonki, wywołanej czy to przez prątki typu Shiga, czy typu Flexner, surowica ta równie korzystnie działała.

Prace pedyatrów z lat ostatnich dowodzą, że niektóre biegunki oseskow i dzieci, nagminne lub sporadyczne, szczególnie letnie, są także wywołane przez prątki czerwonkowe. Biegunki te niektórzy autorowie leczyli ze skutkiem surowicą swoistą. (Escherich, Jehle, Leiner i inni). Dzieci dostawały przeciętnie po 20—25 cm.³ surowicy, wyrabianej w wiedeńskim państwowym zakładzie surowic.

Co do szczepienia surowicy w celach ochronnych zdania jeszcze są podzielone. I tak n. p. Lüdke (l. c.) odradza stosowania surowicy w tym celu, bo ustrój prędko wydziela surowicę i odporność trwa krótko. Spostrzegał on czerwonkę u ludzi szczepionych zapobiegawczo, i to w 2—4 tygodnie po szczepieniu. Idzie jednak o to, czy surowica przeciwczerwonkowa posiada wogóle własności ochronne. Doświadczenia na królikach stanowczo dowodzą tego. Okres odporności u królików jest krótki, trwa 8 do 10 dni, ale istnieje. Wobec tego należy przypuścić, że okres odporności istnieje i u ludzi. A skoro istnieje, to może dałby się i przedłużyć, gdyby wstrzykiwania ponawiać. Rzecz ta może mieć doniosłe znaczenie, szczególnie w czasie epidemii. Na tem się opierając, zalecają Vaillard i Dopter bardzo gorąco w czasie epidemii wstrzykiwać w celach ochronnych surowicę, szczególnie dzieciom i ludziom wątłym, w dawkach 10-gramowych co 8—10 dni.

W końcu pozwolę sobie zaznaczyć, że surowica swoista przeciwprątkowa naturalnie niema żadnego wpływu na czerwonkę pełzakową, ale że w naszym klimacie czerwonka pełzakowa nigdy prawie się nie zdarza, można więc w każdym przypadku, nawet gdy tylko przypuszczamy czerwonkę, zastosować surowicę, bo szkodzić ona nie może, a działa tem lepiej, im wcześniej została zastosowaną.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

J. Handelsmann. **Przyczynek do działania wstrzykiwań śródżylnych wyciągów nadnerczy u królików.** (*Gazeta lek.* Nr 14, 1907). Do swych doświadczeń na królikach (pod kierunkiem prof. Kaiserlinga w Berlinie) używał H. suprareminy Mercka. W każdym przypadku badał mikroskopowo oprócz tętnicy głównej tętnice nerkowe, szyjne, udowe, nerki, wątrobę, płuco, nadnercze i serce, a czasem i mózg, tętnice mniejsze, gruczoły chłonne i śledzionę. Liczba doświadczeń H. wprawdzie jest niewielka i H. nie wysnuwałby na ich podstawie wniosków, gdyby nie to, że doświadczenia takie powtarzano przed nim wiele razy i wyniki wtedy były zawsze podobne, natomiast H. otrzymał wyniki ujemne, pomimo iż wstrzykiwania wykonywał niekiedy nawet przez długi przeciąg czasu (94 dni). — H. mówi głównie o zmianach w naczyniach, w pozostałych bowiem narządach nie stwierdził nic więcej, niż inni badacze. H. znalazł zmiany w tętnicy głównej, wyprostowanie włókien sprężystych warstwy środkowej, oraz w jednym przypadku krwiaka śródściennego — ale ani razu nie spotkał ani zwapnień, ani też martwicy w ścianach tętnicy głównej, co właśnie miało cechować t. zw. śródżylne zatrucie wyciągiem z nadnerczy. H. zwraca uwagę na następujące okoliczności: 1) króliki używane przez H. do doświadczeń były młode i zdrowe, dobrze odżywione i w toku doświadczeń nietylko nie chudły, lecz zwykle (prócz jednego) przybierały na wadze. 2) Już Fischer wspomina, że u zwierząt wyniszczonych, którym nie wstrzykiwano żadnych toksyn, znajdował zwapnienia w tętnicy głównej, jak po wstrzykiwaniach adrenaliny, a także Koranyi zwraca uwagę, że zwierzęta, karmione brukwią, są odporniejsze od zwierząt, karmionych owsem. 3) Już w roku 1881 opisał Oscar Israel[1]) zmiany w tętnicy głównej królika, takie same, jak te, które opisują wszyscy inni autorowie od r. 1903 po wstrzykiwaniu wyciągów z nadnerczy. Israel badał, jakie zmiany występują w sercu królika po usunięciu jednej nerki lub też po wywołaniu w nerce zapalenia i zupełnie przypadkowo znalazł zmiany w tętnicy głównej, które nazwał »*endoaortitis deformans chronica*« i uważał za coś odrębnego od ludzkiej miażdżycy, dopatrując się przyczyny tych zmian w podniesieniu ciśnienia krwi. (Preparaty Israela są dotąd zachowane w muzeum patolog. w Berlinie). Wobec tego warto się zastanowić, czy nie zdarzają się samorodnie w tętnicy głównej królika takie zmiany, jakie opisują różni badacze, i bez wstrzykiwań adrenaliny, a to u królików różnych ras, różnego wieku i odżywianych w różny sposób. Przecież nawet tym autorom, którym udawało się otrzymać zmiany w środkowej warstwie ściany tętnicy głównej, zdarzało się nieraz, że nawet po wielokrotnem wstrzykiwaniu żadnych zmian nie znaleziono, a z drugiej znów strony Erb podaje, że widział zmiany już po jednorazowem wstrzyknięciu. Bardzo być może, że powstawanie tych zmian u królików przyspiesza wstrzykiwanie wyciągu z nadnerczy, ale nie jest jeszcze pewnem, czy je wywołuje. *Stahr.*

Doc. Z. Orłowski. **Dalsze doświadczenia nad doświadczalną miażdżycą tętnicy głównej u królików.** (*Russkij Wracz* Nr 11, 1907). Autor wstrzykiwał królikom 1 prc. rozczyn chlorku barowego (od 2 do 5 podziałek gramowej strzykawki Pravatza) i stwierdzał potem w tętnicy głównej zmiany, niczem osobliwem nie różniące się od zmian, powstałych pod wpływem wstrzykiwań adrenaliny, digalenu, adonidyny, strofantyny (por. »Przegl. lek.« 1906, Nr 14). Ponieważ śródbłonek naczyń odżywczych (*vasa vasorum*) był tu w wielu miejscach nabrzmiały, tak że światło naczyń odżywczych w bardzo wielu miejscach było zwężone, a niekiedy i zupełnie zatkane, przeto autor przychodzi do wniosku, że wszystkie wyż wymienione środki są jakby truciznami śródbłonkowemi, które, drażniąc śródbłonek, wiodą do zwężenia, a niekiedy i do zamknięcia światła naczyń odżywczych (*vasa vasorum*), co wywołuje martwicę środkowej warstwy ściany z następczem odkładaniem się wapna i t. d. W ten sposób przyczyną doświadczalnej miażdżycy tętnicy głównej u królików jest trujące działanie adrenaliny, digalenu itd.; mechaniczne zaś działanie (podniesienie ciśnienia krwi) gra zupełnie podrzędną rolę. (Wnioski autora zostały ostatnimi czasy zupełnie potwierdzone w pracy dra Torpowa. *Przyp. spr.*) *Z. Orłowski.*

Prof. Hirsch i prof. Spalteholz. **Tętnice wieńcowe i mięsień sercowy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 20). W części doświadczalnej tej pracy dochodzi Hirsch do wniosku, że tętnice wieńcowe serca nie są końcowemi; przeciwnie, rozgałęzienia naczyń sercowych są bardzo liczne i mają liczne połączenia. — Spalteholz ze stanowiska anatomicznego dochodzi do podobnych wyników i twierdzi, że tętnice wieńcowe łączą się ze sobą blizko powierzchni mięśnia i pod wsierdziem. Mięśnie brodawkowate mają kilka naczyń doprowadzających, łączących się ze sobą. Unaczynienie mięśnia sercowego u psa i człowieka jest podobne. Połączenia tętnicze, zwłaszcza u noworodków, można łatwo stwierdzić. *Kłęsk.*

Andropow. **Porównanie działania na serce odosobnione jednoatomowych i wieloatomowych alkoholów rzędu tłuszczowego.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 14). Dla swoich badań brał autor (w pracowni farmakologicznej prof. Krawkowa w Petersburgu) pierwotne normalne alkohole: metylowy, etylowy, propylowy, butylowy, amylowy, heptylowy, oktylowy, z jednoatomowych — etylen, glykol, glicerynę, erytrit, adonit, mannit, z cukrów — trzcinowy, winogronowy w różnych zgęszczeniach. Posługiwał się sposobem Langendorffa i płynem Ringer-Lockea; działalność serca zapisywał kimografem Balzarra. Wnioski autora są następujące: A) Znamienną cechą działania pierwotnych normalnych alkoholów jest fakt, że po spadnięciu wysokości skurczów znowu przez jakiś czas wyrównywa się czynność serca w mniejszym lub większym stopniu; otrzymuje się wrażenie, jakby serce przyzwyczajało się do trucizny; tylko po mocnych rozczynach czynność serca już się nie wyrównywa. Co się tyczy rytmu, to już niższe alkohole — etylowy, metylowy — wywołują niewielkie przyspieszenie; zaczynając od alkoholu propylowego przyspieszenie to staje się stałem i wpadającem w oczy zjawiskiem. B) Jednoatomowe alkohole: 1) Im wyższe miejsce w rzędzie homologów zajmuje jednoatomowy alkohol, tem jadowiciej działa on na serce. 2) Jednoatomowe alkohole wpływają na serce narkotyzująco. 3) Po przepuszczeniu przez naczynia wieńcowe płynu Lockea, zatrutego alkoholem, serce po czaso-

[17]) Eisenberg: Ph. Über die Verwandschaft der verschiedenen Dysenteriestämme. Wiener Kl. Wochenschrif. 1904. Nr. 43.

[1]) Experimentelle Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Nierenkrankheiten und secundären Veränderungen des Circulationssystems. Virch. Arch. T. 86.

wem osłabieniu czynności może znowu w mniejszym lub większym stopniu wrócić do stanu prawidłowego. 4) Rytm pod działaniem alkoholu przyspiesza się. 5) Serce posiada znaczną wytrzymałość względem alkoholów. C) Wieloatomowe alkohole i cukier: 1) Wieloatomowe alkohole i cukry działają na serce tylko w mocnych rozczynach (1—500, 1—300, 1—200). 2) Działają one na serce z początku podniecająco, a potem obniżająco. Przytem rytm serca podczas podniecenia wysokości skurczów na krzywej przyspiesza się, a potem w większości przypadków opada. 3) Usunięcie trucizny w większości przypadków prowadzi do dalszego osłabienia siły skurczów serca i zwolnienia rytmu. 4) Rozczyny 1: 25, 1: 20 osłabiają serce aż do zupełnego zatrzymania jego czynności. 5) Wieloatomowe alkohole działają na serce porażająco. Etylen-glykol pod tym względem zajmuje miejsce pośrednie między jedno- i wieloatomowymi alkoholami: w słabych rozczynach działa narkotyzująco, w mocnych — wywołuje porażenie. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Medycyna wewnętrzna.

Treupel. **Dzisiejszy stan nauki, dotyczący opukiwania serca.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, 20 i 21). O ile określenie t. zw. bezwzględnego stłumienia serca daje zazwyczaj zgodne wyniki, o tyle oznaczenie wielkości całej przedniej powierzchni serca, uzyskiwane zapomocą oznaczania t. zw. stłumienia względnego, daje nawet u badaczy, którzy się specyalnie tą sprawą zajmowali, wyniki, znacznie się pomiędzy sobą różniące. Wprowadzenie ortodiagramów było w określeniu wielkości całej przedniej powierzchni serca niewątpliwie ważnym krokiem naprzód. Obecnie rozporządza nauka w tym celu trzema metodami. Metoda Ewalda-Goldscheidera daje niewątpliwie najdokładniejsze wyniki. Polega ona na bardzo lekkiem opukiwaniu i wychodzi z zasady, że nawet najlżejsze opukiwanie, już słyszalne, wywołuje drgania, udzielające się całej klatce piersiowej (tak zw. Schwellenwertsperkussion). Można jednak posługiwać się z dobrym wynikiem opukiwaniem średniosilnem (wedle Moritza), trzeba wszakże pamiętać o tem, że granica prawego serca wywołuje ton nietylko krótszy, ale i wyższy. Wreszcie trzecia metoda t. zw. wyczuwającego opukiwania (Tastperkussion), wprowadzona przez Ebsteina, dopuszcza opukiwanie dla ucha niesłyszalne. Tylko uczucie oporności jest tu rozstrzygające. Metody te pozwalają w każdym niemal przypadku oznaczyć kształt i wielkość całego serca, wraz z pniem wielkich naczyń. *Dr M. Godlewski.*

Meier H. **O użyciu fonografu w medycynie wewnętrznej.** (*Allg. med. Ctrl. Ztg.* 1907, Nr 16). M. próbował użyć fonografu do zapisywania tonów sercowych ze skutkiem pomyślnym, łącząc z drgającą blaszką fonografu osobnego rodzaju słuchawkę (stetoskop). Po potrzebnych jeszcze ulepszeniach będzie można, zdaniem M., zakładać zbiory tonów i szmerów sercowych dla celów dydaktycznych. *Dr M. Lauterbach.*

Władysław Janowski. **O badaniu zapasowej energii serca zapomocą ucisku na tętnice biodrowe (sposób Katzensteina), oraz o spostrzeganych przytem zmianach w krzywej tętna.** (*Czasopismo lek.* Nr 3, 1907). W roku 1904 podał Katzenstein sposób badania zapasowej energii serca. Określiwszy wprzód ciśnienie krwi tonometrem Gaertnera i policzywszy tętno, uciska Katzenstein następnie obie tętnice udowe na wysokości więzadła Pouparta w ciągu 2—5 minut, poczem, nie przerywając ucisku, bada ponownie ciśnienie krwi. Na podstawie 300 pomiarów na 128 osobnikach twierdzi Katzenstein, że u osób zdrowych (zbadał 63), ciśnienie krwi podnosi się o 5‴—15‴ rtęci tonometru Gaertnera, a tętno pozostaje bez zmiany lub staje się nieco rzadszem. Jeżeli tylko tętno staje się częstszem, to znaczy, że przy tem doświadczeniu powstające zwiększenie pracy wykonywa serce nie przez zwiększenie siły poszczególnych skurczów, lecz przez zwiększenie ich liczby, a więc, że nie jest całkowicie sprawne. Przy nieznacznej niedomodze serca ucisk na tętnice udowe nie wywołuje wcale podniesienia ciśnienia krwi. Im częstszem staje się przytem tętno, tem stopień niedomogi serca jest większy. Przy wyższych stopniach niedomogi serca ucisk na tętnice udowe wywołuje spadek ciśnienia krwi tem większy, im niedomoga serca znaczniejsza. Tętno staje się przytem zawsze częstszem. Autor celem sprawdzenia badań Katzensteina dokonał 88 pomiarów na 49 osobnikach. Swoje badania prowadził na szerszą skalę, bo równocześnie obok tonometru Gaertnera nakładał na prawe przedramię badanego sfigmochronograf Jaqueta-Sahliego, a na prawe ramię tonometr Riva-Rocciego. Na podstawie swego doświadczenia wypowiada J. zdanie, że metoda Katzensteina, której wartość kliniczna byłaby wprost nieoceniona, nie może być niestety do użytku w klinice zalecana. Nie można mianowicie serca uważać za zupełnie sprawne, gdy otrzymane wyniki są zupełnie zgodne ze schematem Katzensteina, ani też nie można go uważać za niedostatecznie sprawne, gdy otrzymane wyniki są ze schematem Katzensteina sprzeczne. Podczas wykonywania prób wedle Katzensteina zachodzi mianowicie żywa gra nerwów naczynio-ruchowych, której wpływ na ostateczny wynik badania jest, zarówno co do tętna, jak i co do ciśnienia krwi, nieobliczalny. — W końcu swej pracy zwraca autor uwagę na zmiany w krzywej tętna wśród powyższych badań. *Stahr.*

Nürnberg. **Dwubitność przy niedomykalności zastawek tętnicy głównej.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* Z. 1—2, 1907). W celu oświetlenia zapatrywania Goldscheidera o znaczeniu rozpoznawczem tętna dwubitnego przy niedomykalności zastawek tętnicy głównej i dwudzielnej opisuje N. 9 przypadków tych wad skombinowanych (z kliniki prof. Openchowskiego), podając krzywe tętna. We wszystkich przypadkach stwierdza mniejsze lub większe wzniesienie dwubitności. Sądzi, że wymacalna dwubitność w 2 przypadkach Goldscheidera wytłómaczoną być może gorączką i młodym wiekiem chorych. W swoich 9 przypadkach, w których chodziło o chorych niegorączkujących ze skombinowanemi wadami, nie stwierdził N. dwubitności przez badanie palcem, lecz jedynie na krzywej tętna. Przy badaniu takiego tętna i wysnuwaniu wniosków rozpoznawczych należy zawsze zwrócić uwagę na ciepłotę, wiek chorego i czas trwania choroby serca. *Dr Witold Skórczewski.*

W. Janowski. **Dwubitność tętna przy niedomykalności zastawki dwudzielnej.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* Z. 1—2, 1907). Autor sprzeciwia się zapatrywaniu Geigla, popartemu przez Goldscheidera, co do przyczyn powstawania dwubitności tętna w przebiegu niedomykalności zastawek tętnicy głównej, połączonej z niedomykalnością zastawki dwudzielnej. Według Geigla podczas rozkurczu przepełnia się komora lewa nadmierną ilością krwi, a fala powrotna w tętnicach zamiast, jak przy niedomykalności zastawek aorty się dzieje, wrócić do komory, napotyka na opór i wywołuje dwubitność tętna. Wyrażając przekonanie, że przyczyną powstawania dwubitności są jedynie, 1) ostre choroby zakaźne, 2) niewyrównanie czynności serca, 3) choroba Basedowa, 4) zatrucie azotynem amylowym, sądzi J., że tak w przypadku Geigla, jak i przypadkach Goldscheidera przyczyną powstawania dwubitności była sprawa ostra zakaźna, przebiegająca z gorączką (*endocarditis*). Na potwierdzenie swego zapatrywania przytacza J. krzywe tętna bez dwubitności z 2 przypadków skombinowanych wad: niedomykalności zastawek tętnicy głównej i zastawki dwudzielnej, oraz 3 przypadki niedomykalności zastawek tętnicy głównej, z których w jednym tętno dwubitne wystąpiło podczas przebywania duru plamistego, w drugim przy zaostrzeniu się sprawy na zastawkach, w trzecim wreszcie dwukrotnie, raz w przebiegu zapalenia płuc i osierdzia, drugi raz w przebiegu zapalenia wsierdzia i osierdzia. Po przebyciu sprawy ostrej spostrzegał J. u chorych znamienne dla niedomykalności tętno chybkie (*pulsus celer*) bez dwubitności. *Dr Witold Skórczewski.*

J. Pawiński. **Dusznica bolesna** (*angina pectoris*), **przebiegająca pod postacią cierpienia żołądka.** (*Gazeta lek.* Nr 7, 1907). Na obraz dusznicy bolesnej składają się zwyczajnie objawy w zakresie układu nerwowego i układu naczyniowego. Przytem raz przeważa jedna, to znowu druga grupa objawów. Oprócz tych dwóch grup zasługuje na uwagę i grupa objawów w zakresie przewodu pokarmowego. Ważne miejsce w tej grupie objawów zajmuje uczucie palenia, które chorzy nazywają zgagą. Zjawia się ono w odróżnieniu od zwykłej zgagi, zależnej od nadmiernej kwaśności soku żołądkowego, nie po przyjęciu pokarmów, często nawet naczczo. Od zgagi nerwowej odróżnia się tem, że zjawia się głównie podczas ruchu ciała, zwłaszcza na powietrzu, nie w domu. Zgagę w tem cierpieniu wywołuje nie pokarm, ale ruch. W daleko posuniętych przypadkach dusznicy, kiedy napady zjawiają się bez widocznej przyczyny, wśród zupełnego spokoju, nie bywa zwykle zgagi. Do wczesnych objawów dusznicy należy także uczucie dławienia, które się zjawia niekiedy obok zgagi i uczucia ściskania, zwężenia gardła. Bardzo częstym objawem ma być i odbijanie, które występuje pod koniec napadu. Kilkakrotnie spostrzegał autor obfite wydzielanie się śliny podczas lub pod koniec napadu. Występowanie bolów stenokardyalnych po przyjęciu pokarmów należy do najczęstszych objawów dusznicy bolesnej, czemu towarzyszy blednięcie, albo — co częściej bywa — zaczerwienienie skóry, zwłaszcza na twarzy, z uczuciem napływu krwi do głowy, mocnem kołataniem serca i obfitymi potami górnej połowy ciała. Napady dusznicy mogą się zjawiać i przy oddawaniu stolca lub po jego oddaniu.

Niekiedy, zwłaszcza po silnych napadach stenokardyalnych, następują nudności, wymioty, częste napieranie na stolec, rzadziej rozwolnienie. Czasem zaś ból wśród napadu sadowi się w dołku podsercowym, a nie w okolicy serca. — Objawy te tłómaczy autor tem, że oba narządy, serce i żołądek, zaopatrzone są w gałęzie tych samych dwu nerwów: błędnego i współczulnego, które łącząc się z sobą, tworzą sploty: sercowy i trzewny. Albo więc drogą bezpośredniego przewodnictwa, albo też drogą zwrotną mogą bodźce chorobowe z jednego narządu przenosić się na drugi. Leczenie powinno być skierowane przeciw głównej podstawie choroby, a więc przeciw stwardnieniu tętnic (jod, leki sercowe, moczopędne i t. d.), należy jednak zwrócić uwagę i na żołądek. Chorzy powinni spożywać pokarmy często, a w niewielkiej ilości, po każdym posiłku powinni zachować spokój przynajmniej przez godzinę. Często korzystną jest, — choć nie zawsze, — zamiana dyety stałej (mięsnej) na płynną (mleczno-roślinną). Pomocne bywają małe dawki kokainy, beladonny i t. p., oraz przedewszystkiem przetwory bromu. U niektórych osób ze skłonnością do skazy moczanowej osiąga się często bardzo pomyślne wyniki solą karlsbadzką lub wodami słonemi (Kissingen, Homburg i t. d.). *Stahr.*

Neurologia.

Lissmann. **Dalsze badania, dotyczące odruchu grzbietnego stopy.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 21). Mniej znany, niż odruch Babińskiego, a wedle Bechterewa i K. Mendla, (którzy o pierwszeństwo w opisaniu go spór wiodą), niemniej pewny przy odróżnianiu czynnościowych i anatomicznych porażeń, jest t. zw. objaw grzbietnego odruchu stopy. Opukując u zdrowego człowieka grzbiet stopy w okolicy kości sześciennej, widzimy wyprostowanie się (2—3 lub 2—5) palców ku górze; w organicznych cierpieniach układu nerwowego występuje wtedy na odwrót zgięcie ku dołowi. Stwierdzając istotnie stałe pojawianie się tego odruchu u ludzi zdrowych, nie spostrzegał L. nigdy, by odruch ten w patologicznej swej postaci istniał tam, gdzie nie można było wywołać odruchu Babińskiego. Istnieje też zgodność między tym odruchem, a odruchem Babińskiego, występującym, jak wiadomo, dodatnio u małych dzieci (do 4-go miesiąca), u których drogi piramidowe nie są jeszcze całkowicie wykształcone. *Dr M. Godlewski.*

F. Ris. **Porażenie postępujące, a kiła.** (*Corrbl. f. schw. Ärzte* 1907, Nr 8). Na podstawie spostrzeżeń, zebranych w kierowanym przez siebie zakładzie w Rheinau, dochodzi R. do następujących wniosków: 1) Istnieją zmiany anatomiczne kory mózgowej, znamienne dla porażenia postępującego. 2) Zmiany te polegają na przewlekłem zapaleniu; najłatwiej stwierdzić można zwyrodnienie naczyń, które zarazem jest najznamienniejsze w całej sprawie. 3) Porażenie postępujące jest jedną z postaci kiły mózgowej. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

F. Levert. **O urazowem porażeniu postępującem.** (*La Clinique* 1907, Nr 26). Od czasu Fourniera, który dowodzi, że 93 prc. chorych na porażenie postępujące przebywało wprzód kiłę, zakorzeniło się przekonanie, że nie istnieje porażenie postępujące bez kiły. Za tem oświadczyli się także wszyscy wybitni klinicyści francuscy. W przeciwieństwie do tego zapatrywania udowadnia L., że sam uraz, jako taki, może być przyczyną porażenia postępującego. *Stahr.*

Teklenburg. **W sprawie odbijania nerwowego.** (*Zentralblatt f. Chir.* 1907, Nr 10). Dotąd jedynie francuscy badacze usiłowali wyjaśnić to zjawisko, jednak w sposób niedostateczny. Autor wbrew twierdzeniu Adlera, że aërofagia występuje u ludzi nerwowo chorych ze zdrowym żołądkiem, utrzymuje, że takie przypadki należą właśnie do wyjątków. Wprawdzie Crämer uważa odbijanie nerwowe za objaw schorzenia, polegającego na niedowładzie przewodu pokarmowego, a co za tem idzie, utrudnionego wessania gazów, powstałych w jelitach i wydalenia ich na zewnątrz, przeciwko jednak temu tłómaczeniu przemawia skład odbijanych gazów, taki sam jak powietrza, brak smaku i zapachu, wreszcie ta okoliczność, że odbijanie nerwowe można przerwać przez zastosowanie najrozmaitszych sposobów (n. p. otwieranie ust na pewien czas i uniemożliwienie połykania powietrza). Wbrew zapatrywaniu Adlera występuje odbijanie nerwowe najczęściej przy nieżycie żołądka z obniżoną siłą wydzielniczą, przy raku i nadmiernej kwaśności, czy to nerwowej, czy przy wrzodzie okrągłym. Pomijając rzadkie przypadki aërofagii na tle nerwowem, jest nerwowość przy tem schorzeniu jedynie następową. Adler wspomina o wzdęciu żołądka i wynikających stąd zaburzeniach w sąsiednich narządach. Między innemi znane są spostrzeżenia dusznicy bolesnej u aërofagów, która jest daleko dokuczliwsza, niż po przeładowaniu żołądka pokarmami, gdyż powietrze, rozdymając żołądek, ciśnie nietylko ku dołowi, ale we wszystkich kierunkach, więc i na serce i płuca. Dusznica ta zmniejsza się po ruchach, a wywołuje nieraz najrozmaitsze zaburzenia w czynności serca, czego następstwem jest uczucie niepokoju, przy dłuższem trwaniu występujący rozstrój nerwowy i aërofagia. Powstaje więc tutaj prawdziwe błędne koło. Na podstawie klinicznych spostrzeżeń zwraca T. uwagę, że takie wzdęcie żołądka przy wrzodzie okrągłym — a przypadki takie są częste — bardzo przeszkadza zabliźnianiu się wrzodów, a niekiedy doprowadza nawet do krwotoków. Leczenie powinno być skierowane częścią przeciw ogólnej nerwowości, częścią przeciw połykaniu powietrza, do czego najlepiej się nadają proste zabiegi (otwarcie ust na pewien czas w razie wystąpienia aërofagii). *Kasprzyk* (Berlin).

Pedyatrya.

Progulski. **W sprawie rozpoznawania nagminnego zapalenia opon u oseskòw.** (*Tygodnik lek.* 1907, Nr 6—7). Autor zwraca uwagę na częstość tego cierpienia u oseskòw, które z powodu nietypowego przebiegu uchodzi baczności lekarzy. Nieraz początek choroby bywa powolny, a na pierwszy plan wysuwają się objawy ze strony płuc przy braku wymiotów i sztywności karku. Do stałych objawów należy gorączka, która najczęściej bywa silnie zwalniająca lub przerywana. Uderzającym bywa ogólny niepokój i bardzo znaczna drażliwość. Mniej stałe bywają drgawki i ruchy automatyczne rączek lub nóżek. Objaw Kerniga zdarza się u oseskòw rzadko. Ważne znaczenie mają wysypki skórne, jako wyraz zaburzeń w sferze naczynio-ruchowej, postacią przypominające odrę, dur, wysyki krwotoczne, pęcherzycę lub półpasiec. Nadto należy zwrócić uwagę na napięcie ciemienia, rozchodzenie się szwów czaszkowych, przedtem już zwartych. U oseskòw w przebiegu nagminnego zapalenia opon łaknienie się utrzymuje, przeciwnie, niż u dzieci kilkoletnich i osób dorosłych. Rozstrzyga o naturze cierpienia nakłucie lędźwiowe, które Pr. jako zabieg drobny, łatwy i niewinny gorąco poleca. *Dr Blassberg.*

Ławrow. **Przypadek nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, wyleczony surowicą Kollego i Wassermanna.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 14). 13-letni chłopiec zachorował 8. IX. 1906 na typowe nagminne zapalenie opon; rozpoznanie stwierdzono bakteryologicznie. Od 6. X. chory zupełnie nieprzytomny, mocz oddaje pod siebie; nie je, nie pije; tętno słabe, nieprawidłowe; ciepłota 37,6°. W tak krytycznym stanie wstrzyknął autor o 5-tej godzinie wieczorem 13. X. 10 sz. ctm. surowicy. O 11-tej godzinie głęboka śpiączka, typowy oddech Cheyne-Stokesa z dużemi przerwami; tętno 80, słabe, nieprawidłowe; stan taki trwał do 3-ciej godziny rano, o której chory zażądał poraz pierwszy od kilku dni pić. Potem nastąpił głęboki sen do 8-mej godziny zrana. 14. X. O 8-mej godzinie zrana ciepłota 36,3; prawie zupełna przytomność, tętno 100, prawidłowe; chory nie odczuwa żadnych bolów; o 9-tej zrana wstrzyknięto jeszcze 10 sz. ctm. surowicy; chory zażądał posiłku, i z apetytem w ciągu dnia wypił 4 szklanki mleka i szklankę bulionu i t. d. Na 7. dzień znikło tyłozgięcie głowy, na 14. — objaw Kerniga. Chory wyzdrowiał zupełnie. Na podstawie tego przypadku poleca autor gorąco surowicę w przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Lemarquand. **Płonica u matek, a oseski.** (*Thèse de Paris*, 1906). Wieloletnie doświadczenie klinicystów dowodzi, że matki, cierpiące na płonicę, a karmiące piersią swe dzieci, nie przenoszą nigdy na nie zakażenia płoniczego. L. zebrał w swej pracy wszystkie spostrzeżenia, tyczące się tej sprawy i znalazł tylko dwa takie przypadki, w których, o ile się zdaje, płonica z matki przeniosła się na dziecko. Mimo tych 2 spostrzeżeń należy pozwolić matkom, chorym na płonicę, karmić swe dzieci wśród choroby. Trzeba tylko czuwać, aby karmienie odbywało się jaknajczyściej, zarówno co się tyczy ust dziecka, jak piersi matczynej. Karmiącym matkom należy zabronić całowania dzieci z obawy przed wtórnemi zakażeniami paciorkowcem. Należy uważać też na to, że wydzielanie mleka może się zmniejszyć, a wtedy byłoby się zmuszonym uciekać się do mieszanego karmienia. Odporność oseskòw względem zakażenia matek dotyczy nietylko płonicy, ale i odry, róży i nagminnego zapalenia ślinianek, chociaż w mniejszym stopniu. Na czem polega ta odporność, dotąd na pewno niewiadomo. Należy przypuścić, że niweczniki z krwi matki dostają się z mlekiem do ustroju dziecka. *Stahr.*

Neurath. **O chorobliwem ustawieniu głowy przy porażeniach dziecięcych.** (*Wiener med. Presse* Nr 19, 1907).

Przy porażeniach tych zajmowano się dotąd jedynie zaburzeniami ruchowemi kończyn i mięśni twarzy i zaburzeniami wzrostu części porażonych. N. zwraca uwagę na wadliwe ustawienie głowy; stopień tego zboczenia nie idzie jednak w parze z ciężkością przypadku, a daje się stwierdzić również przy padaczce Jacksona. Polega on na nachyleniu głowy w stronę chorą, niekiedy z równoczesnem skręceniem w stronę zdrową. Nachylenia tego nie mozna uważać za następowe, równoważące boczne skrzywienie kręgosłupa, gdyż występuje ono niekiedy już bardzo wcześnie po porażeniu, gdy skrzywienia kręgosłupa jeszcze niema. Przyczyny tego ustawienia głowy należy się dopatrywać w jednych przypadkach w powstrzymaniu wzrostu strony porażonej, w innych natomiast, w których występuje natychmiast po porażeniu, w stałem napięciu mięśni głębokich szyi i karku.

Kasprzyk (Berlin).

Ehrhardt. **Pobłonicza postępująca ropowica skóry.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 26). Cierpienie to występuje głównie u wątłych dzieci w pierwszych latach życia, w pewien czas po przebyciu błonicy. Zakażenie następuje zwykle od zewnątrz przez zakażone ręce chorego. Cierpienie rozpoczyna się nagle, gwałtownie, wśród zaburzeń stanu ogólnego. Skóra w zajętem miejscu jest obrzękła, silnie zaczerwieniona. Przy nacięciu wydobywa się niewiele ropy, jednakże stwierdzić można podminowania i zaułki na wszystkie strony. Często skóra podminowana obumiera na wielkiej przestrzeni. Rokowanie bardzo niepomyślne. Leczenie chirurgiczne nie daje zadawalniających wyników; może leczenie surowicą będzie skuteczniejsze. Dotąd surowicy nie stosowano z powodu trudności rozpoznawczych.

Klęsk.

Chirurgia.

Kretschmann. **W sprawie następowego leczenia przewlekłych zapaleń jamy szczękowej po otwarciu jej dłutem.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 26). K. radzi przy przewlekłych zapaleniach jamy szczękowej po oddłutowaniu twarzowej ściany zachować resztę błony śluzowej i leczyć ją zachowawczo przez ranę od strony policzka. Doszczętne usuwanie całej błony śluzowej jamy szczękowej nie jest uzasadnione. Utworzenie trwałego połączenia nie jest przytem konieczne, ma jednak wielką zapobiegawczą wartość. *Klęsk.*

Goldmann i Killian. **O zastosowaniu X-promieni do badania bocznych jam nosa i ich chorób.** (*Beitr. z. klin. Chirurg.* T. 54, Z. I). G. i K. badali zapomocą X-promieni 38 przypadków chorób bocznych jam nosa, z czego 30 potem sprawdzono przez operacyę. Zdjęcie wykonywa się, kładąc chorego czołem na płytę przez $1^1/_2$ minuty, miękką lub średniomiękką lampą z pomocą zasłony (blendy). Rozmiary, rozległość, a często i treść n. p. jamy czołowej można przytem oznaczyć zupełnie pewnie. *Klęsk.*

Monnier. **Kliniczne uwagi nad wycięciem wola na podstawie 670 operacyi.** (*Beitr. z. klin. Chirurg.* T. 54, Z. I). 670 operacyi Krönleina wykazuje coraz lepsze wyniki. Wolów złośliwych i przy chorobie Basedowa nie wliczono do tej statystyki. Wól przeważa u kobiet i częściej też u nich daje groźniejsze objawy. Przypadłości oddechowych nie było tylko w 10 przypadkach. Zaledwo w 6 prc. przypadków tchawica była prawidłowa. W 63 przyp. było porażenie nerwu zwrotnego, trudności w połykaniu w 83. Pod mostek schodził wól 114 razy. Częściej schodzi płat lewy, chociaż wogóle przy zwykłym wolu przeważnie przerasta płat prawy. Podniesienie ciepłoty po operacyi występuje bardzo często. W 51 przypadkach wystąpiło ropienie, 1 chory zmarł na tężec. Śmiertelność 1·3 prc. Nawrotu nie było po wyłuszczeniu u 41·7 prc., po częściowem wycięciu u 35·4 prc. (Badano następowo 125 chorych). *Klęsk.*

Pfeiffer. **Przeszczepianie wola i doświadczalna choroba Basedowa.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 24). Idąc za radą Payra, przeszczepiał P. wole psom i kozom do śledziony w zamiarze wywołania u nich objawów przeładowania ustroju wytworami gruczołu. W niektórych przypadkach gruczoł się przyjął i można go było znaleźć jeszcze po 127 dniach. Przeszczepianie wola wywołuje stałe przyspieszenie tętna, zwłaszcza jeżeli przenoszono gruczoł, wyjęty u chorych na chorobę Basedowa. Lepiej przeszczepiać kilka mniejszych kawałków, niż jeden duży. *Klęsk.*

Leischner. **„Przeszczepianie ciałek nabłonkowych z zachowaniem ich czynności.** (*Posiedz. Tow. lek. w Wiedniu*, 1907). Doświadczenia na szczurach w pracowni klinicznej Eiselsberga doprowadziły L. do następujących wyników: Przeszczepianie ciałek nabłonkowych w odstępach 10—30-dniowych do kieszonki pod mięśniem prostym brzucha nie wywołuje żadnych objawów. Przeszczepianie jednoczasowe wywołuje objawy tężyczki, która ustępuje wkrótce, skoro przeszczepione ciałka się przyjmą. Wycięcie przeszczepionych ciałek wywołuje wybuch tężyczki. Po przyjęciu się ciałek można usunąć cały gruczoł tarczowy bez następstw. Wnioski praktyczne: Jeżeli potrzeba usunąć cały gruczoł tarczowy, należy wszczepić pod otrzewnę ciałko nabłonkowe z tego samego lub innego chorego. Przy operacyi n. p. wola torbielowatego można bez obawy wyciąć choremu jedno ciałko nabłonkowe, by wszczepić je n. p. cierpiącemu na tężyczkę. Praktycznie zastosował to już Eiselsberg u chorej cierpiącej na tężyczkę (po wyjęciu całego gruczołu przed 27 laty przez Billrotha). Chorej tej wszczepił E. ciałko nabłonkowe, wycięte u innej chorej przy operacyi, z wynikiem, jak dotąd, zupełnie pomyślnym. *Klęsk.*

Kobrak. **Zakażenie ogólne przy ostrem zapaleniu ucha środkowego.** (*Allg. med. Ztrl. Ztg.* 1907, Nr 20). Stwierdzony w niektórych przypadkach dodatni wynik próby aglutynacyjnej jest nowym dowodem, że ostre zapalenie ucha środkowego bywa czasem podstawą objawów zakażenia ogólnego, przebiegającego poniekąd podobnie do zapalenia płuc, a kończącego się nieraz pomyślnie — przełomem. Zapalenia ucha, wywołane przez paciorkowce, są wybitnie złośliwsze, niż zapalenia na tle pneumokokowem. W tych przypadkach, w których przyczyną jest paciorkowiec śluzowy (*str. mucosus*), trzeba koniecznie chorego starannie i długo nadzorować, bo w przypadkach tych zdarzają się jeszcze stosunkowo bardzo późno powikłania. W przypadkach posocznicy pochodzenia usznego nie można w rokowaniu przywiązywać wagi do tego, że zmniejsza się ilość paciorkowców, wyhodowana ze krwi, i hemoliza; natomiast nagłe wzmożenie się hemolizy i liczby kolonii, wyhodowanych ze krwi, bardzo pogarsza rokowanie. K. zwraca w końcu uwagę na 3 przypadki przez siebie spostrzegane, w których przyczyną czysto-ropnego zapalenia ucha były prątki błonicze Löfflerowskie.

Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

Voss. **Zostawcie skrzep w spokoju.** (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.* T. 53, Z. 4). V. zaleca gorąco przy operacyach usznych nie usuwać łyżeczką skrzepu zakażonego, lecz po podwiązaniu żyły szyjnej odciąć przednią ścianę zatoki żylnej wzdłuż skrzepu. Skrzep sam, a raczej rozmiękłe tegoż miejsca, można naciąć, wydobywać całego jednak się nie powinno. Przy tem postępowaniu odpływ zakażonego materyału jest zupełnie dostateczny. Wydobywanie skrzepu i tamponowanie pustej zatoki nieraz wprost przenosi zakażenie dalej. *Klęsk.*

Położnictwo i ginekologia.

Seweryn Sterling. **O wpływie ciąży i porodu na przebieg gruźlicy płuc.** (*Czas. lek.* Nr 1, 1907). W wieku XVIII. i w pierwszej połowie XIX. wieku głosiły powagi lekarskie, że ciąża jest pożądanem, bo korzystnem powikłaniem gruźlicy, zaś w drugiej połowie XIX. wieku brzmiały zdania lekarzy wprost przeciwnie. W ostatnich zaś czasach szczególnie autorowie francuscy dochodzą do wniosku, że ani ciąża, ani poród nie sprzyjają powstaniu gruźlicy u kobiet, obciążonych dziedzicznie i że nie pogarszają przebiegu gruźlicy, ale że przeciwnie stan płuc często się poprawia. Co się tyczy sprawy sztucznego — w celach leczniczych — przerwania ciąży u chorych na gruźlicę, to odróżnić należy poród przedwczesny od poronienia. Poród przedwczesny według zgodnego zdania wszystkich autorów nigdy nie wpływa dodatnio na przebieg gruźlicy; jeśli więc bywa stosowany, to jedynie w celu uratowania życia płodu. Inaczej co do poronienia. Jedni w każdym przypadku gruźlicy domagają się wywołania poronienia, inni znowu podają pewne wskazania (gruźlica krtani, pogarszanie się sprawy płucnej, dającej zresztą dobre rokowanie). Są wreszcie i bezwzględni przeciwnicy tego zabiegu. Zdaniem autora, większość materyałów, dotąd w tej sprawie drukiem ogłoszonych, ma wartość wielce wątpliwą. Przedewszystkiem 1) istniejące statystyki, to głównie statystyki zakładowe, szpitalne, a więc tyczące się kobiet głównie niezamożnych, a nawet ubogich; 2) podane wywiady opierają się na podstawach bardzo kruchych, jak wszystkie wywiady w chorobach przewlekłych, niespostrzeganych przez lekarza osobiście; 3) czas, przez który autorowie opisanych przypadków je spostrzegali, wynosi najczęściej dni kilka do kilkunastu. S. wyraża przekonanie, że nie ciąża sama przez się, ale zły stan chorych, daleko posunięta sprawa gruźlicza stwarza dopiero warunki, wśród których ciąża działa zgubnie na dalszy przebieg gruźlicy, przynajmniej u robotnic fabrycznych. Na podstawie obliczeń statystycznych dochodzi S. do wniosku, że i poród także nie ma szczególnego wpływu na śmiertelność z gruźlicy. Autor godzi się z Weinber-

giem, że ujemny wpływ ciąży na przebieg i powstanie gruźlicy jest przeceniany. Dopełnić należy badania kliniczne poszukiwaniami statystycznemi, uwzględniającemi całą ludność, nietylko sfery niezamożne. *Stahr.*

Ö. Tuszkai. **W sprawie sztucznego poronienia.** (*Wien. med. Woch.* Nr 27, 1907). W obszernej pracy zwraca T. uwagę lekarzy na konieczność badania wewnętrznego u kobiet, żądających przerwania ciąży. Udaje się czasem przez mały wybieg, do którego lekarz ma prawo, np. przez zapisanie leku obojętnego, lub też zapewnienie chorej, jużto, że poronienie jest w toku, już też (za następnym razem), że macica stanowczo mniejsza, — rzecz odwlec, a gdy chora czuje się matką, już wtedy o wywołaniu poronienia nie myśli. Jak ważne jest w tych przypadkach badanie wewnętrzne, o tem świadczy kilka przypadków z praktyki autora. U dziewczyny 17-letniej po jakimś niewinnym flircie ustało miesiączkowanie. Zgłasza się ona do T. z prośbą o radę. T. odprawia ją z niczem bez badania wewnętrznego. Chora przebiła sobie jakiemś narzędziem sklepienie tylne i boczne i zginęła z krwotoku. Sekcya stwierdziła, że ciąży nie było. — Zdarza się też, że właśnie u takiej kobiety, życzącej sobie przerwania ciąży, może być ciąża zewnątrzmaciczna. T. przytacza trzy takie przypadki, z których dwa zakończyły się śmiercią z krwotoku wewnętrznego z winy chorej, w trzecim chora przeszło 3 miesiące również z własnej winy ciężko chorowała wśród objawów krwawienia wewnętrznego. Te chore T. badał i zwrócił im uwagę na ich stan. — W trzech przypadkach przerwał T. ciążę na podstawie wskazania leczniczego, i tak: 1) z powodu wymiotów niepowściągłych, 2) z powodu ciężkiej niewyrównanej wady serca. 3) Chora w początku IV. miesiąca ciąży przyszła z listem od 3 lekarzy, którzy opisują u niej ciągłe wymioty i codzienne napady duszności od początku ciąży. Chora straciła 9 kg. wagi, jest bardzo osłabiona, niedokrwista, nerwowa; nie może chodzić. Napady duszności przebiegały w ten sposób, że nagle po spokojnym śnie popołudniowym chora dostawała dreszczu, skóra bladła, ciepłota ciała 36·2° C, bole i zawroty głowy, drżenie gałek ocznych (*nystagmus horizontalis*). Napad trwał godzinę, wśród czego występowało ziewanie, trwające później 30—40 godzin, utrudniające oddech, który też stawał się częstym i płytkim. Potem silne bicie serca, oddechów 40, tętno 130, bole dołem po obu stronach, brzuch wciągnięty, twardy, kaszel, czkawka, drżenie kończyn dolnych, sinica warg i twarzy. Oddech staje się nieregularny, przerwa, tętno nitkowate, trudno macalne. Stan ten trwa 5—10 minut; po 15—20-sekundowej przerwie oddech staje się prawidłowy. Przy badaniu wewnętrznem napady się powtarzają. T. nie mógł w tym przypadku określić właściwej siedziby choroby; nie ulegał jednak wątpliwości związek przyczynowy z częściami rodnemi wewnętrznemi. Chora jest histeryczką; objawy te wystąpiły dopiero w ciąży. Przerwano ciążę w obecności 2 lekarzy, poczem napady ustąpiły. T. nie żałuje, że w tym przypadku wywołał sztuczne poronienie; jednak ze stanowiska naukowego nie może swego postąpienia ściśle uzasadnić. *Engländer.*

Widmer. **O raku trzonu macicy.** (*Corrbl. f. schw. Aerzte* 1907, Nr 9). Wczesne rozpoznanie raka trzonu macicy zależy jeszcze więcej, niż rozpoznanie raka szyjki lub części pochwowej, od obecności objawu, wywołanego wprost przez nowotwór, t. j. od krwotoku, czy to w okresie miesiączkowym, czy w przerwie międzymiesiączkowej. Wielce prawdopodobnym jest rak w tych przypadkach, w których po długiej (nieraz wieloletniej) przerwie w miesiączkowaniu pojawiają się krwawienia. Dlatego we wszystkich przypadkach krwawień po okresie przekwitania należy myśleć o raku, nawet gdyby nie było żadnych innych ku temu danych. Podejrzane są także krwawienia atypowe, t. j. nieregularne, i krwawienia, choćby drobne, pojawiające się pomiędzy prawidłowemi miesiączkami. Najtrudniejsze jest rozpoznanie w tych przypadkach, w których krwotoki trzymają się mniej więcej toru miesiączkowego i przez to nie wpadają w oko. Głównym sposobem rozpoznawczym przy raku trzonu jest wyskrobanie macicy, które należałoby wogóle wykonywać w celach rozpoznawczych o wiele częściej, niż to się dzieje obecnie. Widoki wyleczenia zależeć będą zawsze nietyle od metody operacyjnej, ile od wczesnego rozpoznania.

Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

Stiassny. **Przyczynek do zapobiegania i leczenia zapaleń sutka.** (*Gyn. Rundschau* 1907, Nr 1). Przedstawiwszy przebieg choroby 13 przypadków zapaleń sutka przez siebie leczonych metodą Bier-Klappa z wynikiem dodatnim, poleca S. ten sposób, ponieważ skraca on znacznie czas leczenia, a w razie wytworzenia się nacieku ropnego nie pozostawia szpecących blizn. *O.*

Valenta. **Dwa przypadki cięcia cesarskiego z powodu mięśniaka i zmięknienia kości.** (*Gyn. Rundschau* 1907, Nr 10). W pierwszym z tych przypadków mięśniak wielkości główki dziecka, nizko w miednicy małej usadowiony, w drugim zmięknienie kości przy sprzężnej pr. $3^1/_2$ ctm. skłoniły V. do wykonania cięcia cesarskiego. Drugi przypadek, który zakończył się śmiercią, jest o tyle zajmujący, iż V. musiał wykonać operacyę sposobem Porro przy zgorzeli pochwy i sromu i obumarciu płodu. *O.*

Okulistyka.

L. Ziegler: **Gruźlica rogówki, wyleczona zapomocą wstrzykiwań tuberkuliny.** (*Ophtalmology Vol. III*, Nr 3, 1907). Autor dochodzi do następujących wniosków: Gruźlica rogówki (*keratitis tuberculosa*) nie różni się niejednokrotnie objawami od śródmiąższowego zapalenia rogówki (*keratitis interstitialis*). Wstrzyknięcie tuberkuliny jest najlepszym środkiem, rozstrzygającym rozpoznanie w przypadkach wątpliwych. Badania bakteryologiczne, szczepienie na zwierzętach i uwzględnienie stanu ogólnego mogą dostarczyć również cennych wskazówek. Wstrzykiwania tuberkuliny mają również bezsprzecznie korzystny wpływ na przebieg gruźliczych zapaleń oka. *K. W. Majewski.*

Fukała Wincenty. **O leczeniu zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego.** (*Aerztl. Zentralztg.* 1907, Nr 21). Oprócz rozszerzania źrenicy, do czego autor używa atropiny w rozczynach silnych od 2—4%, stosuje on jako środek swoisty przeciwko zapaleniom tęczówki i ciałka rzęskowego rozczyn sublimatu 1:40000. Chorego kładzie się na sofie. Oko znieczula się 5, 10, a wreszcie 15% rozczynem kokainy, następnie pociera się całą spojówkę gałkową od rogówki aż po załamki zapomocą kawałka waty, trzymanego w odpowiednich szczypczykach i napojonego rozczynem sublimatu 1:4000, ogrzanym do 20° C. Bezpośrednio po tem wytarciu zapuszcza się atropinę. Autor zapewnia, że sposób ten nigdy nie zawodzi, i że nawet w ciężkich przypadkach zmniejsza zapalenie i przekrwienie, uspokaja bole i przyspiesza wyleczenie. Niekiedy trzeba się uciekać jeszcze do upustu krwi ze skroni i zastosowania środków wewnętrznych. *K. W. Majewski.*

Cheney. **Leczenie jaskry prostej.** (*Ophtalmology Vol. III*, Nr 3, 1907). Autor jest tego przekonania, że jedynym i koniecznym warunkiem powstrzymania jaskry jest sztuczne obniżenie ucisku śródocznego, nawet, gdy nie jest bezwzględnie wzmożony, t. zn., gdy nawet najprawniejsze palce nie zdołają stwierdzić wzmożenia ucisku. To swoje stanowisko tłómaczy Ch., podnosząc, że zagłębienie tarczy i zanik nerwu przy jaskrze prostej zależy nie od wzmożenia ucisku śródocznego, lecz od zwątlenia blaszki sitowej, która poddaje się już prawidłowemu ciśnieniu śródgałkowemu. Autor uważa za najskuteczniejszy sposób obniżenia napięcia irydektomię dobrzeżną i radzi ją wykonywać w przypadkach jaskry prostej. Na środki zwężające źrenicę przystaje w przypadkach jaskry prostej u ludzi podeszłych, u których zanik wzroku postępuje zwolna i gdzie można mieć nadzieję, że się im w ten sposób na resztę życia bez operacyi jaki taki wzrok zachowa. *K. W. Majewski.*

Laroyenne, Moreau. **Trzy przypadki złamania czaszki z prawdopodobieństwem uszkodzenia nerwu wzrokowego.** (*Rev. gen. d'opht.*, Nr 3, 1907). Autorowie spostrzegali 3 przypadki złamania czaszki, które skończyły się bądźto jednostronną zupełną ślepotą, bądź znacznem upośledzeniem wzroku i zwężeniem pola widzenia. U wszystkich chorych dno oka przedstawiało z początku obraz tarczy zastoinowej, która potem przeszła w zanik nerwu wzrokowego z częściową lub zupełną ślepotą. Mechanizm uszkodzenia nerwu wzrokowego tłómaczą autorowie szczelinowatem pęknięciem kości podstawy czaszki, które sięgało w obręb oczodołu, wywołując jużto zwężenie otworu wzrokowego (*for. opt.*) i ugniecenie nerwu wzrokowego, jużto krwotok do pochewek tego nerwu. Wobec tego, że tarcza zastoinowa przez czas długi może nie wywoływac upośledzenia, zwłaszcza naośnej bystrości wzroku, należy w każdym przypadku, w którym istnieje przypuszczenie złamania podstawy czaszki, badać dno oczu wziernikiem. *K. W. Majewski.*

Wells. **Widzenie proste mimo odwróconych obrazów siatkówkowych.** (*Ophthalmology Vol. 3*, Nr 3, 1907). Autor omawia teoryę Poullainea, który na podstawie badań anatomicznych dowiódł, że włókna nerwu wzrokowego nie przebiegają prostolinijnie, lecz opisują w pniu nerwowym łuki, które świadczą o skręceniu całego nerwu o 180°. Ten szczegół anatomiczny ma, zdaniem Poullainea, tłómaczyć fizyologiczne wyprostowywanie odwróconych wrażeń wzrokowych. Autora nie przekonywa to rozumowanie. Zdarzają się przecież niezmiernie często osobni-

cze różnice nietylko w drobnych, ale i w ważniejszych szczegółach anatomicznej budowy ciała, nie podobna zatem przypuścić, żeby w tem skręceniu wiązek włókien nerwu wzrokowego nie zachodziły nigdy nieznaczne przynajmniej nieprawidłowości, np. żeby skręcenie nie wynosiło nigdy mniej, ani więcej, niż 180°. Gdyby prawdą było, że reinwersya wrażeń siatkówkowych od tego skręcenia nerwu zależy, musiałyby być zatem znane przypadki skośnego, lub nawet odwróconego widzenia zewnętrznych przedmiotów. Tymczasem o istnieniu takich przypadków nic nam niewiadomo. Autor usiłuje wytłómaczyć zdolność prostego widzenia przebiegiem promieni, łączących każdy punkt przedmiotu z odpowiednim punktem obrazka siatkówkowego przez punkt węzłowy oka. Dzięki temu każda cząstka widzianego przedmiotu zostaje umiejscowiona w tym punkcie pola widzenia, w którym się rzeczywiście znajduje, a przez to samo i cały przedmiot musi być widziany prosto, a nie odwrotnie. *K. W. Majewski.*

Medycyna sądowa.

Kratter. **O przemieszczaniu się trucizn w zwłokach i możności wykrycia ich w przypadkach późnego odgrzebania.** (Odczyt na Zjeździe niem. Tow. med. sąd. w Stuttgarcie, 1906). (*Vierteljahrschr. f. ger. Med.* T, 33, 1907). Wszystkie zadane za życia trucizny, które nie zmieniają się pod wpływem gnicia, tak nieorganiczne, jak organiczne, ulegają w zwłokach przemieszczeniu ku częściom niżej położonym, przyczem najszybciej wędrują trucizny roślinne. Na tę zmianę siedziby wpływa rodzaj połączenia trucizny z tkankami ustroju i szybkość rozkładu zwłok, ktory przyspiesza wyługowanie trucizn. Przy badaniu chemicznem zwłok później odgrzebanych szczególną uwagę należy więc zwracać na okolice ciała najniżej położone, przylegające do nich części ubrania, podstawę trumny i dno grobu. Trucizny mineralne można w ten sposób wykryć dopóty, dopóki istnieją choćby resztki zwłok, nie należy jednak zapominać o możliwości wtargnięcia substancyi trujących z otoczenia. W takim wszakże razie znajdują się trucizny w górnych częściach zwłok. W zwłokach, uległych przemianie tłuszczo-woskowej, wyługowanie trucizn odbywa się tak powoli, że strychninę udało się w nich wykryć w 6 lat po śmierci. *Bujak.*

L. Wachholz. **O rozpoznaniu śmierci z utonięcia.** (Odczyt na Zjeździe niem. Tow. med. sąd. w Stuttgarcie, 1906). (*Vierteljahrschr. f. ger. Med.* T. 33, 1907). Na podstawie doświadczeń dochodzi autor do wniosków następujących: 1) Stwierdzenie rozcieńczenia krwi, wziętej z lewej komory serca zwłok wydobytych z wody, przemawia za tem, że woda dostała się do płuc za życia, czyli że śmierć nastąpiła skutkiem utonięcia. W przypadkach wątpliwych jest więc wskazane badanie krwi w tym kierunku, najlepiej zapomocą kryoskopii. 2) Obecność t. zw. *emphysema aquosum* płuc pozwala przypuszczać śmierć z utonięcia, podobnie jak 3) zawartość obfitej, drobno-bańkowej piany w górnych drogach oddechowych. 4) Obecność znamiennej cieczy, z jakiej wydobyto zwłoki (n. p. zawierającej wodorosty), w górnej części jelita cienkiego, dowodzi, że ciecz ta dostała się tam za życia. *Bujak.*

Reuter. **O rozpoznaniu śmierci z utonięcia.** (Odczyt na Zjeździe niem. Tow. med. sąd. w Stuttgarcie, 1906). (*Vierteljahrschr. f. ger. Med.* T. 33, 1907). Na własnej statystyce sekcyi osób, które zginęły z utonięcia, rozpatruje R. częstość zmian anatomicznych, spotykanych przy takiej śmierci. Najznamienniejszem jest balonowate rozdęcie płuc, nierównomierne: naprzemian części rozdęte obok zapadłych. Często widuje się pod opłucną wybroczyny rozlane w postaci smug lub plam, na które zwrócił uwagę Paltauf. Sztywność płuc polega na przesiąknięciu tkanki podścieliskowej płynem topielnym. Miąższ płuc jest powietrzny, miernie ukrwiony, suchy, dopiero za uciskiem zalewa się znaczniejszą ilością cieczy. W oskrzelach, obok śluzu i cieczy topielnej z zawieszonemi w niej ciałami obcemi, widuje się często drobno bańkową pianę, niekiedy w obfitej ilości. Badanie drobnowidowe płuc ułatwia rozpoznanie śmierci z utonięcia, o ile w pęcherzykach znajdzie się ciała obce, które dostały się z płynem topielnym (treść kanałowa, piasek, wodorosty i t. p.). Niekiedy, zwłaszcza u osób, które przed śmiercią spożyły obfitszą ilość pokarmów, mimo śmierci gwałtownej krew w sercu bywa skrzepłą. Znamienną, lecz niestałą cechą bywa bezkrwistość i wiotkość śledziony, co autor odnosi do zmian naczynioruchowych. *Bujak.*

Higiena.

Gildemeister. **Stwierdzenie bakteryi duru brzusznego we krwi przez ułatwienie ich rozwoju w żółci.** (*Hyg. Rundschau* 1907, Z. 7). Dotychczas używane bakteryologiczne sposoby stwierdzenia duru brzusznego u chorych dawały wynik pewny dopiero w 2-gim tygodniu choroby. Kierując się spostrzeżeniami Castellaniego i Schottmüllera, oraz Calnadiego i Kaysera użył G. do hodowania prątków durowych ze krwi, wyjałowionej żółci bydlęcej nierozcieńczonej. Uzyskane po 24 do 36 godzinach przy 37° C. hodowle przeszczepiał G. na pożywkę Drigalskiego. Metodą tą otrzymał G. wynik dodatni u 15 z 27 badanych chorych (próba Widala 13 razy dodatnia), przyczem w pierwszym tygodniu choroby na 16 chorych 11 razy stwierdził bakterye duru (Widal 4 razy dodatni). Konieczną jest rzeczą używać żółci niezbyt starej. Metodę swoją poleca G. jako pewniejszą w początkowym okresie choroby od metody Widala, dającą dobre wyniki także przy użyciu krwi zaschłej lub skrzepłej. *L. Bier.*

Nieter. **Wartość paralysolu (stałego mydła kresolowego) w odkażaniu.** (*Hyg. Rundschau* 1907, Z. 8). Pod nazwą paralysolu wprowadziła firma Schülke i Mayr w Hamburgu nowy związek kresolu z metalami potasowców, zawierający na 1 atom K 3 drobiny kresolu; według rozbioru 8,3 prc. K i 91,7 prc. kresolu. W handlu pojawia się ciało to w praktycznej postaci 1-gramowych kołaczyków o słabym zapachu fenolu. Według doświadczeń N. nie działa paralysol na zarazki zarodnikujące nawet w 6 prc. rozczynie; natomiast niszczy wszystkie inne, praktycznie ważne zarazki, już w $1^1/_2$ prc. rozczynie w ciągu 1 minuty. Śmiertelna dawka paralysolu wynosi na 1 klgr. wagi świnki morskiej 0,4—0,5 gr. Mała stosunkowo toksyczność paralysolu, forma kołaczyków, stały skład chemiczny, łatwość dawkowania i wybitne własności bakteryobójcze zalecają nowy preparat jako dobry środek odkażający. *L. Bier.*

Kaiser. **Odkażanie stolców zakaźnych.** (*Arch. f. Hyg.* T. 69). Stolce płynne stosunkowo łatwo jest odkażać. Inaczej rzecz ma się jednak ze stolcami twardymi; tu środek odkażający musi działać wgłąb — 10 prc. rozczyn mydła kresolowego lub 20 prc. mleko wapienne nie odkażają zbitszych stolców dobrze nawet po dość długim przeciągu czasu. Za najpewniejszy jeszcze środek uważa autor ług sodowy 15 prc. — 10 prc. rozczyn mydła kresolowego wywiera jaki-taki skutek dopiero po dłuższym przeciągu czasu, a nie w 2 godziny, jak tego przepisy odkażania żądają. Tym środkiem należy stolce odkażać dłużej, niż 2 godziny. *Klęsk.*

Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1903, oraz 1901/2.

Streścił **prof. dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

8. Stosunki sanitarne w więzieniach i aresztach.

Stosunki te do niedawna nawet w centralnych zakładach karnych dużo pozostawiały do życzenia, a w prowincyonalnych aresztach sądowych były nad wyraz opłakane. W męskim zakładzie karnym we Lwowie poprawiły się one jednak cokolwiek w r. 1902, gdy przez przeniesienie $^1/_4$ więźniów do zakładu stanisławowskiego zmniejszyło się (acz jeszcze nie zostało całkiem usunięte) przepełnienie. Zresztą starania kraj. Referenta sanitar. o ulepszenia higieniczne w zakładach lwowskich odniosły skutek, co najlepiej okazuje się ze stopniowego z roku na rok spadku śmiertelności, zarówno w zakładzie męskim, jak i żeńskim. W zakładzie w Stanisławowie również wprowadzono ulepszenia (w ogrzewaniu, urządzono natryski) i korzystnie zreformowano normę żywienia. W aresztach sądowych prowincyonalnych poprawiają się fatalne dawniej stosunki dość szybko, co idzie w parze z budowaniem coraz liczniejszych nowych gmachów sądowych. I tak, w samym r. 1903 zbudowano nowe, odpowiadające wymogom zdrowotnym aresztа przy 9 sądach. W jednej tylko Żółkwi przebudowano aresztа źle, przyczem są one brudno utrzymane. Nieodpowiednie, wilgotne, przepełnione i źle skanalizowane aresztа wymienia Rada zdrowia w r. 1903 jeszcze przy 11 sądach. Z aresztu w Szczercu rozwłókł się w r. 1903 dur plamisty, o czem już wyżej wspomniano.

9. Zwalczanie chorób zakaźnych.

Donoszenie o chorobach zakaźnych, przedewszystkiem przez zwierzchności gminne (wójtów), dużo jeszcze ciągle pozostawia do życzenia; epidemie często groźnie się szerzą jedynie wskutek tajenia choroby, lub zbyt późnego donoszenia.

W r. 190¹/₂ przytacza Rada zdrowia szereg takich przykładów; jeszcze liczniejsze w Sprawozdaniu za rok 1903 odnoszą się do duru osutkowego i wyłącznie do gmin wschodniogalicyjskich. Winnych wszędzie ukarano grzywnami, mimoto zdarzały się przypadki ponownego zatajenia. Wobec częstych zaniedbań, zaostrzono też w roku 1903 obowiązek donoszenia o chorobach zakaźnych, zmuszając gminy do regularnego przedkładania tygodniowych sprawozdań o stanie zdrowia ludności, nawet, gdy niema epidemii. We Lwowie za zaniedbanie obowiązku donoszenia, zapłaciło grzywnę w r. 1902 lekarzy 16, w r. 1903—24; o Krakowie nic nie czytamy; czyżby w Krakowie donoszenie było istotnie tak ściśle wykonywane?

Lokali izolacyjnych gminnych i szpitali epidemicznych przybywa co roku... na prowincyi, nawet po wsiach, gdy oba miasta stołeczne dotąd na to się nie zdobyły i cierpliwie znoszą dotkliwy brak przytulisk dla osób delożowanych, np. w celu odosobnienia od chorych zakaźnych lub odkażenia mieszkania. Ze sprawozdania za r. 190¹/₂ dowiadujemy się, że »w wielu gminach miejskich są lokale izolacyjne, ale po największej części zamieszkane, dopiero muszą być opróżnione«. Użyteczność domów izolacyjnych najlepiej się okazała w r. 1903, przy budowie kolei w powiecie turczańskim, gdzie mimo bardzo sprzyjających epidemii warunków, zdołano przez te domy ograniczyć dur osutkowy do niewielkich stosunkowo rozmiarów. Bardzo korzystne okazały się zapomogi rządowe dla ubogich chorych i izolowanych, powstrzymujące zdrowych od wychodzenia za zarobkiem z domów zakażonych; toteż, gdy w r. 1901 rozdano na zapomogi takie 3,600 kor., to w r. 1902 wydano już 7,300 kor., a w r. 1903—15,963 kor.

Do energicznego zwalczania epidemii przyczynia się bardzo bezpośrednia kontrola ze strony Namiestnictwa przez wysyłanie do nawiedzonych powiatów bądź inspektorów sanitarnych, bądź samego krajowego Referenta sanitarnego (w r. 1901—10 razy, w r. 1902—7 razy, w r. 1903—17 razy).

Parowych przyrządów odkażających było w r. 1901—218 (z tego stałych 82), w roku następnym 226 (79), w r. 1903—239 (74). Niestety, Rada zdrowia stwierdza, że mimo stosunkowo znacznej liczby tych przyrządów odkażanie wykonywane bywa zbyt rzadko, a co gorsza, nie zawsze jest wykonywane należycie, nawet tam, gdzie są potemu warunki i gdzie powinno służyć za wzór (w Krakowie!). Nic dziwnego, że odkażanie w niektórych miasteczkach i po wsiach, wobec takich przykładów, »bardzo jeszcze wiele pozostawia do życzenia«. Za znaczny postęp uważa Rada zdrowia kursa dla dezynfektorów, urządzane przez fizykat m. Lwowa. (Od r. 1903 urządzane bywają kursa te corocznie, ściągając uczestników z całego kraju, nawet z Podgórza, choć ono sąsiaduje z Krakowem. Ale w Krakowie, jak podnosiliśmy w nr. 52 z roku 1906, dotąd o urządzeniu takich kursów nic słychać).

Leczenie surowicą przeciwbłoniczą omawia Rada zdrowia w r. 1903 dwukrotnie (na str. 142 i 24). W r. 1903 wydało Namiestnictwo praktyczne zarządzenie, aby lekarze, wyjeżdżając do gmin, w których może panować błonica, zaopatrywali się w zapas surowicy, by ją w razie sprawdzenia choroby tej zaraz mogli zastosować. W tymże roku rozpoczęto w szpitalu św. Zofii we Lwowie próby z surowicą przeciwbłoniczą Mosera. (W przyszłych sprawozdaniach spodziewać się można obfitszych, a ciekawych wiadomości o leczeniu surowicami, bo oprócz obu wspomnianych podjęto np., o ile nam wiadomo, w r. z. z ramienia Namiestnictwa próby leczenia surowicą przeciwczerwonkową).

Bardzo energicznie zabrały się władze rządowe w r. 1902 do zwalczania endemii kiły w powiatach kosowskim i nadwórniańskim bardzo rozpanoszonej. Ustanowiono tam kosztem rządu osobnych 9 lekarzy, mających leczyć bezpłatnie wszystkich chorych na kiłę, odszukiwać jej przypadki i udzielać ubogim bezpłatnie leków i urządzono szpital dla kiłowych na 20 łóżek (w Żabiu). Sprawozdanie za rok 190¹/₂ opisuje dokładnie sposób całej akcyi, a sprawozdanie za rok 1903 podaje jej wyniki aż do końca czerwca 1904. Przez dwa lata leczono 3,045 osób, wyleczono z nich 2,201 (72·6 prc.). Przy wszelakich nawet zastrzeżeniach, wynik ten leczenia (ambulatoryjnego) jest nadspodziewanie pomyślny. W szpitalu w Żabiu leczono przez 2 lata 506 chorych. Wszystkie urządzenia pozostawiono nadal bez zmiany, bo prof. Łukasiewicz ze Lwowa, zbadawszy w r. 1904 812 osób, uznał z nich jeszcze 340 za potrzebujące leczenia.

Koszta zwalczania chorób nagminnych w Galicyi, ponoszone przez skarb państwa, statecznie wzrastają. Dochodziły one w 3 latach, objętych Sprawozdaniami, kolejno kwot 223,010, 283,037 i 340,111 koron. Widocznie więc rząd centralny coraz bardziej nabiera przekonania, że środków na zwalczanie epidemii w Galicyi dostarcza w interesie całego państwa, bo kraj nasz jest obecnie niewątpliwie przedmurzem sanitarnem od wschodu; opłaca on też bezpieczeństwo państwa drogo ofiarami w ludziach i wytężoną pracą swych lekarzy, z których co roku kilku pada na wyłomie. Rada zdrowia wylicza co roku ofiary zawodu przy zwalczaniu chorób zakaźnych; w trzech latach zmarło przy tem ośmiu lekarzy.......

10. Opieka nad ułomnymi.

Rozdział ten obejmuje statystykę obłąkanych, nieumieszczonych w żadnym zakładzie (w 3 latach kolejno: 2,798, 2,862. 2,915), matołków (4,025, 4,158 4,196), głuchoniemych (10,011, 11,237, 11,249) i ciemnych (4,662, 4,742, 4,735 — więc w roku 1903 tylko o 7 mniej, niż w 1902, a nie 106, jak podaje Sprawozdanie). Obłąkanych w stosunku do ludności jest w Galicyi mało — 39 na 100,000 ludności (w całej Austryi 68), mniej tylko na Bukowinie — 37; ale też zato i w zakładach pomieszczonych jest u nas obłąkanych stosunkowo bardzo jeszcze mało, najwyżej 1,300. Zakłady te są przytem strasznie przepełnione, jak o tem już gdzieindziej pisaliśmy (por. nr. 8 z r. b.). Z matołków, znajdujących się głównie w dwóch grupach powiatów podgórskich, (czem przed laty wspólnie z kol. Urbanikiem zajmowałem się w zestawieniu p. t. »Przyczynek do geografii wola i matołectwo w Galicyi«) mniej licznych wprawdzie, niż średnio w Austryi (67 na 100,000 ludności, gdy u nas 57), był w r. 1903 umieszczony tylko jeden w zakładzie zaopatrzenia, reszta na łasce rodziny lub gminy, t. j. prawie niczyjej, choć 1,560 czyli 38 prc. matołków nie było zdolnych do pracy. Smutną bardzo kartą jest zarówno liczba głuchoniemych i ciemnych, jak i opieka nad nimi u nas. Co do ilości głuchoniemych zajmujemy wśród krajów austryackich już trzecie z rzędu miejsce (153 na 100,000 ludności), wyższe od średniego stosunku w całem państwie (106); co do ciemnych nawet drugie (65 na 100,000, więcej ma tylko Karyntya). Dla kształcenia głuchoniemych mamy tylko jeden mały zakład we Lwowie, toż samo dla ciemnych. Z ciemnych tylko około 2 prc. (2·04 prc., a w roku 1903 już tylko 1·93 prc.) było umieszczonych w zakładach zaopatrzenia; reszta albo przy rodzinie, albo bez żadnego zaopatrzenia. Stosunki te nietylko się nie poprawiają, ale nawet raczej pogarszają się.

11. Oględziny zwłok. Cmentarze. Trupiarnie. Obdukcye i przewóz zwłok.

Ciągle jeszcze zaledwo czwartą część oględzin zmarłych wykonują lekarze, resztę osoby »zaledwo czytać i pisać umiejące«. Jaka stąd wynika szkoda dla statystyki przyczyn śmierci, a nieraz też pod względem sanitarnym i sądowym, wspomniano wyżej i ocenić nie trudno. Poprawa idzie niezmiernie powoli i trudno też jej rychło oczekiwać, jeżeli organizacya okręgowej służby zdrowia będzie i nadal przez Wydział krajowy prowadzoną w tak żółwiem tempie, jak dotąd.

Pomimo znacznych trudności zdołano w r. 1901 rozszerzyć lub założyć nowych cmentarzy 44, w r. 1902—52, w r. 1903—64; sporo cmentarzy też uporządkowano i pobudowano trupiarni (w samym r. 1903—106 trupiarni). Sprawozdanie za rok 190¹/₂ wytyka brak gminnego domu przedpogrzebowego we Lwowie (!); w r. 1903 nie podano jednak, czy brak ten usunięto. Na tem polu niejedno jeszcze pozostaje do życzenia. Jaskrawy przykład z r. 1903: na cmentarzu izraelickim w Pomorzanach grzebano zwłoki tak płytko, że kura odgrzebała zwłoki dziecka!

Dane o wykonanych sekcyach policyjno-sanitarnych i sądowych, oraz o ekshumacyach oznacza sama Rada zdrowia, jako niedokładne.

12. Służba zdrowia.

Sprawozdanie za r. 190¹/₂ podaje zajmującą tabelkę przyrostu liczby lekarzy od r. 1893 (751) do 1902 (1389). W r. 1903 przybyło jeszcze 39 i liczba lekarzy i chirurgów doszła 1427. Przyrost lekarzy w kraju był największy w ostatniem dziesięcioleciu XIX. wieku; potem dość nagle spada (to zmniejszenie się przyrostu trwa jeszcze do dzisiaj). Wśród lekarzy galicyjskich znaleźli się w r. 1900 po raz pierwszy wychowańcy lwowskiego Wydziału lek., utworzonego w r. 1895. Od r. 1900 do 1902 wydał on 74 dyplomy.

Stopniowo zmniejsza się w kraju liczba lekarzy wolnopraktykujących, a wzrasta liczba posad stałych, choć wiele z nich przynosi lekarzom bardzo małe korzyści. W r. 1903 zajmowało posady rządowe 16·8 prc., autonomiczne 32 prc., prywatne 12·1 prc., nie miało żadnej posady 39·4 prc. Liczba magistrów i patronów chirurgii zmniejszyła się z 123 w r. 1900 na 103 w r.

1903 (z nich 34 miało posady). Gremia chirurgiczne zostały też w r. 1901 zniesione, a majątek ich przekazany Izbom lekarskim. Niewielkie to były zresztą sumy, bo np. Izbie wschodnio-galicyjskiej wypłacono wszystkiego 2,500 koron.

Ustępy o czynnościach Izb lekarskich, jako skądinąd powszechnie znanych, pomijam.

Liczba aptek z 272 w r. 1901 wzrosła do 285 w r. 1903. Apteki podlegały ścisłej kontroli rządowej, a wszelkie przekroczenia i nieporządki karano. Sprawozdanie z r. $1901/_2$ podaje szczegóły o ruchu zawodowym pracowników aptekarskich, który wobec oporu właścicieli doprowadził do wybuchu bezrobocia, zażegnanego po 12 dniach za staraniem krajowego Referenta sanitarnego przez ustępstwa, przyznane pracownikom.

Liczba położnych wzrosła z 1,996 w r. 1900 na 2,241 w r. 1903; liczba posad dla nich również wzrasta, choć dość powoli, bo gdy w r. 1896 było położnych bez posad 75 prc., to w roku 1903—64·2 prc., Niestety, wiele posad jest bardzo licho płatnych. W rozmieszczeniu akuszerek zaznaczał się w r. $1901/_2$ pomyślny zwrot; zmniejszało się nagromadzenie ich w miastach stołecznych, a zato przybywało położnych na prowincyi. W r. 1903 jednak stosunek znów się pogorszył, przez co warunki pomocy położniczej na prowincyi, bardzo niekorzystne w porównaniu do miast, musiały pozostać bez zmiany na lepsze. Całą tę sprawę roztrząsało w r. b. Towarzystwo lekarskie krakowskie; interesujących się nią czytelników odsyłam do sprawozdania z posiedzenia Towarzystwa (nr. 14 »Przeglądu lek.« z r. b. str. 185) i do referatu dra Piotrowskiego, ogłoszonego w dzisiejszym numerze »Przeglądu«.

W Sprawozdaniu za rok 1903 umieszczono na końcu tego rozdziału wiadomości o partactwie leczniczem, które, o ile ze sprawozdań lekarzy urzędowych wnosićby można, niezbyt często wykonywane bywa w sposób zarobkowy. Niestety nawet znani partacze uchodzili bezkarnie, ponieważ albo nie można im było udowodnić partactwa zarobkowego, albo sądy ich uwalniały. (Obecnie, dzięki niedawno w »Przeglądzie« przytoczonym rozporządzeniom ministeryalnym, nakazującym ścigać partactwo w każdym przypadku i karać je w danym razie administracyjnie, może łatwiejszą i skuteczniejszą być walka z tą plagą ludności, wcale niemałą, jak wynika choćby z danych, zebranych w r. z. przez »Głos lekarzy«). Bardzo rozwinięte jest partactwo położnicze (»babki«), a kary pomagają, jak stwierdza sama Rada zdrowia, (1903), niewiele; przytem sądy są dla »babek« bardzo względne, a w r. 1903, wymienia Rada zdrowia zaledwo kilka przypadków sądowego ukarania babek. (C. d. n.)

W sprawie położnych w Galicyi.

Projekt poprawy stosunków.

Podał

dr Piotrowski.

(Według odczytu w Tow. lekarskiem krakowskiem dnia 13 lutego 1907).

Sprawa położnych w naszym kraju łączy się ściśle ze zdrowotnością rodzących i niemowląt. Wszędzie istnieją i powstają Towarzystwa higieniczne, zajmujące się zwalczaniem gruźlicy, ochroną przed chorobami zakaźnemi, ochroną wieku niemowlęcego, higieną szkolną i t. p.; ochroną jednak kobiet rodzących lekarze, ani Towarzystwa lekarskie prawie wcale się nie zajmują, a u nas nie więcej, niż gdzieindziej. Zdawałoby się, że stosunki panują tu idealne; że tak niestety nie jest, dowiodę liczbami. Według danych, zebranych przez lekarzy powiatowych, w 30 powiatach zachodniej Galicyi umiera rocznie na zakażenie połogowe 950 kobiet, dzieci przy porodzie 2800 (są to średnie cyfry z lat 3). Stanowiłoby to 1 prc. śmiertelności kobiet, a $2^1/_2$ prc. śmiertelności dzieci. Liczby te są jednak zupełnie mylne dlatego, że oglądaczami zwłok są przeważnie ludzie niewykształceni, którzy nie uznają istnienia zakażenia połogowego. Tylko w miastach, gdzie oglądaczem zwłok jest lekarz, podawane bywa w wykazach jako przyczyna śmierci zakażenie połogowe; oglądacz zwłok na wsi, wszystko inne poda za przyczynę śmierci, tylko nie gorączkę połogową. Jako przykład przytoczę pewne miasteczko, w którem według relacyi takiego oglądacza w jednym miesiącu zmarło 6 położnic na »pryszcz śmiertelny«. To też śmiało przyjąć możemy śmiertelność matek na 10 prc., a dzieci na 15 prc.

Złośliwie może nieco powiada Herff, że »gdyby w roku tylu mężczyzn umierało na ospę, lub cholerę, ile ginie kobiet na zakażenie połogowe, toby powstał taki krzyk, że musiałyby się znaleźć pieniądze na zwalczanie zarazy, gdy jednak chodzi tylko o matki, mężczyźni obawiają się na to poświęcić choćby najmniejszą sumę. — W istocie chodzi tu o sumy śmiesznie małe wobec strat, jakie ponosi rodzina, gmina i państwo, jeżeli najważniejszy członek rodziny zginie, albo utraci zdolność do pracy. Któryż z lekarzy nie zna wiecznie chorych kobiet, będących ciężarem dla siebie i otoczenia w następstwie przebytego zakażenia połogowego. — A jednak przeciw zakażeniu połogowemu ani państwo, ani gminy nic nie robią z tego, coby mogły zrobić«. — Tym słowom Herffa niepodobna odmówić słuszności.

Sprawą położnych w naszym kraju prawie zupełnie lekarze się nie zajmowali, bo prócz pracy prof. Rosnera, omawiającej stosunki akuszerek do ludu, ich wady i korzyści, jakie społeczeństwo odnosi, mamy jeszcze tylko prace prof. Marsa z roku 1897 z powodu nowej ustawy i prace Sołowija i Bylickiego, omawiające zmianę przepisów służbowych.

Chcąc wyświetlić należycie sprawę położnych w naszym kraju, krakowska szkoła z inicyatywy prof. Rosnera rozesłała okólnik do wszystkich położnych w zachodniej Galicyi, do księży i konsystorzy biskupich, starostw i lekarzy. Położne odpowiedziały prawie wszystkie, z księży niewielka tylko część, odpowiedzi te jednak były bardzo cenne, bo dowodziły, że jedni z księży uznają potrzebę położnych po wsiach i biorą je w opiekę, inni są wobec położnych wrogo usposobieni i wprowadzaniu ich na wsie przeciwni. — Opracowawszy zebrany materyał, przedstawiam go w tej nadziei, że Towarzystwo lekarskie krak., uznając naglącą potrzebę podniesienia zdrowotności kobiet wiejskich i dzieci, wniesie do Sejmu petycyę, zmierzającą do uregulowania sprawy położnych.

Przedewszystkiem należy odpowiedzieć na pytanie, czy położnych jest w kraju odpowiednia liczba, jakie jest ich położenie materyalne, i dlaczego często po wsiach nie mogą się utrzymać.

Położnych w zachodniej Galicyi mamy prócz Krakowa 658 na 2,646.589 mieszkańców. Odtrącając z ogólnej liczby mieszkańców 100.000 na Kraków, to jedna położna przypada na 4022 mieszkańców. Wszystkich położnych praktykujących w całej Galicyi jest 1993 wraz z miastami dużemi; jedna wypada na 3608 mieszkańców. Porównując stosunki nasze z innymi krajami Austryi przekonujemy się, że Galicya zajmuje miejsce przedostatnie, a tylko w jednej Styryi są stosunki jeszcze gorsze.

Jeżeli teraz rozpatrzymy obsługę położnych przy porodach, to przekonamy się, że sprawa przedstawia się jeszcze gorzej. Ze 115.000 porodów w zachodniej Galicyi prócz Krakowa powinno przypadać na jedną położną średnio rocznie 190 porodów, nie wliczając poronień, a więc liczba, jakiej żadna położna w żaden sposób obsłużyć nie może. To dowód, że liczba położnych jest u nas jeszcze bardzo mała, i jeżeli się uwzględni przestrzenie, na jakich mają praktykować, znaczną nieraz odległość wsi jednej od drugiej, domu od domu, zwłaszcza w okolicach górzystych, to musimy przyjąć, że ilość położnych powinna być u nas co najmniej 10 razy większa.

Część położnych w Galicyi zachodniej zajmuje płatne posady, reszta czerpie dochody tylko z wolnej praktyki.

Do posad płatnych należą posady akuszerek okręgowych, których jest 350 z płacą 120—200 koron rocznie, akuszerek miejskich 58 z płacą od 200—500 koron rocznie i 10—12 posad akuszerek szpitalnych z płacą niestałą. Do tego należy doliczyć jeszcze kilka posad akuszerek fabrycznych i kopalnianych; liczba ich nie dochodzi dziesięciu. Razem posad stałych jest niby 420 do do 430, w praktyce przedstawia się jednak rzecz ta gorzej, bo z liczby 350 okręgów akuszeryjnych 48 jest po małych miasteczkach, dlatego właściwych akuszerek okręgowych liczyć należy tylko 310. Te 48 położnych po miasteczkach wlicza się bowiem do akuszerek miejskich; mniejsze miasteczka, obowiązane ustawą do utrzymywania położnej, dopłacają zwykle akuszerce okręgowej rocznie około 80 koron i mają za tanie pieniądze niby własną akuszerkę. — Na posadach płatnych jest więc w rzeczywistości położnych około 380, a nie 420.

Tak więc zaledwie połowa położnych w zachodniej Galicyi ma marną płacę miesięczną, reszta skazana jest na własną praktykę. Ale i ta marna płaca miesięczna byłaby prawdziwem dobrodziejstwem, gdyby była w istocie pewną i stale położną dochodziła. Tak niestety nie jest. Tam, gdzie jest blizko do mia-

sta powiatowego i położna sama płacę odebrać może, tam traci ona tylko czas, pieniądze jednak otrzymuje. Gorzej jednak jest tam, gdzie pensye wypłaca urząd gminny; tam miesiącami nieraz położne płacy nie dostają, a jeżeli dostają, to obciętą, gdyż są nawet takie miejscowości, gdzie wójt samowolnie dzieli płacę, przyznaną położnej, między położną i babki. Za tę nędzną płacę obowiązana jest położna udzielać pomocy osobom biednym; jednakże uznanie urzędowe kogoś za biednego zależy od wójta, stąd obszerne bardzo pole do nadużyć i wyzysku. Lud wiejski wiedząc, iż płaci na położną, wprost nie chce jej osobno płacić za posługi, uważając, że za pobieraną pensyę obowiązkiem jej jest pomagać przy wszelkich porodach bezpłatnie. Jeżeli zaś nawet położna otrzyma coś za poród, to wynagrodzenie liczy się wprost na grosze, a nigdy nie przechodzi wysokości dwóch koron. — Mógłby ktoś zarzucić, że babki także nie robią za darmo, że im lud płaci, więc to samo zapłaci położnej. Prawda; lud babkom płaci, i to dobrze płaci, położnej jednak płacić nie chce, gdyż uważa ją za narzuconą, a nadto dlatego, że »skoro pobiera pensyę, powinna robić za darmo«; wreszcie forma zapłaty babek jest inna. Babka z chwilą przyjścia do porodu dostaje pieniądze na wódkę, pozostałej reszty nigdy nie oddaje, »boby dziecko, które przyjdzie na świat, było skąpe i przez ludzi nie lubiane«. Za poród babka zapłaty w pieniędzach nie bierze, ale tytułem wynagrodzenia za posługę bierze coś z produktów spożywczych, kilka garncy grochu, pszenicy, kawał słoniny, kurę, gęś i t. p., po pierwszej kąpieli fartuszek lub chustkę, w którą było dziecko zawinięte. Prawdziwem jednak żniwem są dla babki dopiero chrzciny. Po powrocie z kościoła, kiedy się pije zdrowie nowego potomka, zbiera babka od gości datki na talerzyk, przykryty pieluszką. Ponieważ każdy z gości stara się okazać hojniejszym od drugiego, bo wie, że nazajutrz będzie wiedzieć cała wieś, ile kto dał przy chrzcinach, dlatego datki płyną obficie, i nieraz przynoszą babce po kilkanaście guldenów. Natomiast położna, jako już za poród zapłacona, nie może zbierać datków przy chrzcie, nie umie się też odpowiednio o nie przymówić, chyba że położną jest kobieta wiejska, praktykująca we własnej gminie.

Jednakże i skromne wynagrodzenie za każdy poród mogłyby wystarczyć położnej na utrzymanie, gdyby odbierała znaczną ilość porodów. Tak jednak nie jest. Srednio odbierają położne po 30 porodów rocznie, co uczynić może najwyżej 100 koron dochodu. Jeżeli położna pobiera przytem pensyi 120 koron, a posiada jakieś gospodarstwo w swoim okręgu, to suma 200 przeszło koron może jako zarobek uboczny stanowić dochód wystarczający. Jeżeli jednak położna musi wyżyć tylko z samej praktyki, to dochód ten wprost nie wystarcza na życie, i dlatego położne, nie mające własnego gruntu, posady po kilku miesiącach porzucają. Że średniej liczby porodów, przypadających jednej położnej, 30, nie podaję mylnie, dowodem zestawienia porodów, odbieranych przez położne; na 115.000 porodów rocznie w zachodniej Galicyi odbierają akuszerki tylko 15.300, okrągło 20.000; resztę, to jest 95.000, odbierają babki.

Obok braku należytych dochodów, drugim czynnikiem, jeszcze ważniejszym, sprawiającym, że położne opuszczają posady i nie chcą po wsiach praktykować, są babki. Dochody położnych mogłyby się powoli zwiększyć, gdyby nie było babek: te we własnym interesie starają się położną jak najprędzej z danej okolicy usunąć. Babek jest w okręgach akuszeryjnych, a więc tam, gdzie są położne, 1869, zatem przeszło 3 razy więcej, niż położnych. Nie podaję liczby wszystkich babek w zachodniej Galicyi, bo liczby ich poza obrębem okręgów akuszeryjnych wprost dowiedzieć się nie można. Zresztą w tych okolicach, gdzie położnych niema, istnienie babek jest usprawiedliwione, a nawet po części korzystne; tam ich zwalczać na razie nie potrzeba, tylko tam, gdzie już są położne.

Babka, czując się zagrożoną w swym bycie przez położną, stara się ją wszelkimi sposobami z danej miejscowości usunąć: Straszy więc lud tem, czego położna używa przy porodzie, a więc fartuchem, torbą, karbolem, mówiąc, że »w torbach mają noże do krajania rodzącej«, że karbolem »wypalają im dziury« i t. p. Aby to przełamać, polecili niektórzy lekarze powiatowi położnym nie używać tych przedmiotów przy porodach. Aby zmniejszyć zaufanie do położnych, głoszą babki, że szkoła położnych (krakowska) jest dla »pań«, a nie dla kobiet wiejskich, że obsługi kobiet wiejskich należy się uczyć od starej babki wiejskiej; jako dowód podają to, że położne »dlatego tak często się myją, bo się brzydzą kobiet wiejskich, a one (babki) swoich się nie brzydzą i dlatego całkiem się nie myją«. Dalej opowiadają babki, że położne na to są przysłane na wsie, aby miał kto wzywać doktorów, bo babki lekarzy nigdy nie wzywają. Jeżeli w istocie zajdzie taki przypadek, że lekarz został do porodu wezwany i dziecko i matka mają się dobrze, to babki tłomaczą chłopu, że nietrzeba było lekarza wzywać, że i tak byłoby się wszystko dobrze ukończyło, że szkoda wydanych pieniędzy, — tłomaczenie, bardzo do przekonania chłopa przemawiające. Jeżeli zaś chłop, usłuchawszy babki, lekarza pomimo jakichś powikłań nie wezwał, to gdy rodzącej zagrażać zaczyna widoczne niebezpieczeństwo, odstępuje ją babka n. p. pod pozorem, że niedość dokładnie wykonano któreś z licznych zaleconych przez babkę guseł. Chłop wzywa wtedy czasem położną, a ta lekarza, zazwyczaj już zapóźno; jeżeli nastąpi śmierć dziecka lub matki, lub dłuższa choroba, to babki znowu z tego korzystają, aby osłabić zaufanie do położnych, mówiąc: »Była akuszerka, wezwała doktora, i cóż pomógł? Kobieta umarła, taki był dopust Boży; nietrza się woli boskiej sprzeciwiać. Szkoda pieniędzy na doktora«. Tłomaczenie znowu do przekonania ludu bardzo przemawiające.

Położnej, osiadającej na wsi, nikt nie wynajmie mieszkania z obawy uroków, jakie mogłaby rzucić babka; często nie chcą wynająć mieszkania wprost z polecenia wójta, którego żona lub jakaś krewna jest babką. Są takie miejscowości, gdzie wójt dzieli pensyę, przyznaną położnej, między nią i babki, w innych miejscowościach zdarzało się, że wójt zabraniał poprostu wzywać położną, grożąc, że cały dodatek budżetowy nałoży na tę rodzinę, która pierwsza wezwie położną. Nie lepiej postępują i niektórzy księża, występując przeciw położnym, a popierając babki. Najczęściej czynią to wskutek błędnego zapatrywania się na zdrowie kobiet wiejskich, z nieświadomości dróg zakażenia, przekonani, że każda kobieta wiejska jest tak zdrowa i silna, że jej nic zaszkodzić nie może; dbając tylko o to, aby dziecko przyniesiono do chrztu, nie troszczą się zupełnie o to, kto był przy porodzie. Większość jednak księży rozumie, jakie lud odnosi korzyści przez wprowadzenie położnych, i popiera je wcale energicznie. Brak utrzymania, wrogie wprost usposobienie ludu, brak poparcia ze strony władz gminnych, a gdzieniegdzie nawet i księży, to są główne przyczyny, dlaczego tak mała nawet liczba akuszerek nie może się utrzymać po wsiach. (Dok. nast.)

Kronika historyczna na lipiec.

Zestawił

Dr Adam Langie.

3. lipca 1899 r. zmarł Józef Majer. Ur. 12. marca 1808 r. w Krakowie, wstąpił po ukończeniu nauk jako lekarz do wojska, następnie odbył dłuższą podróż naukową po Europie. W 1849 r. mianowany w Uniwersytecie Jagiellońskim pierwszym profesorem fizyologii, której katedrę oddzielono właśnie od katedry anatomii. Na tem stanowisku zabrał się skrzętnie do pracy naukowej i do gromadzenia przyrządów, umożliwiających wykonywanie doświadczeń, kładąc w ten sposób podwaliny dla przyszłego zakładu fizyologicznego. Gdy w r. 1854 wprowadzono język wykładowy niemiecki, a Majer zarządzenia tego nie posłuchał, usunięto go z katedry, oddając ją 1856 r. Janowi Czermakowi, potem Józefowi Albiniemu, wreszcie 1860 roku Gustawowi Piotrowskiemu. W r. 1861 przywrócono język polski, lecz Majer nie starał się już o odzyskanie właściwej katedry i zadowolnił się stanowiskiem drugiego profesora fizyologii, na którem pozostał aż do przejścia na emeryturę w r. 1877. Wybrany pierwszym prezesem młodej Akademii Umiejętności w Krakowie (1875 r.) poświęcił się głównie tej instytucyi, biorąc równocześnie udział w sprawach społeczno-obywatelskich. Pisał wiele z zakresu fizyologii nerwów, zmysłów, krwi i in.; dzieła swe wydawał w Krakowie, mniejsze prace ogłaszał w »Przeglądzie lekarskim«, którego był jednym z założycieli. Powszechna cześć i szacunek otaczały aż do ostatnich chwil zgrzybiałej starości tę typową postać dobrze zasłużonego syna Krakowa.

5. lipca 1838 r. umiera w Paryżu Jan Gaspard Itard ur. 1775 r., który jako znakomity otyatra przyczynił się do rozwoju tej nauki w osobną specyalność przez pierwsze systematyczne zestawienie i naukowe opracowanie chorób usznych w dwutomowem dziele »Traité des maladies de l'oreille« (1821 r.), oraz przez wydoskonalenie cewnikowania trąbki Eustachego.

8. lipca 1880 r. umiera Paweł Broca. Ur. 1824 r. w St.-Foy la Grande, profesor patologii chirurgicznej paryskiego Wy-

działu lekarskiego, słynny antropolog i chirurg, wzbogacił pracami swemi o zakrętach mózgowych także fizyologię, a nieśmiertelnem uczynił nazwisko swe przez odkrycie ośrodka mowy. W r. 1859 założył paryskie Towarzystwo antropologiczne, którego był sekretarzem aż do śmierci, a w 1867 r. pierwszą w Paryżu pracownię antropologiczną, przy której 1876 r. powstała osobna szkoła. On wreszcie jest twórcą założonego 1872 r. towarzystwa »Association française pour l'avancement des sciences«. Zasługi jego oceniła Francya: na kilka miesięcy przed śmiercią został członkiem senatu, a wspaniały posąg bronzowy dłuta Choppina wznosi się ku wiecznej pamięci uczonego na bulwarze przed gmachem szkoły lekarskiej w Paryżu.

15. lipca 1888 r. umiera Salvator Tomasi (ur. 1813 r.) profesor w Pawii, od r. 1865 w Neapolu, słynny klinicysta; przyczynił się głównie do zreformowania w duchu nowoczesnym nauk lekarskich we Włoszech i ugruntowania tam nowszych zasad fizyologii i patologii.

22. lipca 1801 r. umiera Franciszek Ksawery Bichat. Ur. 1771 r. w Thoiretle, studyuje medycynę w Montpellier, Lyonie i Paryżu. W r. 1800 zostaje lekarzem paryskiego szpitala Hôtel-Dieu, gdzie umiera zbyt młodo, nie wiadomo na suchoty, czy też na dur. Z licznych dzieł jego najważniejsze są: Anatomia w zastosowaniu do fizyologii i medycyny (1801), Wykład o tkankach (1800) i Badania fizyologiczne nad życiem i śmiercią (1800). Opierając się na dokładnej znajomości różnych gałęzi medycyny, na wynikach licznych bardzo przez siebie wykonanych sekcyi, wskazuje gdzie szukać podstawy chorób, kładąc podwaliny dzisiejszej histologii patologicznej. Wygłasza on zasadę: ta sama tkanka, wchodząca w skład jakiegokolwiek narządu, ma te same własności i tym samym ulega zmianom anatomicznym w razie choroby. Jakkolwiek nie zdołał się jeszcze całkowicie otrząść z doktryny »witalistów« (przyjmujących w ustroju istnienie właściwej *vis vitalis*, wywołującej wszelkie objawy życiowe), wszechwładnej w medycynie XVIII. wieku, to niezaprzeczoną zasługą Bichata pozostanie wyraźne wskazanie na związek objawów chorobowych ze zmianami anatomicznemi, a tem samem odsłonięcie nowych widnokręgów i pobudzenie do dalszych badań w tym kierunku, z czego wyrósł właśnie wspaniały gmach dzisiejszej anatomii patologicznej i patologii ogólnej.

30. lipca 1544 r. książę pruski Albrecht I zakłada w Królewcu uniwersytet: »Collegium Albertinum«, pierwotnie o charakterze wyłącznie protestanckim. W najnowszych czasach Wydział lekarski tego uniwersytetu, rozporządzający znakomicie urządzonemi klinikami, zyskał sobie szeroki rozgłos. Tutaj to przez 5 lat od r. 1885 do 1890 prowadził klinikę chirurgiczną Mikulicz po ustąpieniu z Krakowa, zanim przeniósł się do Wrocławia.

Haffkine i dżuma w Indyach*).

Niedawno ogłosił »Times« londyński artykuł prof. Ronalda Rossa z Liwerpolu o krzywdzie, jaką wyrządzono Haffkinowi z okazyi nieszczęśliwego wypadku, wśród szczepień przeciwdżumowych w Indyi. Całą tę sprawę dokładnie opisały pisma naukowe, jak »British Medical Journal«, »Lancet« i »Journal of Tropical Medicine«. Zapewne i polskiego czytelnika zajmą szczegóły walki, prowadzonej przez jednego człowieka przez całych lat cztery przeciw władzom administracyjnym, przez człowieka, który jest jednym z najgodniejszych uczniów Pasteura.

Kiedy po krótkiej przerwie zjawiła się znowu w Indyach w roku 1896 dżuma, srożyła się przez 6 miesięcy, lekceważona przez władze miejscowe, aż ją rozpoznali Surveyor i Haffkine, który zajmował się od 3 lat szczepieniami przeciwcholerycznemi. Kiedy zarazę rozpoznano, powstała panika, wśród której jedynie Haffkine nie stracił głowy i stanął do walki z niebezpieczeństwem. Odkrył szczepionkę przeciwdżumową, uzyskał u władzy potrzebne środki do jej wytwarzania, założył odpowiednie pracownie, zorganizował sanitarne wyprawy w celu dokonywania szczepień, sam je często prowadził, jednem słowem spełnił czyn olbrzymi. Liczba pojedynczych dawek szczepionki, wysłanych z pracowni Haffkinea dla samych Indyi, przenosi 6 milionów. Śmiertelność w okolicach, gdzie dokonano szczepień wśród epidemii, zmniejszyła się o 85%. »Nikt od czasów Jennera nie uratował tylu ludziom życia«. Tak się rzecz miała aż do października r. 1902, kiedy zdarzył się nieszczęśliwy wypadek, i wtedy o tem wszystkiem zapomniano. Jeden lekarz wraz z asystentem dokonywał szczepień w miasteczku Mulkowal i 19 osób szczepionych z pierwszego flakonu zapadło na tężec i zmarło; z osób jednak, szczepionych z następnych flakonów, nikt nie zapadł na zdrowiu. Stugębna fama rozniosła nowinę o »nieszczęściu po całych Indyach, szczepienie popadło w niełaskę i naturalnie kilka tysięcy zejść śmiertelnych późniejszych należy przypisać zaniechaniu dalszego szczepienia. Władze wyznaczyły komisyę dla zbadania sprawy, a ta orzekła, że flakon był zanieczyszczony i to uległ zanieczyszczeniu w samej pracowni, skąd wyszedł, dalej orzekła, że wypadek nieszczęśliwy mógł się wydarzyć tylko dlatego, że Haffkine w r. 1902 wobec gwałtownego zapotrzebowania szczepionki porzucił klasyczny sposób jej wytwarzania, a wytwarzał szczepionkę sposobem prędszym: hodował mianowicie prątki moru na agarze wodnym i nie dodawał, jak dawniej, do szczepionki kwasu karbolowego ½%. Władza ogłosiła wyniki dochodzeń i dla uspokojenia ludności donosiła, że odtąd wytwarzaną będzie szczepionka tylko w sposób klasyczny z dodatkiem karbolu.

Haffkine założył wtedy protest przeciw temu orzeczeniu, a władza odwołała się do Instytutu Listera, który orzeczenie komisyi uznał za słuszne, jednak dodał, że niepodobna twierdzić, iż zakażenie flakonu nastąpiło w pracowni; mogło ono bowiem nastąpić na miejscu, gdzie dokonywano szczepienia. I to jest punkt najbardziej ciekawy pod względem naukowym w całej tej sprawie, gdyż oba te przypuszczenia nie są równocześnie dopuszczalne i w ostatnich latach dowiódł tego Haffkine zapomocą licznych doświadczeń.

Zatkany flakon, pełen szczepionki przeciwdżumowej, do której wysiano tężca, a w szczególności szczep, znaleziony w Mulkowal, daje hodowlę tężcową bezpowietrzną nadzwyczajnie obfitą tak, że otwarty flakon przed trzema dniami już uderza przykrym przenikliwym zapachem, flakon zaś szczepionki, który użyto w Mulkowal, opuścił pracownię przed tygodniami, a lekarz, który go otwierał, sam go dokładnie zbadał, bo zamierzał siebie przedewszystkiem zaszczepić i nie stwierdził żadnego zapachu, jak to bywa zawsze z hodowlą dżumową na agarze wodnym. Gdyby flakon uległ zanieczyszczeniu w pracowni, to po tygodniach byłaby się rozwinęła tak obfita hodowla tężca, że dawka ½ ctm. na osobę byłaby wywołała tężec z przebiegiem wprost piorunującym. Tymczasem we wszystkich owych 19 przypadkach przebieg tężca był zwykły, powolny, taki, jaki się zwykle spotyka wśród zakażeń przypadkowych minimalnymi dawkami niehodowanego zarazka. Hodowla, którą znaleziono na dnie zakażonego flakonu, była słabą, taką, jaka się zwykle skąpo rozwija przy dostępie powietrza. Strzykawkę, którą wstrzyknięto owym 19 osobom szczepionkę z pierwszego flakonu, wymyto potem w zwykły sposób wodą karbolową, zanim nabrano szczepionki z następnego flakonu: ten zabieg już ją wyjałowił. Otóż liczne próby dowiodły, że gdyby istotnie w pierwszym flakonie była hodowla tężcowa, którąby powstała w warunkach takich, jak to przypuszcza komisya, toby żadną miarą niemożna wyjałowić strzykawki zwykłem przepłukaniem, bo po przepłukaniu strzykawka taka zachowuje jeszcze tyle jadu tężcowego, że na 19 zwierząt zabija 17. Ten fakt zatem, że przepłukanie strzykawki zatrzymało dalsze zakażenie, dowodzi, że płyn wstrzyknięty i strzykawka zawierały tylko niewiele drobnoustrojów, że to nie była hodowla. Dodatek kw. karbolowego (½%) nie jest konieczny dla szczepionki, wytworzonej na agarze wodnym, który się wyjaławia innymi zabiegami. W zakładzie Pasteura nie dodają karbolu do żadnej surowicy, a po wstrzykiwaniach nie zdarzył się tam nigdy tężec; natomiast surowica przeciwbłonicza z Medyolanu, chociaż zawiera ½% karbolu, często już nawet śmiertelny tężec wywoływała.

Cała ta sprawa była przedmiotem bardzo licznych doświadczeń, ponawianych w przeróżnych odmianach i w najrozmaitszych warunkach. Dowodzą one, że flakon pełen szczepionki nie zawierał tężca, że tężec mógł się do szczepionki dostać wyłącznie w Mulkowal przy otwarciu flakonu, co w czasie szczepienia łatwo mogło się wydarzyć. Faktem jest stwierdzonym, że szczepienia odbywały się w Mulkowal po za miasteczkiem wśród tłumów zgromadzonej gawiedzi. Przy otwieraniu flakonu wypadły preparatorowi szczypczyki z ręki na ziemię. Preparator zamiast podniesione szczypczyki wyżarzyć w płomieniu, jak każą przepisy, wymył je w wodzie karbolowej i dalej flakon odkorkowywał. To zdaje się było powodem nieszczęścia, bo należy pamiętać, że ziemia podzwrotnikowa, a w szczególności w Indyach, jest znacznie bogatsza w zarazek tężcowy, niż w krajach umiarkowanych.

*) Wedle artykułu w „Presse médicale" Nr 43, 1907.

Haffkine nie zasłużył i nie może zgodzić się na naganę, którą dostał od komisyi, ani na wątpliwej wartości zadośćuczynienie, które mu przyznał Instytut Listera i należy tylko podziwiać wraz z profesorami Simpsonem i Ronaldem Rossem zapał, z jakim walczy Haffkine o uznanie naukowo stwierdzonej prawdy.

E. S.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d. 12. czerwca 1907.

Przewodniczy prof. Ciechanowski. Obecnych członków 31.

1) Protokół po odczytaniu przyjęto.

2) Przewodniczący odczytuje pismo komitetu wiecu lekarskiego, podpisane przez dra Damskiego, w którem komitet ten przedkłada Zarządowi Towarzystwa lek. rezolucye, zapadłe na tymże wiecu.

3) Na wniesioną na jednem z poprzednich posiedzeń interpelacyę kol. prym. Bogdanika odpowiada w imieniu komisyi redakcyjnej kol. prof. Browicz, iż komisya solidaryzuje się z treścią artykułu p. t. »O szpitalnictwie« i bierze na siebie całą odpowiedzialność. — Kol. Bogdanik oświadcza, iż odpowiedzią komisyi redakcyjnej się nie zadawalnia.

4) Kol. prof. Kader przedstawia *a*) dziewczynkę, dotkniętą **gruźlicą kręgów piersiowych** (2—3—4), **leczoną zapomocą gorsetu**, opierającego się na kościach miednicy, swego pomysłu; *b*) przypadek **stopy końskoszpotawej:** plastyka ścięgna Achillesa, ustawienie stopy w hyperkorekcyi przez danie podeszwy i umocowanie plastrami, ażeby ustalić kończynę, zgiętą w stawie kolanowym. — W dyskusyi zabierał głos dr Zoll i prelegent.

5) Po objęciu przewodnictwa przez dra Borzęckiego przedstawia prof. Ciechanowski wnioski komisyi dla spraw szpitalnictwa, a mianowicie:

a) Towarzystwo lek. krak. wniesie z początkiem tegorocznej sesyi jesiennej Sejmu następujący memoryał na ręce posłów: prof. dra Marsa, wiceprezesa komisyi sanitarnej i A. Gołuchowskiego, prezesa tejże komisyi, prosząc posłów krakowskich o poparcie sprawy:

Zarówno z przedkładanych Wysokiemu Sejmowi corocznie sprawozdań Departamentu V. Wysokiego Wydziału krajowego, w szczególności ze sprawozdań Inspektora szpitali krajowych, jak i z obrad ankiety, zwołanej w r. 1902 wskutek uchwalonego przez Wysoki Sejm wniosku posła prof. Marsa, wynika, że oprócz powszechnie znanych i uznanych braków przedstawia szpitalnictwo krajowe cały szereg niedostatków, mniej głośnych, ale niemniej pilno wymagających usunięcia lub poprawy.

Towarzystwo lekarskie krakowskie w poczuciu swych obowiązków społecznych zwróciło na tę stronę sprawy baczniejszą uwagę i na zasadzie referatu prof. Ciechanowskiego, ogłoszonego drukiem w »Przeglądzie lekarskim« w r. 1907 i w osobnej odbitce przedłożonego wszystkim Członkom Wysokiego Sejmu z początkiem tegorocznej sesyi wiosennej, rozpatrywało rzecz ze stanowiska lekarskiego i społeczno-lekarskiego na kilku posiedzeniach, mianowicie w dniach 27 lutego, 6 marca, 20 marca i 12 czerwca 1907.

Na podstawie tych obrad doszło Towarzystwo lekarskie krakowskie do przekonania, że część przynajmniej pewnych niedostatków w urządzeniu, działalności i rozwoju szpitalnictwa naszego dałaby się usunąć bez większych trudności i bez znaczniejszego obciążenia finansów krajowych i że obowiązkiem Towarzystwa jest w interesie rzeczy publicznej przedstawić Wysokiemu Sejmowi prośbę, by na tę stronę sprawy światłą swoją uwagę zwrócić raczył.

Rażącemu niedostatkowi łóżek szpitalnych w Galicyi, większemu, niż w którymkolwiek z krajów austryackich, nie wyjmując Bukowiny i Dalmacyi, zaradzonem będzie dopiero wtedy, gdy stósownie do postulatu c. k. Krajowej Rady zdrowia każdy powiat posiadać będzie przynajmniej jeden większy szpital publiczny, a na każdy tysiąc mieszkańców przypadnie przynajmniej jedno łóżko szpitalne obok dostatecznej liczby miejsc w przytułkach dla nieuleczalnych i rekonwalescentów. Gdy jednak przeszło połowa powiatów nie posiada jeszcze szpitali publicznych, a niezasobna ludność kraju na tworzenie nowych szpitali zwolna tylko się zdobywa, nie można się spodziewać wypełnienia skromnego postulatu Rady zdrowia zbyt rychło i dziesiątki lat jeszcze upłyną, zanim w każdym powiecie będzie szpital o dostatecznej liczbie łóżek. Całe grupy powiatów pozbawione są jeszcze pomocy szpitalnej i niema widoków, by czynniki miejscowe o zaradzeniu temu brakowi pomyślały. Ludność tych części kraju byłaby przeto co do pomocy szpitalnej długo jeszcze w stosunku do reszty kraju pokrzywdzoną, jeżeliby powstawanie nowych szpitali zależeć miało, jak dotąd, tylko od tego, który Wydział powiatowy lub Zarząd miejski przypadkiem fundusze na budowę szpitala już zgromadził i budowę postanowił. Potrzeba szpitala nietylko tam jest najpilniejszą, gdzie daje jej wyraz sama ludność, a raczej światlejszy i zapobiegliwszy Wydział powiatowy i gdzie zamożność powiatu pozwala szybciej zgromadzić potrzebne na szpital fundusze.

Skoro przeto niepodobieństwem jest utworzyć nowe szpitale odrazu we wszystkich powiatach, które ich jeszcze nie posiadają i przez to dostarczyć pomocy szpitalnej równomiernie wszystkim częściom kraju, należałoby zmierzać na razie przynajmniej do tego, aby pomoc szpitalną uzyskały przedewszystkiem te okolice, które najbardziej są jej pozbawione i w tym celu należałoby wywrzeć odpowiedni nacisk na te pozbawione szpitali powiaty, które pomimo dostatecznej zamożności wskutek opieszałości lub ignorancyi swoich Wydziałów o zebranie funduszów na szpital się nie starają, oraz obmyśleć pomoc dla powiatów, potrzebę szpitala już uznających, ale finansowo zbyt słabych, by potrzebę tę zaspokoić mogły.

By taką akcyę, zapewniającą równomierny postęp w całym kraju, skutecznie i naprawdę ekonomicznie przeprowadzić, potrzeba, zdaniem Towarz. lek. krak.,

1) opracować naprzód całkowity, systematyczny plan kolejnego zaopatrywania różnych części kraju w nowe szpitale, dostosowane rozmieszczeniem, liczbą łóżek i t. p. do stosunków terytoryalnych, chorobowości i t. d. różnych części kraju, a potem zakładać je systematycznie w pewnej kolei według stopnia istotnych potrzeb różnych części kraju, a nie według przypadkowego stanu funduszów gminnych lub powiatowych, na szpital przeznaczonych. Inicyatywa do budowy nowych szpitali nie powinnaby być pozostawioną wyłącznie czynnikom miejscowym, lecz tam, gdzie te czynniki nie rozumieją i nie odczuwają potrzeby tej inicyatywy, wziąć ją powinny w ręce naczelne autonomiczne Władze krajowe. Dla zasilenia zaś (np. pożyczkami) słabszych finansowo powiatów i gmin należałoby utworzyć fundusz szpitalny (budowy szpitali) na wzór funduszu melioracyjnego i przemysłowego.

Dla usunięcia balastu, jaki stanowią w szpitalach nieuleczalni i ozdrowieńcy, należałoby w myśl wniosku posła prof. Marsa, uchwalonego przez Wysoki Sejm w r. 1904, zwrócić większą uwagę na sprawę przytułków dla takich osób.

2) Należałoby na gminy i powiaty wywrzeć w kierunku zakładania przytułków dla nieuleczalnych i ozdrowieńców nacisk zarówno przez ogólną ustawę o dobroczynności publicznej, jak i przez środki administracyjne, a także należałoby zbudować kilka takich przytułków krajowych bądź tam, gdzie gmina ponad swój obowiązek przyjmować musi do przytułku osoby, wydalone ze szpitali krajowych (np. we Lwowie), bądź też tam, gdzie mniejsza zasobność gminy nie pozwala jej ponieść w całości tego ciężaru (w niektórych większych miastach prowincyonalnych).

Zupełny brak przytułków położniczych na prowincyi wymaga dla uwolnienia szpitali od balastu położniczego założenia takich przytułków przynajmniej w większych miastach, a rażące niedostatki zakładu położniczego w Krakowie wymagają jak największego przyspieszenia sprawy budowy krajowego Domu porodowego w tem mieście, wlokącej się już od lat kilkunastu.

Komisya sanitarna Wys. Sejmu uznała w r. 1907 z 33 szpitali publicznych tylko 13 za zupełnie odpowiednio pomieszczone, a 9 dalszych, choć pomieszczonych dobrze, za już potrzebujące inwestycyi. Pomieszczenie przeto prawie połowy szpitali publicznych, istniejących już w kraju, wymaga poprawy. Gdy jednak dotychczasowe doświadczenie pouczyło, że ograniczenie się do najkonieczniejszych adaptacyi i dobudów, aczkolwiek na pozór najoszczędniejsze, w rzeczywistości naraża kraj na późniejsze dodatkowe wydatki, znacznie większe od kosztów planowej, odrazu podjętej rekonstrukcyi, przeto potrzeba, zdaniem Tow. lek. krak.,

3) opracować całkowity systematyczny plan inwestycyi, dobudów i adaptacyi w już istniejących szpitalach. Niezależnie zaś od tego potrzeba koniecznie jaknajrychlej przygotować uzupełnienie i modernizacyę szpitala krakowskiego, jak również przyspieszyć budowę, rozszerzenie lub rekonstrukcyę szpitali w Bochni, Jaśle, Podhajcach, Stanisławowie, Wadowicach i Żółkwi.

Postulatem nowożytnej nauki o pielęgnowaniu chorych jest otoczenie ich odpowiednią wygodą. Gdy zaś w naszych szpitalach publicznych, prócz kilku, a nawet w szpitalach stołecznych krajowych dotąd nietylko na wygodę, ale nawet na najkonieczniejsze potrzeby chorych zbyt mało zwracano uwagi, koniecznem jest

4) zaopatrzenie szpitali w odpowiednie urządzenia wewnętrzne, nowożytne najprostsze sprzęty, których znaczna większość szpitali wcale nie posiada, bieliznę, która w mnogich szpitalach jest niedostateczną i t. d.

Wzrastające gwałtownie agendy w sprawach sanitarnych, na które kraj wydaje ósmą część ogółu swych wydatków, wymagają niezbędnie reformy głównego zarządu przez

5) wzmocnienie Departamentu V. Wydziału krajowego już nie jedną pomocniczą siłą lekarską, ale kilkoma, pod kierownictwem dotychczasowego Inspektora szpitali i przez rozłożenie czynności doradczych między zwoływane umyślnie ankiety, a c. k. Krajową Radę zdrowia z rozszerzeniem stosunku do niej poza sprawy obowiązkowo, urzędowo jej przedkładane. Byłoby przytem pożądanem, ażeby za wpływem Wysokiego Sejmu byli do c. k. Krajowej Rady zdrowia powoływani członkowie także z zachodniej części kraju.

Aby działalność szpitali uczynić jaknajskuteczniejszą i przez to z grosza na nie wykładanego osiągnąć jaknajwiększą korzyść, konieczne jest

6) podniesienie poziomu lekarskiego szpitali, popieranie w nich żywego ruchu naukowego, zaopatrzenie w dostatecznie liczny i odpowiednio wynagradzany personal. W tym celu potrzeba dawać szczególne baczenie na jaknajstaranniejszy dobór kierowników szpitali prowincyonalnych i kierowników oddziałów w szpitalach większych, należy pomnożyć liczbę oddziałów i kierowników, zmniejszając równocześnie wielkość poszczególnych oddziałów; dalej potrzeba wydatnie pomnożyć liczbę lekarzy pomocniczych i to nietylko w miastach głównych, ale i na prowincyi. Warunki bytu lekarzy szpitalnych wymagają dalszej wydatnej poprawy. Nad działalnością lekarsko-naukową szpitali należy rozciągnąć troskliwy nadzór i ile możności ją popierać, przedewszystkiem przywracając w tym celu dotacyę na sprawozdania naukowe ze szpitali i zaopatrując szpitale w pracownie naukowe, gdzie ich dotąd niema.

Skuteczna, a więc ekonomiczna działalność szpitali zależy w wysokim stopniu także od sprawności i umiejętności służby wszelkiej kategoryi i zatrudnionych w szpitalach Sióstr zakonnych, stąd też zachodzi

7) potrzeba dalszej poprawy płac i statutu emerytalnego służby, pomieszczenia jej w stosownych mieszkaniach, kształcenia jej zawodowego zapomocą odpowiednich szkół, zarówno w szpitalach głównych, jak prowincyonalnych. Niezbę-

8) dną i pilną potrzebą jest zmiana kontraktu z SS. Miłosierdzia lub zastąpienie ich takiemi Zgromadzeniami zakonnemi, które poddadzą się wymaganiom nowoczesnego szpitalnictwa, a przedewszystkiem zgodzą się na poddanie służby niższej pod nieuszczuploną władzę lekarzy; koniecznie zaś powinna być stworzona szkoła, kształcąca SS. Miłosierdzia i innych Zgromadzeń w całym zakresie ich zawodu w sposób, zgodny z postulatami nauki, którym obecna ich dzia-

9) łalność przeważnie nie odpowiada. Nauka o pielęgnowaniu chorych wymaga nietylko odpowiedniej dla nich wygody, ale także stawia jako konieczny nowoczesny postulat zmniejszenie im ile możności przykrych wrażeń szpitalnych; w tym względzie w kraju naszym wszystko jeszcze leży odłogiem i wszystko jest do zrobienia. Pewne zaś kategorye chorych nie doznają u nas koniecznych, naukowo uzasadnionych względów; w tym kierunku niezbędne jest przedewszystkiem oddzielanie i nowoczesne postępowanie wobec chorych na gruźlicę celem jaknajrychlejszego przywrócenia im jaknajwiększej zdolności do pracy i oszczędzenia przez to krajowi kosztu utrzymania ich i ich rodzin. Zwłaszcza piekącą jest potrzeba leżalni dla tych chorych i odpowiedniej wentylacyi sal szpitalnych, a te stosunkowo niekosztowne ulepszenia opłacą się sowicie, skracając czas leczenia i podnosząc odsetkę trwałej poprawy zdrowia.

Zaspokojenie wszystkich tych potrzeb nie może oczywiście nastąpić odrazu, co odnosi się szczególnie do tej ich części, która wymaga ze strony kraju znaczniejszych inwestycyi. Ale wiele z koniecznych, wymienionych powyżej ulepszeń, da się uzyskać bez żadnego obciążenia budżetu krajowego, jak stworzenie systematycznego planu kolejnego zaopatrywania różnych części kraju w szpitale i systematycznego całkowitego planu przeróbek i rozszerzenia szpitali istniejących, oraz systematyczne planów tych wykonanie; jak wywarcie nacisku na opieszałe powiaty i gminy w sprawie budowy szpitali i przytułków dla nieuleczalnych i ozdrowieńców; jak — w części — reforma głównego zarządu szpitali, wykształcenie zawodowe służby i Sióstr zakonnych, uregulowanie stanowiska tych Sióstr w szpitalach stosownie do wymagań nowoczesnego szpitalnictwa, szczególna piecza o chorych na gruźlicę. Inne środki, zmierzające do ulepszenia szpitalnictwa, nie narażą kraju na wydatki niepowrotne (utworzenie pożyczkowego funduszu na budowę szpitali na wzór funduszu przemysłowego). Jeszcze innych środków dostarczy w znacznej mierze, jak to się dzieje zagranicą, ofiarność publiczna, byle do niej odwołać się umiano. Wreszcie i te nawet środki podniesienia szpitalnictwa, które bez wydatków obejść się nie mogą, — jak rekonstrukcya starych szpitali, zaopatrzenie szpitali w niezbędne sprzęty, pomnożenie liczby sił lekarskich w głównym zarządzie szpitali i w poszczególnych szpitalach, pomnożenie służby, poprawa bytu lekarzy i służby, — wymagać będą kwot stosunkowo bardzo skromnych w porównaniu do korzyści, jakie przyniosą i do oszczędności, jakie uzyskać pozwolą tem rychlej, im rychlej środki te zastosowane zostaną. Wiele z tych wydatków i tak nasuwałoby się w bliskiej już przyszłości, jako nieprzeparta konieczność. W interesie kraju leży unikać w takich sprawach położenia przymusowego, w ogólnym wyniku zawsze na finansach kraju muszącego odbić się mniej korzystnie, niż ze spokojną rozwagą wcześnie i dokładnie obmyślane wydatki, jak tego dowodzi doświadczenie, tylokrotnie zebrane n. p. przy rekonstrukcyach szpitali.

Ze środków, uznanych przez Towarzystwo lekarskie krakowskie za niezbędne, jedynym przeto na pozór, który wymagałby nieprzewidywanych dotąd większych bezzwrotnych nakładów z funduszów krajowych, zdawałaby się budowa kilku przytułków krajowych dla ozdrowieńców i nieuleczalnych i kilku przytułków położniczych. Wszelako i ten wyjątek czasowo tylko obciąży fundusze krajowe, w rzeczywistości zaś znaczne w przyszłości zapewni oszczędności, bo przyszli mieszkańcy tych przytułków dzisiaj zapełniają szpitale, gdzie utrzymywanie ich kosztuje kraj znacznie drożej, niżby kosztowało w przytułkach.

Tak więc Towarzystwo lekarskie krakowskie, rozpatrując mniej głośne niedostatki szpitalnictwa naszego i szukając środków zaradczych, liczyło się poważnie z finansowemi siłami kraju i ze środków tych starało się celem przedłożenia Wysokiemu Sejmowi wybrać ile możności te tylko, które albo budżet krajowy od innych wydatków uwolnią, albo też w bardzo tylko małym stopniu lub wcale go obciążyć nie mogą. To też, dobrze świadome troski, jaką Wysoki Sejm otacza równowagę budżetową, sądzi Towarzystwo lekarskie krakowskie, że przedstawione w niniejszym memoryale środki i sposoby podniesienia szpitalnictwa krajowego tem więcej zasłużą na uwagę Wysokiego Sejmu, im mniej się wiążą z obarczeniem budżetu nowymi, nieprzewidywanymi dotąd wydatkami.

Wobec zaś tego, że poza zakresem spraw szpitalnictwa, dominujących dotąd wśród zadań sanitarnych kraju, agendy sanitarne autonomicznych Władz krajowych coraz więcej rosną i rozszerzają się, wyraża Towarzystwo lekarskie krakowskie przekonanie, że zbliża się czas, w którym zajdzie potrzeba ankiety, mogącej dostarczyć materyału do planów systematycznego ukształtowania całej działalności kraju na tem polu, w szczególności w zakresie okręgowej służby zdrowia, asanizacyi miast i gmin, zdrojownictwa, wogóle tych wszystkich spraw, które także i w Wysokim Sejmie skupiać się powinny i skupić się muszą z czasem w Komisyi sanitarnej.

b) Towarzystwo lek. krak. zwróci się do wszystkich instytucyi lekarskich w kraju z prośbą o poparcie sprawy.

c) Dalszą akcyę w sprawie szpitalnictwa porucza Towarzystwo wybranej komisyi w tym samym jak dotąd, składzie.

Wnioski komisyi uchwalono, a referentowi prof. Ciechanowskiemu dziękuje przewodniczący w gorących słowach

imieniem Towarzystwa za poruszenie i opracowanie tak ważnej dla lekarzy i społeczeństwa sprawy.

Posiedzenie w dniu 26. czerwca 1907.

Przewodniczy prof. Rosner. Obecnych członków 34.

1) Protokół po odczytaniu przyjęto.

2) Przyjęto jednogłośnie na członków dra W. Damskiego i prof. Emila Godlewskiego.

3) Delegatami na walne zgromadzenie Tow. lekarzy galicyjskich wybrano prof. Ciechanowskiego i doc. Dobrowolskiego, zastępcą dra Wojciechowskiego.

4) Prezes zachęca w gorących słowach członków do wzięcia licznego udziału w X Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

5) Prof. Kader przedstawia *a)* chorą po **wyłuszczeniu wodo- i ropoinercza**, *b)* chorego wyleczonego z **zapalenia gruźliczego stawu kolanowego** w 8 miesięcy po resekcyi tegoż stawu, *c)* chorego, który doznał urazu w okolicę 12 kręgu piersiowego i 1—2 lędźwiowego, czego następstwem był **ucisk na ogon koński** z właściwymi objawami; po wykonaniu laminektomii powróciła czynność zwieraczy pęcherza i odbytu, a po części i czucie w kończynach dolnych.

6) Radca ces. p. J. Gorecki, jako gość, przedstawia **stół operacyjny** swego pomysłu, który wysyła na wystawę lwowską.

7) Dr Blassberg miał odczyt **„O najnowszych poglądach na ośrodki mowy“** (przeznaczony do druku). W dyskusyi przemawiał prof. Bochenek. Sekretarz: *Dr Oszwiński.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe w d. 5. lipca 1907.

I. Dr Hołobut zdał sprawę z doświadczeń, jakie przeprowadził z odczynem Arnolda. Jak wiadomo Arnold, prym. szpit. powsz. we Lwowie, podał w swoim czasie odczyn barwny, który występował w moczu po spożyciu mięsa. Odczyn ten wykonywa się zapomocą odczynników, używanych do t. zw. »kreatyninowej« próby Weila, ale w innych proporcyach i rozcieńczeniach. Jak stwierdził dr Hołobut, odczyn Arnolda nie jest właściwym jedynie dla mięsa, gdyż występuje w moczu po spożyciu jakiegokolwiek białka. W dyskusyi przemawiali: prof. Mars, prof. Beck, podnosząc brak praktycznej wartości przedstawionego odczynu, dr W. Ziembicki, nawiązując do przedstawionych odczynów barwnych uwagi o t. zw. odczynie Weila-Salkowskiego.

II. Dr Czyżewicz (jun.) przedstawił 3 przypadki z Zakładu położniczo-ginekologicznego. — W dyskusyi przemawiał prof. Mars, podnosząc w jednym z przypadków (**przerostu wargi macicznej wyłącznie tylnej**) znaczny rozmiar tego przerostu i wspominając o podobnych przypadkach, rzadkich zresztą, z własnego doświadczenia; w innym zaś przypadku podkreślając piękny wynik **operacyi nowotworu pochwy.**

III. Dr Nowicki wygłosił odczyt: **O zmianach w ścianach tętnic u królika pod wpływem śródżylnych wstrzykiwań adrenaliny.** W ciągu doświadczeń, przeprowadzonych wspólnie z drem Hornowskim w lwowskim zakładzie anatomii patologicznej, otrzymał prelegent wyniki podobne, jak i inni autorowie, a zatem: zmiany wyłącznie w tętnicy głównej, zmiany o cechach rozpadu (Josue), które jednak nie mogą być utożsamione z miażdżycą ludzką. *Witold Ziembicki.*

Koło lekarskie polskie w Petersburgu.

Posiedzenie w dniu 20. marca (2. kwietnia) 1907.

Obecnych członków 20, gości 5.

I. Na wezwanie prezesa dra Strawińskiego zebranie uczciło przez powstanie pamięć zgasłych: dra Władysława Krajewskiego i prof. Franciszka Ksawerego Gałęzowskiego.

II. Prezes w imieniu Koła wita gościa, docenta uniw. lwowskiego dra Modrakowskiego.

III. Protokół z posiedzenia poprzedniego przyjęto.

IV. Dr. Maryan Chruszczyński (gość) odczytuje rzecz pod tyt.: **Przypadek raka żołądka.** Przypadek ten jest ciekawy pod tym względem, że przez długi czas uważano w Instytucie klinicznym ks. Heleny Pawłówny cierpienie za kiłę wątroby. Jednakże spostrzeżenia prelegenta, stwierdzone następnie przez prof. W. Orłowskiego i prof. Ziemackiego, stwierdziły obecność niewątpliwego raka żołądka z licznymi przerzutami w jamie brzusznej i w niektórych obwodowych gruczołach chłonnych. Przy badaniu soku żołądkowego ogólna kwaśność okazała się bardzo wysoką, również był obecny i kwas solny wolny. Prelegent dochodzi do wniosku, że badanie soku żołądkowego ma w niektórych razach względne znaczenie.

Dyskusya: Prof. Ziemacki zapytuje prelegenta, czy wykonano sekcyę i otrzymawszy odpowiedź przeczącą zaznacza, że brak sekcyi obniża wartość naukową tego przypadku. — Doc. Z. Orłowski przypomina sobie z własnej praktyki chorego na raka żołądka, u którego ogólna kwaśność treści żołądkowej wynosiła 80 ctm. sz. $^{1}/_{10}$ NaHO, a kwasu solnego wolnego było 45 ctm. sz, $^{1}/_{10}$ NaHO na tydzień przed śmiercią. Co się tyczy rozpoznania, to wielkie znaczenie przypisuje mowca obecności krwi (odczyn Webera) i próbie Salomona; próba ta zresztą zdaniem mowcy w początkowych okresach choroby, jak również i przy rozszerzeniu żołądka, często zawodzi. — Prof. Zaleski zwraca uwagę, że wskazane przez Doc. Orłowskiego próby mogą zawodzić przy swoistej formie raka, zwanej *carcinoma depassens.* — Doc. Modrakowski zaznacza, że przy rozpoznaniu raka żołądka nie należy pomijać próby Salomona, która w niektórych razach może być pomocną. — Dr. Biron: W roku 1902 Boas pierwszy zwrócił uwagę na ważne znaczenie badań, tyczących się obecności krwi w wymiocinach i kale; zapomocą próby Webera lub aloinowej można stwierdzić nawet już niewielką ilość krwi, gdy inne objawy choroby są jeszcze niewyraźne (utajone krwotoki żołądkowe). Wyniki dodatnie nie mogą jednak dopomódz do wczesnego rozpoznania raka żołądka, ponieważ obecność krwi również zdarza się i przy wrzodzie okrągłym. Próba ta ma ważne znaczenie w rozpoznaniu różniczkowem pomiędzy rakiem żołądka z jednej strony, a brakiem soku żołądkowego (*achylia gastrica simplex*) i niedokrwistością (*anaemia gravis*) z drugiej. W przypadku prelegenta były wymioty krwawe, więc krwotok nie był »utajonym«, wobec czego zastosowanie w danym razie najprostszej nawet próby mogło stwierdzić obecność krwi (*Streszczenie własne*). — Dr. Wierciński przypomina o metodzie, poleconej przez prof. Gluzińskiego, która pozwala wcześnie rozpoznać raka żołądka, — Doc. Z. Orłowski sądzi, że jakkolwiek badania prof. Gluzińskiego są oparte na praktycznych podstawach, to jednak zastosowanie tej metody możliwe jest tylko w razie zupełnego zaufania chirurga względem internisty, jak również jest niezbędnem zaufanie chorego względem lekarza. — Prof. Ziemacki przytacza przypadek raka wałeczkowato-komórkowego (*cylindro-cellulare*) odbytu; gdy chory po wykonaniu dwóch operacyi umarł, sekcya niespodziewanie stwierdziła także raka wpustu żołądka o charakterze włóknistym (*scirrhus*) i zajęcie sąsiednich gruczołów chłonnych. Przypadek ten jest bardzo pouczający, ponieważ u jednego osobnika były dwie różnorodne formy raków. — Dr. Wierciński: Przypuszczając pasorzytowe pochodzenie raków wogóle, to obecność dwóch różnorodnych form u jednego osobnika łatwo można wytłómaczyć; różnica w utkaniu nowotworu mogła zależeć od przyczyn miejscowych.

V. Doc. Sowiński odczytuje rzecz pod tyt.: **Patogenetyczne znaczenie prątka Ducreya przy wrzodzie miękkim oraz w powstawaniu dymienic.** Po krótkim zarysie historycznym, dotyczącym łasecznika wrzodu miękkiego, omawia prelegent podłoża sztuczne, przez siebie stosowane dla otrzymania czystej hodowli prątka, opisuje hodowlę, jej cechy charakterystyczne, sposób otrzymywania toksyn lasecznika, które zapoczątkował prelegent w celu wyświetlenia patogenezy dymienic przy wrzodzie miękkim. Stosunkowo częste powikłania wrzodów miękkich zajęciem gruczołów chłonnych z jednej strony, z drugiej zaś dość rzadkie stwierdzanie obecności samego zarazka w ropniach gruczołów chłonnych, naprowadzało na rozmaite domysły. Wobec tego przypuszczano, iż dymienice przeważnie są skutkiem wessania wytworów życia lasecznika Ducreya; wytwory te, zawierając w sobie substancyę ropotwórczą, sprawiają kliniczny obraz dymienic. Przypuszczenie takie zasługiwało na uwzględnienie, ponieważ często można spostrzegać zajęcie gruczołów chłonnych wtedy, gdy wrzody już się oczyściły lub nawet po upływie pewnego czasu od zagojenia się wrzodów. Z drugiej znów strony tworzenie się dymienic wrzodziejących bezwątpienia przemawiało za przypuszczeniem, iż w takich razach ropnie powstają bezpośrednio przez przedostanie się *in loco* żywego zarazka swoistego. Zadaniem pracy prelegenta było wyświetlić drogą doświadczalną patogenezę zmian gruczołów chłonnych przy wrzo-

dzie miękkim. W tym celu zbadał prelegent przedewszystkiem jak najdokładniej własności laseczników i ich toksyn, potem zmiany, wywoływane przez nie w narządach i tkankach, a w końcu przystąpił do wyświetlenia głównego celu — wyjaśnienia patogenezy dymienic. Jeżeli przypuszczenie, że dymienice są wywoływane przez wytwory życia laseczników, jest słuszne, to w ropniu takim powinna być stwierdzoną stała toksyna, a przez szczepienie jej zwierzętom powinnyby powstać takież same ropnie. Wobec tego prelegent najpierw zbadał, o ile stałą jest toksyna na zewnątrz i wewnątrz ustroju i w jakim stanie znajduje się ona w owych ropniach, oraz czy posiada działanie ropotwórcze i nadal, skoro źródło nowych ilości toksyny, t. j. laseczniki Ducreya już wyginęły. Stosownie do zakreślonego planu zmierzał prelegent naprzód do otrzymania mocnej toksyny i wywołania przez nią sprawy ropnej bez udziału innych czynników ropotwórczych, czyli do wytworzenia spraw ropnych aseptycznych. Badania prelegenta dowiodły, że pierwiastek ropotwórczy zawiera się wyłącznie w substancyi samego lasecznika wrzodu miękkiego i nie przechodzi w hodowlach płynnych do rozczynu środowiska. — Na mocy danych doświadczalnych dochodzi prelegent do wniosku, że tak dymienice zapalne, jak również wrzodziejące, powstają nie wskutek wessania wytworów życia lasecznika, lecz jedynie w obecności *in loco* żywych prątków Ducreya. (Odczyt był objaśniony przedstawieniem preparatów drobnowidowych i czystej hodowli na pożywkach sztucznych, również pokazał prelegent cały szereg sobowtórów w czystych hodowlach na pożywkach i preparaty drobnowidowe).

W dyskusyi zabierali głos prof. Ziemacki i prof. Zaleski.

VI. Odczyt dra St. Kozłowskiego pod tyt.: »**Ojców, jako zakład leczniczy**« wobec późnej pory odłożono.

VII. Na posiedzeniu administracyjnem: 1) Przyjęto do wiadomości i polecono Sekretarzowi dać odpowiedź na odezwę prof. Bylickiego, tyczącą się X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie. 2) Przyjęto do wiadomości odezwę zarządu »Towarzystwa kursów naukowych«. 3) Prezes Dr. Strawiński i wiceprezes prof. Zaleski zawiadamiają, że władza ponownie odmówiła zarejestrowania »Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu« wskutek obecności w ustawie niektórych paragrafów. Zebranie uchwaliło po należytej zmianie paragrafów przedstawić ją ponownie. 4) W poczet członków Koła obrano dra Wandę Chmielewską.

Posiedzenie d. 17/30 IV. 1907 r.

Obecnych członków 17, gości 1.

I. Protokół z posiedzenia poprzedniego przyjęto.

II. Dr. W. Święcicki wygłasza rzecz p. t. **Stosunek współczesny między urologią a chirurgią** z przedstawieniem narzędzi. Po krótkim zarysie rozwoju urologii podał mowca ocenę różnych narzędzi, szczególniej cystoskopu i wyraził przekonanie, że urologia jest jedną z najtrudniejszych gałęzi chirurgii i że urolog powinien być dobrym klinicystą i wprawnym operatorem.

Dyskusya: Dr Al. Karnicki stwierdza, że urolog powinien być zarazem chirurgiem, w przeciwnym bowiem razie działalność jego ograniczałaby się tylko do rozpoznawania choroby bez odpowiedniej pomocy lekarskiej. Dr Strawiński zaznacza, że badania urologiczne nie zawsze dają wyniki dodatnie. Doc. Sowiński wyraża żal, że prelegent nie pokazał sposobu wprowadzenia cystoskopu, co możnaby przedstawić na istniejących odpowiednich modelach gutaperkowych; następnie opisuje kilka przypadków, które widział podczas swego pobytu w Wiedniu, a w których w pęcherzu były po 2 ujścia moczowodów z jednej strony.

III. Dr Al. Karnicki odczytuje rzecz p. t. **Pęknięcie macicy** (przeznaczone do druku).

Dyskusya: Dr Strawiński zapytuje prelegenta, czy nie można było myśleć w danym przypadku o zachowawczym sposobie leczenia. Łatwiej bowiem wyciąć macicę, ale pomimo to chirurg w zasadzie powinien zawsze oszczędzać ten narząd. Dr Święcicki przypuszcza, że w danym razie nie nastąpiło zapalenie otrzewnej. Prócz tego zabierali głos: doc. Z. Orłowski, dr Strawiński i prof. St. Zaleski.

IV. Prof. St. Zaleski podaje do wiadomości, iż d. 7/20 VII. do 8/31 VIII. 1907, ma odbyć się w Spa (Belgia) międzynarodowa wystawa balneologiczna. Prof. Zaleski, jako zarządzający z polecenia rządu oddziałem rosyjskim, przesłał niezwłocznie warunki w języku polskim do »Kraju«, ażeby zdrojowiska nasze i szerszy ogół mogły w interesie kraju w wystawie tej uczestniczyć.

V. Dr Uliński odczytuje przysłaną przez dra St. Kozłowskiego rozprawkę p. t. **Ojców, jako zakład leczniczy**. Autor po krótkim zarysie topograficznym, opisuje klimat Ojcowa, przytacza rozbiór chemiczny wody, używanej do picia, wreszcie opisuje zakład »Goplana« i warunki pobytu.

W dyskusyi prof. St. Zaleski, podnosząc sprawę polecania uzdrowisk ojczystych, zaznacza, iż grunta wapienne zabezpieczają od duru, zimnicy, etc. Również wielką zaletą Ojcowa jest obecność zakładu wodoleczniczego. Doc. Z. Orłowski sądzi, iż w tak korzystnych warunkach klimatycznych powinno być urządzone sanatoryum dla chorych na gruźlicę. Dr Strawiński i prof. Zaleski podzielają to zdanie, zaznaczając, że sanatoryum takie powinno być zupełnie oddzielne i łączyć go z zakładem nie należy.

VI. Posiedzenie administracyjne:

1) Prof. Zaleski wnosi, by zaliczyć przez aklamacyę w poczet członków Koła lekarzy Polaków, posłów do Dumy państwowej: drów Harusewicza, Lisowskiego, Fidlera i Dymszę, oraz p. Chrzanowskiego, deputata Towarzystw farmaceutycznych rosyjskich do Rady lekarskiej. Zebranie uchwala jednomyślnie poczynić odpowiednie kroki.

2) Prezes dr Strawiński zawiadamia, że ustawa »Związku Polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu« została w nowej redakcyi przedstawioną ponownie władzy,

3) W poczet członków Koła obrano dra Stanisława Woyno i dra Maryana Chruszczyńskiego.

Sekretarz *Zdzisław Sowiński.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Państwowy Związek org. lek. austr. podaje do wiadomości, co następuje:

1) Organizacyę utworzyli lekarze Gorycyi i Gradyski.

2) Organizacya lek. w Krainie zaprowadziła następującą formę doniesień o uszkodzeniach: »N. N., zamieszkały w X., odniósł rzekomo z cudzej ręki uszkodzenie i znajduje się tutaj w leczeniu. (Miejscowość, data i podpis lekarza)«. Pożądane jest, aby i zawiązane już organizacye w innych krajach austryackich zaprowadziły tę formę doniesień, ponieważ żaden lekarz nie ma obowiązku orzeczenia sądowolekarskiego wydawać bezpłatnie, co przy dotychczasowej formie doniesień o uszkodzeniach było nieuniknione.

3) Posłowie-lekarze w austr. Radzie państwa uczynili wniosek o wydanie ustawy lekarskiej (o czem już donosiliśmy. *Red.*).

4) W Radzie państwa tworzy się »Związek lekarzy i ich przyjaciół«, pod przewodnictwem jednego z posłów-lekarzy.

Za Prezydyum P. Z. O. L. A. *Dr Janeczek.*

Walka lekarzy dolnoaustryackich zdaje się zbliżać ku pomyślnemu zakończeniu. Konferencya przedstawicieli lekarzy z przedstawicielami rządu i wydziału krajowego w d. 5. VII. dała podstawę do nadziei, że jeszcze w r. b. sejm dolnoaustryacki uchwali ustawę o gminnej służbie zdrowia, uwzględniającą najważniejsze żądania lekarzy, t. j. zabezpieczenie na starość i stabilizacyę posad. *R.*

W sprawie zabezpieczenia lekarzy na zasadzie austryackiej ustawy o zabezpieczeniu urzędników prywatnych przesłała Izba lekarska wschodnio-galicyjska do Namiestnictwa opinię, (opartą na referacie dra Mikołajskiego), iż co do lekarzy nie powinno być żadnych uwolnień od obowiązku ubezpieczenia według tej ustawy, a ustawa ta powinna mieć zastosowanie do lekarzy domowych i przybocznych (osób prywatnych), skarbowych (dworskich), asystentów prywatnych u innych lekarzy, lekarzy zdrojowych, w sanatoryach i lecznicach prywatnych, w szpitalach publicznych, lekarzy gminnych, okręgowych, kolejowych (przy kolejach prywatnych i lokalnych), więziennych, sądowych (pracujących za rocznym ryczałtem), fabrycznych, kas chorych, lekarzy Towarzystw ubezpieczeń, o ile są płatni rocznie i miesięcznie, lekarzy, zajętych za stałą płacą w redakcyach lub administracyach pism lekarskich, wreszcie lekarzy szkolnych. (Głos. lek. 14). *R.*

Pośrednictwem w ubezpieczeniach życiowych lekarzy w Towarzystwach ubezpieczeń miałyby się w przyszłości zająć Izby lekarskie według wniosku, który Izba wiedeńska przedstawi najbliższemu Wiecowi Izb. (Myśl to zresztą nie nowa, poruszana już przed paru laty u nas). *R.*

Kasa wsparć podupadłych lekarzy w Warszawie wydała w r. z. na zapomogi dla 117 osób 7,520 rb. Majątek Kasy wynosi 84,689 rb. Na rok bieżący wybrano na Walnem zebraniu w d. 9. VII. do zarządu drów: Dunina, Kamockiego, Dobrskiego, Kosmowskiego, Szumlańskiego, Sawickiego, Heinricha i Żerę. *R.*

Kasa chorych lekarzy wiedeńskich wypłaciła w r. z. 117 członkom 27,936 K; majątek jej doszedł 137,299 K. *R.*

W sprawie zarejestrowanych Kas chorych odpowiedziało ministerstwo wiedeńskiej Izbie lek. dopiero po $3^1/_2$ roku po wniesieniu odwołania przeciw orzeczeniu namiestnictwa. Sprawa ciągnęła się tak długo, że odpowiedź otrzymała nie ta Izba, która wnosiła rekurs, ale dopiero następna, bo już dawno skończył się okres urzędowania tamtej. Ministeryum zatwierdziło orzeczenie namiestnictwa, a Izba wiedeńska ze względu na to, że i tak niedługo ma ustąpić, założyła na razie tylko protest przeciw temu rozstrzygnięciu. *E. S.*

Rachunki lekarskie. Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy przypomina Kolegom, iż Walne Zgromadzenie w dniu 29. kwietnia 1905 zaleciło lekarzem przedkładanie pacyentom rachunków lekarskich półrocznie, ewentualnie po skończonem leczeniu. Rachunki nabyć można w Administracyi znaczków receptowych: Kraków, Radziwiłłowska l. 4, po 4 hal. za sztukę.

Kursa lekarskie doszły w Niemczech, jak wynika ze sprawozdania głównego komitetu (Münch. m. Woch. 28) ogromnego rozwoju. W r. z. odbyło się bezpłatnych kursów w całych Niemczech 49 (z tego w Prusach 31), nadto w 6 miastach działały seminarya medycyny społecznej. Kursa płatne odbywają się w 11 wszechnicach. Komitet postanowił starać się o ulgi kolejowe dla lekarzy, jadących na kursa i o utworzenie międzynarodowego komitetu dla wycieczek naukowych lekarskich. *R.*

O zakaz sprzedaży ługu żrącego w handlu zwyczajnym w Austryi starać się ma Towarzystwo lekarskie wiedeńskie na wniosek dra Preleitnera. *R.*

Zagraniczni oszuści od jakiegoś czasu na cel swych machinacyi upatrzyli sobie lekarzy wiedeńskich. Niedawno dostał jeden z profesorów wiedeńskich zawiadomienie, iż został mionowany honorowym członkiem jakiejś włoskiej »Akademii fizyczno-chemicznej« w Palermo, chociaż nie zajmował się szczególnie fizyką, ani chemią. Ale z dołączonego statutu owej »Akademii« okazało się, o co tu właściwie chodzi, bo w statucie tym oznaczono »taksę wpisową i koszta przesyłki« dyplomu honorowego na 25 franków i t. d. »Akademia« okazała się więc nowym sposobem łapania naiwnych! *E. S.*

Kupujmy dzieła naukowe! Pod tym tytułem ogłosił p. Erazm Majewski, zasłużony przyrodnik i etnograf, artykuł w pismach codziennych, pełen trafnych uwag, a w niejednem dający się zastosować i do stosunków lekarskich. Powołując się na dzieło Wellsa p. t. »Wizye przyszłości«, zwłaszcza na rozdział: »Walka ras i języków«, podnosi autor, że narody mocne podbijają słabsze swojem piśmiennictwem skuteczniej i gruntowniej, aniżeli kapitałem, pracą i siłą militarną. Toteż to tylko piśmiennictwo ostać się może wobec innych, które zaspokaja wszystkie potrzeby życia cywilizowanego; gdzie tylko ono szwankuje, tam wdziera się piśmiennictwo obce i wypiera je. Niebezpieczeństwo wyparcia piśmiennictwa swojskiego przez obce zaczyna się od góry, od piśmiennictwa naukowego, wymagającego uprawy najkosztowniejszej i najstaranniejszej. A właśnie nasze piśmiennictwo naukowe ma mnóstwo luk niezapełnionych (niewątpliwie uwaga ta znajduje zastosowanie i co do naszej medycyny). Tem, co jest, nikt z pracujących na polu naukowem nie może się zadowolnić, bo są to rzeczy niezupełne lub przestarzałe, toteż każdy z nich uczy się prawie wyłącznie z dzieł obcych. (Co do medycyny, to niewątpliwie posługiwać się musimy przeważnie dziełami obcemi). Jedyną radą na to jest kupowanie swojskich dzieł naukowych, bo gdzie nie ma zapotrzebowania, tam nie może być i produkcyi. Żywy ruch wydawniczy, częste pojawianie się dzieł dobrych, a tanich, może powstać tylko wtedy, jeśli książki rozchodzą się szybko i szeroko. Trzeba więc, aby ci, którzy potrzebują książek, mniej ich pożyczali, a więcej kupowali, i aby je kupowali ci z zamożniejszych, którzy ich nie potrzebują. »Dziś kto chce przeczytać dzieło, woli szukać długo i wytrwale, od kogoby je można pożyczyć, aniżeli wstąpić do księgarni i kupić. Postępują zaś tak nawet ludzi zamożni, nie zastanawiając się nad tem, że oszczędnością podobną krzywdzą społeczeństwo w ten sam sposób, jak gdyby mając na chleb — wyżebrali go sobie, zamiast kupić«. Toteż w takich warunkach »pisanie dzieł naukowych po polsku.... równa się pisaniu po to, aby nie być czytanym, a najczęściej nawet wydrukowanym; dziś praktyczniejsi nasi uczeni zaczynają już pisać dzieła w obcych językach«. (Jestto prawdą niestety także i w zakresie lekarskim). »Baczmyż« — kończy autor — »aby przyszłe, jeszcze praktyczniejsze pokolenie nasze nie zaczęło pisywać nawet poezyi i powieści — po niemiecku. Zaprawdę, nie wiele do tego potrzeba. Jesteśmy na prostej drodze, wiodącej do takiej metamorfozy...« Wprawdzie w zakresie lekarskim są u nas stosunki nieco lepsze, niż te, które ma na myśli p. Majewski — w innych działach nauk. Niemniej jest to różnica niestety tylko — stopnia złego, bo złe to i u nas niewątpliwie istnieje. Dowodem choćby stosunek liczby dzieł lekarskich oryginalnych do tłómaczonych. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 7. do 13. VII. 1907 doniesiono o 54 nowych przypadkach duru plamistego w 19 gminach, a mianowicie w m. Lwowie 1, pow. Drohobycz (Łastówki 3, Podbuż 3), Horodenka (Horodenka 2, Dąbki 2), Jaworów (Zawadów 4), Kosów (Słobódka 6, Rybno 1), Lisko (Wołkowyja 1), Łańcut (Giedlarowa 1), Nadwórna (Pasieczna 1, Pniów 5), Rawa (Szczerzec 1, Smolin 3, Kamienna góra 2, Parypsy 4, Mazury 2), Tarnopol (Proszowa 11), Zborów (Bubszczany 1) o 1 przypadku ospy w pow. Kraków (Czarna wieś 1, zawleczony z Królestwa); o 3 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 2 gminach, a mianowicie pow. Strzyżów (Baryczka 2, Przedmieście strzyżowskie 1). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 7. do 13. VII. 1907 przypadków: płonicy 3, odry 2, duru brzusznego 1, błonicy 1, choleryny niemowląt 5 † 5. *W.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 7. do 13. VII. 1907 urodziło się dzieci żywo 53, nieżywo 7; zmarło osób 47 (w tem obcych 20), z nich z gruźlicy 10 (3), zapalenia płuc 2, płonicy —, krztuśca —, duru brzusznego 1 (1). *R.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 7. do 13. VII. 1907 przypadków: błonicy 3, płonicy 4, duru osutkowego 2 (w tem obcy 1), duru brzusznego 10 † 1 (4 † 1). *L.*

Mór pojawił się w Konstantynopolu (6 przypadków) i w Odessie (1 przyp., zawleczony).

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Porządek dzienny pierwszego posiedzenia ogólnego (22. VII. o godz. 9 rano w teatrze miejskim[1]) jest następujący: 1) Przemówienie powitalne przewodniczącego Wydziału gospodarczego prof. dra Władysława Bylickiego. 2) Wnioski co do wyboru i wybór prezesów honorowych, wiceprezesów honorowych oraz Zarządu Zjazdu, t. j. prezesa Zjazdu, wiceprezesa i dwu sekretarzy. 3) Objęcie przewodnictwa przez prezesa Zjazdu. 4) Przemówienie Prezydenta Miasta JWP. S. Ciuchcińskiego. 5) Przemówienie Reprezentanta Rządu i Kraju. 6) Przemówienie Delegata krakowskiej Akademii Umiejętności prof. dra K. Kostaneckiego. 7) Przemówienie Rektora wszechnicy lwowskiej prof. dra S. Gryzieckiego. 8) Przemówienie Rektora Politechniki lwowskiej prof. E. Kovátsa. 9) Przemówienie Rektora Akademii weterynaryi prof. dra J. Szpilmana. 10) Przemówienie Dyrektora Akademii rolniczej w Dublanach, JWP. J. M. Pomorskiego. 11) Przemówienie prof. dra M. Smoluchowskiego imieniem Towarzystwa im. Kopernika. 12) Przemówienie prof. dra Antoniego Gluzińskiego imieniem Towarzystwa lekarskiego lwowskiego. 13) Odczytanie spisu Delegatów na Zjazd, oraz nadesłanych telegramów. 14) Wykład dra Władysława Biegańskiego z Częstochowy: »O współczesnej filozofii przyrody«. 15) Sprawozdanie Delegacyi Zjazdów. 16) Wykład prof. dra Władysława Natansona z Krakowa: »Świat, widziany od strony elektryczności«. 17) Wybór komisyi, mającej się zająć wyborem miejsca na Zjazd następny. 18) Wykład R. Dw. prof. dra Ludwika Rydygiera ze Lwowa: »Zagajenie w sprawie akcyi przeciwrakowej«. 19) Zamknięcie posiedzenia. — Po posiedzeniu uroczyste wprowadzenie Członków Zjazdu na Wystawę przyrodniczo-lekarską i higieniczną[2]).

[1]) Strój uroczysty, podobnie jak i na raucie, wydanym przez Reprezentacyę m. Lwowa tegoż dnia (22. VII.) o godz. 9 wieczór.

[2]) Członkowie Zjazdu, zamierzający obiadować na Wystawie, powinni zgłosić to w Biurze Zjazdu do godz. $8^1/_2$ rano 22. VII. Jestto konieczne, aby restauratorzy mogli się odpowiednio przygotować.

Porządek dzienny drugiego posiedzenia ogólnego (w d. 25. VII. o g. 3 pop. w sali ratuszowej) jest następujący: 1) Zagajenie posiedzenia przez Prezesa Zjazdu. 2) Odczytanie reszty nadesłanych telegramów. 3) Wykład prof. dra Stanisława Rotherta z Odessy: »O ewolucyi poglądów na odżywianie się organizmów roślinnych«. 4) Wybór Delegacyi, złożonej z 7 członków i 5 zastępców. 5) Odczytanie uchwał poszczególnych Sekcyi. 6) Sprawozdanie Komisyi co do wyboru miejsca następnego Zjazdu i uchwała Zgromadzenia pod tym względem. 7) Przemówienie Prezesa Zjazdu. 8) Przemówienie pożegnalne Przewodniczącego Wydziału gospodarczego. 9) Zamknięcie posiedzenia.

Posiedzenie zbiorowe dla sprawy alkoholizmu odbędzie się d. 23. VII. od g. 8—10 rano w sali wykładowej chemii lekarskiej (ul. Piekarska 52). (Inne szczegóły Programu Zjazdu podaliśmy w poprzednim numerze).

Wydział gospodarczy dał ku czci ś. p. Marcelego Nenckiego wybić pamiątkową plakietę bronzową z jego popiersiem według projektu dra med. Kunzeka, artysty-rzeźbiarza w Krakowie. Plakietę nabywać będzie można w Biurze Zjazdu.

Członkowie i uczestnicy Zjazdu otrzymają odznaki w kształcie mosiężnej spinki zakopiańskiej, wykonane według oryginalnego wzoru z dzieła Matlakowskiego: »Zdobnictwo na Podhalu«.

Za pośrednictwem dra F. E. Fronczaka z Buffalo, komisarza X. Zjazdu na Amerykę, którego niestrudzonym zabiegom zawdzięczać należy, że kilkudziesięciu lekarzy i przyrodników z Ameryki zgłosiło swój udział w Zjeździe, nadesłało »Towarzystwo aptekarzy polskich w Chicago« 246 koron, jako dar na cele Zjazdu. — Delegat kolegów amerykańskich na Zjazd, dr Sieminowicz z Chicago, na Zjazd niestety nie przybędzie z powodu nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ w przeddzień wyjazdu. Wydział gospodarczy przesłał z tego powodu na ręce dra Fronczaka wyrazy współczucia i serdecznego żalu, że nie będzie mógł powitać i gościć na ziemi ojczystej przedstawiciela rodaków z Ameryki.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Hołd, oddany pamięci jednego ze słynnych lekarzy i przyrodników polskich XVI. wieku, Sebastyana Petrycego, przez rodzinne jego miasto Pilzno, (leżące w galicyjskiej części dawnego województwa sandomierskiego), zbiegając się niemal z naszym X. Zjazdem przyrodniczo-lekarskim, był jakby złączonem z nim ideowo przypomnieniem wielowiekowej tradycyi tego działu nauk w Polsce i ścisłych węzłów, wiążących cały kraj z prastarą Alma Mater.

Urodzony w r. 1550, osiągnął Petrycy stopnie filozoficzne w Akademii krakowskiej w latach 1574 i 1583; już jako mąż dojrzały, członek mniejszego kolegium tej Wszechnicy, w której szereg lat wykładał nauki filozoficzne, udał się za granicę celem udoskonalenia się w medycynie i został doktorem medycyny w Padwie w r. 1590. Zwiedziwszy Belgię i Niemcy, powrócił do Krakowa i wykładał nauki lekarskie do r. 1603, w którym objął stanowisko przybocznego lekarza kardynała Maciejowskiego, biskupa krakowskiego. Towarzyszył do Moskwy Marynie Mniszchównej; więziony tam po śmierci Samozwańca przez półtora roku, przebywszy potem wiele przygód i niebezpieczeństw, objął następnie ponownie katedrę w Krakowie. Z zakresu medycyny ogłosił drukiem: »De natura, causis, symptomatibus morbi gallici ejusque curatione« i »Instructia abo nauka, jak się sprawować czasu moru«. Umarł w r. 1626.

Petrycy zajmuje wybitne stanowisko w dziejach nietylko jako niepospolity filozof, przyrodnik i lekarz, ale także jako filantrop i człowiek wysoce uspołeczniony. Dowodzi tego zarówno tradycya, przekazująca pamięć o nim, jako o »lekarzu ubogich«, który nie chciał opuścić kilku ciężko chorych rzemieślników, gdy go wzywał do siebie wojewoda łęczycki, ale i fakt, że Petrycy znacznie wyprzedził swoją epokę śmiałem odwoływaniem się do króla Zygmunta III. za usamowolnieniem włościan.

Dnia 17. b. m. odsłonięto z wielką uroczystością w Pilźnie tablicę pamiątkową znakomitego tego męża. Imieniem Wszechnicy Jagiellońskiej uczestniczył w obchodzie i wygłosił przemowę dziekan Wydziału lekarskiego prof. Kostanecki.

Wilno. Prawie w przededniu X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich rozpoczęła się praca w nowym przybytku, stworzonym dla nauki polskiej w Wilnie pod nazwą »Towarzystwa przyjaciół nauk«. Dnia 8. lipca b. r. bowiem odbyło się w sali Towarzystwa lekarskiego drugie z rzędu, a pierwsze ściśle naukowe posiedzenie tego Towarzystwa, które zakresem swej działalności obejmie także dział przyrodniczy i które z wileńskiemi kołami lekarskiemi łączy ścisły związek. Jednym z założycieli, a obecnie wiceprezesem Towarzystwa jest zasłużony dr Władysław Zahorski, pierwszym prelegentem w dniu 8. lipca był dr Ludwik Czarkowski, który miał wykład p. t. »Ze stosunków etnograficznych na Podlasiu«. Towarzystwo liczy przeszło 90 członków, ugrupowanych w 5 sekcyach, a dzięki ofiarności p. Al. Jelskiego i innych ludzi dobrej woli posiadzie bibliotekę z przeszło 5,000 tomów i bardzo cenne zbiory. Gdy reakcyjny prąd dzisiejszego rządu stara się nawet w ostatnim szczątku świetnych niegdyś instytucyi naukowych wileńskich, w Towarzystwie lekarskiem, zatrzeć ślad polskości i zachodniej kultury, przypadnie nowemu »Towarzystwu przyjaciół nauk« objąć po tych instytucyach spuściznę i snuć dalej nić ich tradycyi. W pracy tej towarzyszyć będą Towarzystwu gorące życzenia przyrodników i lekarzy, zgromadzonych we Lwowie ze wszystkich dzielnic Polski, a do tych życzeń niech nam wolno będzie przyłączyć i nasze. *C.*

Z różnych stron. Z początkiem lipca obchodził słynny dermatolog, profesor czeskiej wszechnicy w Pradze, V. Janowsky, ćwierćwiekową rocznicę pracy dydaktycznej wraz z 60. rocznicą urodzin. Do wyrazów hołdu, złożonych w tym dniu Jubilatowi przez lekarzy czeskich, dołączamy życzenie, by jaknajdłużej jeszcze pracować mógł ku pożytkowi swej ojczyzny z równym, jak dotąd, wynikiem.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.



Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.

Dr **Brodzki Jan**, b. asyst. prof. Leydena. kierownik zakładu dla hydro- elektro- mechanoterapii.

Iwonicz.

Dr **Berger Marek**.
Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr **Lanes S.**

Kosów.

Lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Październ.
Dr **Tarnawski**, właściciel i kierownik.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem").
Dr **Ebers H.**, kierownik c. k. Zakładu hydropatycznego
Dr **Kmietowicz Franciszek**, (Dom „Świteź").
Dr **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki chor. kobiec. prof. Marsa (willa Białej Róży).

Rabka.

Dr **Cholewicz Fr.**
Dr **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Bielecki Ignacy**, lek. okręg.

Szczawnica.

Dr **Gorski Ksawery**, b. lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr **Hammerschlag**, (Willa „Atylla").
Dr **Kołaczkowski J.**, kierownik wodolecz. i pensyonatu.
Dr **Kruszyński Kazimierz**, radca cesarski.
Dr **Żuliński Edward**, (Willa „Alma"), (zimą w **Meranie**).

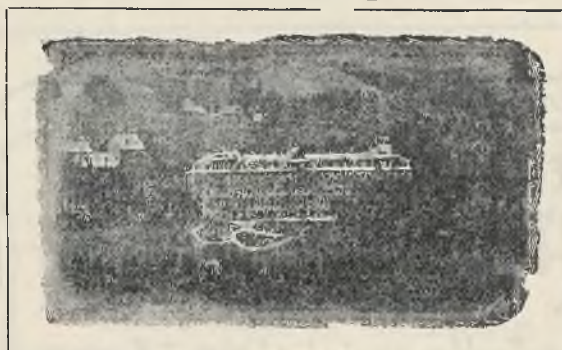
Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon**.
Dr **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Wisła.

Dr **Zanietowski Józef**.

Zakopane.



SANATORYUM Dra DŁUSKIEGO DLA CHORYCH PIERSIOWYCH.

Zegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński**, (Louisenstr. 2a).

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl").

Biarritz (B. P.) France.

Dr **Bohdanowicz**, („Villa St. Hubert"), („zimą w **Nizzy**").

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wobr**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Engländer Bernard**, (Schwarzer Bär, Kirchenstr.).
Dr **Steinsberg**, (Pensyonat leczniczy we własnej willi).
Dr **Zeitner Józef**, („Stadt-Paris" Kirchenstrasse).

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.**, radca ces., (Villa „Höflinger" VII).

Kissingen.

Dr **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.

Karlsbad.

Dr **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").
Dr **G. Gittelmacher-Wilenko**, b. asystent Uniw. lwow. Sprudelstr. Haus Kronprinz.
Dr **Kaufmann Oskar**, („Pascha" Sprudelstrasse).

Marienbad.

Dr **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried").
Dr **Kwiatkowski St. B.**, („Stadt Hamburg").

Rok XLVI. Kraków, dnia 27. lipca 1907. Nr 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zadania i tory spółczesnej dyagnostyki chorób wewnętrznych.

Podał

Prof. dr Witold Orłowski.

(Wykład wygłoszony 4/17. maja przy objęciu katedry dyagnostyki lekarskiej w Kazaniu).

(Ciąg dalszy).

Nie omawiając tu tak zwanych formuł leukocytowych, które daje badanie krwi, a które stanowią tak zwaną cytodyagnostykę krwi, zatrzymam się tylko na badaniu składu morfologicznego rozmaitych płynów, nagromadzających się w jamach ustroju. Zaczęte jeszcze przez Ehrlicha, Quincka, Grawitza, prof. Korczyńskiego z Wernickim i Winiarskiego badania te uczyniły znaczny krok naprzód od tego czasu, gdy Widal i Ravaut zwrócili uwagę na istnienie związku między składem morfologicznym wysięków i ich pochodzeniem. Badania tych autorów dotyczyły przeważnie wysiękowych zapaleń opłucnej.

Według spotykanych pierwiastków morfologicznych Widal i Ravaut podzielili te wysięki na trzy gromady. Do pierwszej zaliczyli t. zw. pierwotne, z zaziębienia (a frigore) powstające zapalenie opłucnej, które Landouzy uznaje prawie zawsze za gruźlicze. Dla tych wysięków Widal i Ravaut uznali za znamienną przewagę limfocytów i obfitość krwinek czerwonych; leukocyty wielojądrzaste nieraz nawet w znacznej liczbie zjawiają się, zdaniem Widala i Ravauta, dopiero w przypadkach daleko posuniętej gruźlicy płuc, powikłanej wtórnem zapaleniem opłucnej. Przeciwnie dla zapaleń opłucnej, wywołanych przez paciorkowce, gronkowce i dwoinki zapalenia płuc, cechującą, według Widala i Ravauta, jest przewaga leukocytów wielojądrzastych przy nieznacznej liczbie krwinek czerwonych, komórek śródbłonkowych i limfocytów; wreszcie dla przesięków, które Widal i Ravaut nazywają mechanicznemi zapaleniami opłucnej, prawie swoiście znamienną jest znaczna ilość komórek śródbłonkowych, nieraz w postaci dużych płatów. Praca Widala i Ravauta wzbudziła ogromne zajęcie; wielu badaczy dokładnie ją sprawdzało, przyczem badano skład morfologiczny nietylko wysięków opłucnych, lecz i innych płynów, gromadzących się w jamach, mianowicie wysięków i przesięków z jamy otrzewnej, z worka osierdziowego, ze stawu kolanowego, z kanału kręgowego i t. d. (Dopter i Tanton, Grenet i Vitry, Tuffier i Millian i inni). Wystarczy zaznaczyć, że do roku 1902, więc prawie za 2 lata, Descos naliczył w piśmiennictwie 111 prac, poświęconych omawianej sprawie. Tak te badania kliniczne, jak i prace doświadczalne Widala i Ravauta, Courmonta i Arloinga i innych dowiodły, że limfocytoza istotnie jest zjawiskiem, towarzyszącem zazwyczaj gruźliczym wysiękom opłucnym, lecz nie jest dla nich znamienną, ponieważ przewaga limfocytów nad innymi gatunkami komórek występuje nieraz w wysiękach nie gruźliczych (Barjon i Cade, Czerno-Szwarc, Bronsztein, Stasiewicz, Winiarski, Lewkowicz, van der Meer i inni). Niemniej znamiennym dla gruźliczego zapalenia opłucnej jest prawie zupełny brak leukocytów wielojądrzastych (mniej niż 3%) i nieznaczna liczba komórek śródbłonkowych (mniej niż 10% — Dopter i Tanton, Wolff i inni), wreszcie obfitość krwinek czerwonych w wysięku. Ten skład morfologiczny wysięku gruźliczego nie zawsze jednak jest taki: w początku choroby (Barjon i Cade, Wolff, Stasiewicz i inni) liczba leukocytów wielojądrzastych i komórek śródbłonkowych może być tak znaczną, że przeważają one nad limfocytami; to samo spostrzegamy przy powikłaniu gruźlicy wtórnem zakażeniem, wreszcie w każdem zaostrzeniu się sprawy, któremu towarzyszy silne złuszczanie się komórek śródbłonkowych i przypływ leukocytów wielojądrzastych. Pierwotne gruźlicze zapalenia opłucnej różnią się od wtórnych, wikłających gruźlicę płuc, większą ilością pierwiastków postaciowych, zwłaszcza krwinek czerwonych. Gdy wysięk w pierwotnem zapaleniu opłucnej bywa zwykle bardzo silnie opalizujący, barwy czerwonawej, a jego osad na wirownicy bywa obfity i prawie zawsze zabarwiony na czerwono, to wysięk we wtórnem zapaleniu gruźliczem bywa przeważnie prawie przejrzysty i na wirownicy daje zaledwie nieznaczny osad, z lekka zabarwiony czerwonawo. Ta różnica jednak stopniowo zmniejsza się w miarę tego, jak ostra sprawa przeciąga się i przechodzi w stan przewlekły. Co się tyczy wreszcie wzajemnego stosunku poszczególnych pierwiastków, to pod tym względem obraz tak w pierwotnych, jak i we wtórnych wysiękach jest jednakowy. W przeciwieństwie do gruźliczych zapaleń opłucnej, dla ostrych niegruźliczych zapaleń bardzo znamiennem jest (Stasiewicz) złuszczanie się z powierzchni opłucnej komórek śródbłonkowych całymi płatami tak obfite, że osad na wirownicy jest zawsze bardzo obfity i ma barwę białą, pomimo znacznej domieszki krwinek czerwonych; oprócz nich w osadzie tym można znaleźć znaczną liczbę krwinek białych z przewagą wielojądrzastych nad limfocytami (Widal i Ravaut, Castaigne i Rathery, Dopter, Wolff, Stasiewicz i inni). Wreszcie wysięki opłucne pochodzenia nerkowego i sercowego (Widal i Ravaut, Widal i Dopter) odznaczają się nader małą zawartością pierwiastków morfologicznych ze znaczną przewagą komórek śródbłonkowych (przeszło 90%), nieznaczną liczbą krwinek czerwonych i limfocytów (niżej 20%) i zupełnym brakiem wielojądrzastych.

Wysięki, powstające przy rakach, zawierają zwykle komórki nowotworowe, pojedyncze komórki śródbłonkowe i limfocyty lub wielojądrzaste (Le Mannier). Komórki śródbłonkowe w wysiękach opłucnych u chorych na zapalenie nerek są, według Widala i Ravauta i Doptera, mało zmienione i dobrze się barwią; w wysiękach, wywołanych przez dwoinki zapalenia płuc, przeciwnie leżą one pojedynczo i przedstawiają tak wielkie zmiany w protoplazmie i jądrze, że nieraz wprost niepodobna odróżnić ich od leukocytów jednojądrzastych, tembardziej, że komórki te posiadają również zdolności żerne (fagocytowe), skiero-

wane co prawda przeważnie przeciw pierwiastkom morfologicznym (krwinkom czerwonym, limfocytom, leukocytom wielojądrzastym i t. d.), nie zaś przeciwko drobnoustrojom.

Trzeba jednak wogólewy znać, że odróżnianie różnych gatunków krwinek białych i komórek śródbłonkowych napotyka nieraz, zwłaszcza w wysiękach starych, w których komórki ulegają często znacznym zmianom, na niepokonane przeszkody; tak np. postacie zwyrodniałe leukocytów wielojądrzastych i pomarszczone komórki śródbłonkowe w starych wysiękach opłucnych nieraz, jak stwierdzili Michaëlis i Wolff, z łatwością mogą być wzięte za limfocyty. Patella uważa nawet wszystkie limfocyty przesięków i wysięków za jądra zwyrodniałych komórek śródbłonkowych, które uwolniły się z protoplazmy. W każdym razie jednak należy przyznać, że dyagnostyka dzięki badaniu składu morfologicznego wysięków opłucnych zrobiła poważny krok naprzód. Doniosłe znaczenie tej metody uznaje większość badaczy, a znany klinicysta francuski Dieulafoy uważa ją za najlepszą i najpoważniejszą metodę.

Inne płyny, gromadzące się w jamach, poddano również szczegółowemu badaniu, lecz dane, otrzymane co do nich, nie są na tyle zgodne, żeby można było z nich korzystać, jako z oznak rozpoznawczych. Tak np. prof. Korczyński, Wernicki, Grenet i Vitry, Dopter i Tanton i inni znajdowali przy gruźliczem zapaleniu otrzewnej przewagę limfocytów, Widal zaś i Ravaut polinukleozę. Stosunkowo lepiej zbadano ciecz mózgowordzeniową (Widal, Sicard, Ravaut, Wenworth, Bernheim i Moser, Pfaundler, Lewkowicz i inni). Nie będę jednak rozwodził się o tych, bardzo zresztą ciekawych badaniach, ponieważ dotyczą one więcej dyagnostyki chorób nerwowych.

Obok badań składu morfologicznego płynów, gromadzących się w jamach, trwa nadal dążność do opracowywania metod, których zadanie stanowi wykrycie drobnoustrojów tam, gdzie ani badanie drobnowidowe, ani hodowle na pożywkach, ani wreszcie szczepienie na zwierzętach nie dają wyników dodatnich z powodu nader małej ilości drobnoustrojów w badanych płynach. Ogólne zajęcie wzbudziła pod tym względem metoda, ogłoszona w roku 1903 przez Jousseta pod nazwą inoskopii, a dotycząca wyszukiwania prątków gruźliczych w płynach krzepnących. Wychodząc ze spostrzeżeń, które dowiodły, że prątki gruźlicze we krwi, w wysiękach i innych płynach krzepnących nie opadają na dno naczynia ani przy staniu, ani na wirownicy, lecz pozostają w stanie zawiesiny i następnie podczas krzepnięcia płynu zostają chwycone przez skrzep, zaczął Jousset szukać prątków w skrzepie, poddając go przetrawieniu zapomocą obojętnej dla prątków gruźliczych cieczy, zawierającej pepsynę i kwas solny. Inoskopię zastosowali wkrótce Béclère, Vaquez, Masselin, Bonardi, Medewikow, Gargano i Nesti, Körmöczi i Jassniger, Hornowski i Pribram. — Jedni z tych badaczy byli zadowoleni z otrzymanych wyników, drudzy zaś zapatrują się na inoskopię pesymistycznie. Nowsza praca Żebrowskiego skłania nas stanowczo do zdania drugich, okazało się bowiem, że znaczna część prątków gruźliczych, wbrew zdaniu Jousseta, opada na dno naczynia nawet w razie szybkiego ścinania się wysięku; z drugiej zaś strony płyn Jousseta zmienia własności morfologiczne i zdolność barwienia się starych prątków gruźliczych.

Jeśli usiłowania Jousseta, by wyświetlić pochodzenie niektórych spraw patologicznych, skończyły się niepomyślnie, to poszukiwania bakteryologiczne, dotyczące poznania właściwości biologicznych surowicy krwi, nietylko ułatwiły rozpoznawanie choroby w poszczególnych przypadkach, lecz doprowadziły do odkrycia nowych spraw chorobowych i rozszerzyły nasze pojęcia o oddziaływaniu ustroju na wtargnięcie do niego drobnoustrojów chorobotwórczych. Temu kierunkowi w dyagnostyce dali początek Heidenreich, Charrin, Roget, I. Miecznikow, Bordet i Gruber i inni, którzy wykryli nader ciekawe zjawisko zlepiania się (aglutynacyi) drobnoustrojów pod wpływem surowicy u zwierząt, uodpornionych względem tegoż drobnoustroju: pod wpływem surowicy drobnoustroje tracą stopniowo ruchy, zbijają się w grudki i wreszcie opadają na dno probówki w kształcie kłaczkowatego osadu, pozostawiając nad sobą przejrzystą ciecz. Widal stwterdził, że tęż samą własność ma i surowica krwi u ludzi, dotkniętych chorobami zakaźnemi. (C. d. n.)

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala kraj. w Sarajewie.

O sprawności serca i o jej ocenianiu.

Skreślił

Prof. Dr Ludomił Korczyński.

(Ciąg dalszy.)

IV. W grupie czwartej mieszczą się te osoby, u których po silniejszych ruchach stwierdzić można stale objawy, świadczące o tem, że ich serce nie dobrze znosi większe wysiłki. Już bez szczegółowego badania stwierdzić tu można znaczniejsze przyspieszenie oddechów, zblednięcie skóry, a nawet pewne zaostrzenie rysów twarzy; po ruchach czują się tacy ludzie znużonymi i potrzebują spokoju i wypoczynku. Badanie dokładniejsze stwierdza rozlane uderzenia serca, przesunięcie uderzenia końca serca, przyspieszenie znaczne tętna, zmniejszenie się parcia krwi. Tętno jest w tych przypadkach małe, miękkie, tętnica wązka. Zmienia się także bardzo wyraźnie stosunek skurczu do rozkurczu i to w ten sposób, że skurcz trwa stosunkowo dłużej, czyli, że szybkość i siła prądu krwi, wypchniętej ze serca, jest stosunkowo mniejsza. Szczegóły te objaśniają dobrze następujące spostrzeżenie:

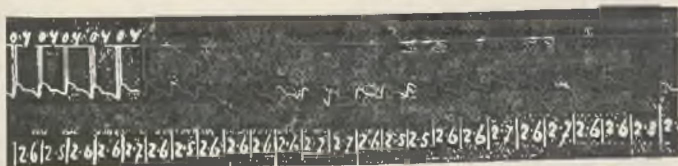
1. K. L., lekarz, lat 30. W spoczynku wymiary stłumienia serca: szerokość 7 cm., wysokość 7 cm. Parcie krwi w tętnicy sprychowej 150 mm., liczba tętna 75, skurcz trwa przez 0,1″, rozkurcz przez 0,75″; stosunek skurczu do rozkurczu: S:D = 1:7,5 (ryc. 17).

Ryc. 17. (Tętno w spoczynku).

Ryc. 18. (Tętno po ruchach).

Po ruchach, trwających 2 minuty, nastaje zmęczenie, skóra twarzy blednie, oddechy i czynność serca przyspieszają się bardzo znacznie. Rozmiary serca zwiększyły się; wymiar poprzeczny wynosił 8,25 cm., wymiar wysokości 7,5 cm. Parcie krwi opadło do 125 mm., tętno podniosło się do 106 w minucie, skurcz trwał przez 0,08″, rozkurcz przez 0,52″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S:D = 1:6,5 (ryc. 18).

W przeciągu około 20 minut uspokoiła się czynność serca, powrócił stan prawidłowy. Po powtórnych ruchach, które tym razem trwały nawet krócej, było zmęczenie jeszcze większe, aniżeli przy pierwszych; wymiar poprzeczny stłumienia serca wzrósł do 8,5 cm., parcie krwi opadło do 105 mm., tętno podniosło się do 115,4, skurcz trwał przez 0,08″, rozkurcz przez 0,44″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S:D=1:5,5 (ryc. 19).



Ryc. 19. (Tętno po powtórnych ruchach).

Jakkolwiek w spostrzeżeniach, które pomieściliśmy w grupie czwartej, występują na jaw szczegóły, świadczące o tem, że serce z pewną trudnością dostosowuje się do większych wymagań ustroju, to jednak nie można jeszcze utrzymywać, że narząd krążenia jest niesprawny, w tem znaczeniu, jak to zazwyczaj pojmujemy w klinice, gdy mówimy o niesprawności serca. Mamy wtedy na myśli wprost osłabienie serca, zmiany mięśnia sercowego. Pojęcie ściśle kliniczne oddzielić trzeba koniecznie od pojęcia fizyologicznego. W pojęciu fizyologicznem może mięsień sercowy być niedość silny, a jednak czynić jeszcze zadość potrzebom chwili. I czyni istotnie tak długo, dokąd przy pomocy urządzeń, normujących rozdział pracy, może w jednostce czasu wykonać tę pracę, która jest dla ustroju potrzebna. O ile siła jednego skurczu nie wystarcza, aby uczynić zadość owym potrzebom, rozdziela się praca, serce uderza częściej. Więc chociaż siła jednego skurczu jest słabsza, to jednak suma pracy wykonanej n. p. w minucie jest wystarczająca. Pracę serca ułatwiać także może w razie potrzeby układ tętniczy, o ile jest zupełnie prawidłowy. A więc i tętnice biorą udział »w dostosowywaniu się«. Współudział ten można wprost śledzić na krzywych tętna. Przy zwiększonych wymaganiach tętnice wiotczeją, drgania sprężystości maleją, wychylenia, powstające na ramieniu zstępującem, jako wyraz fali wstecznej, pojawiają się niżej i stają się wyraźniejsze. Niekiedy powstać nawet może obraz tętna dwubitnego.



Ryc. 20. (Tętno w spoczynku).



Ryc. 21. (Tętno po ruchach).

Takie tętno, zdjęte po ruchach z tętnicy sprychowej u młodego człowieka, dotkniętego niedomykalnością zastawki dwudzielnej, w okresie zupełnego wyrównania, odtwarza rycina 21. Rycina 20 daje obraz tętna tego samego chorego w spoczynku.

Gdy mowa o znaczeniu układu tętniczego dla ułatwiania pracy i działania serca w razie większych wysiłków, nie wolno pominąć roli drugiego jeszcze narządu, t. j. narządu oddechowego. Że ruchy oddechowe wspierają wogóle czynności serca i wywierają znaczny wpływ na tok obiegu krwi, jest powszechnie znane, ale zazwyczaj nie zwracamy tak bardzo uwagi na czynność płuc, na ruchy klatki piersiowej przy badaniu czynności serca. A jednak zmiany w tym kierunku zasługują także na uwzględnienie. U ludzi z sercem zupełnie zdrowem, silnem, rozporządzającem znacznym zasobem sił zapasowych, nie potrzebuje to serce pomocy. Czynności innych narządów idą zwykłym torem, mięsień sercowy, gdy zachodzi potrzeba, wystarcza sam przez się, nie żąda znikąd pomocy. Jeśli wszakże ta pomoc potrzebna, to niemal w pierwszym rzędzie dają ją płuca i wspierają serce przez pogłębienie lub przyspieszenie oddechów.

Spostrzeżenia, o których dotychczas mówiliśmy, jako o tych szczegółach, które pozwalają nam ocenić siłę serca, mogą nam dać tylko w przybliżeniu obraz tej siły. Aby ją ocenić ściślej i dokładniej, ująć poniekąd w cyfry, trzeba tę siłę w różnych warunkach zmierzyć. Bezpośrednio uczynić tego nie możemy. Ale pokusić się możemy o określenie pośrednie przez poznanie wyniku ich działania, czyli przez określenie pracy serca. Takie badanie, które na to pozwala, powinno też być istotnym celem dyagnostyki czynności serca, gdy chodzi o ścisłość i dokładność w przypadkach ważnych, gdzie jednak nie ma niewątpliwych objawów schorzenia serca.

Dotychczas nie rozporządzała klinika taką ścisłą metodą, bo nie jest nią ani sfigmografia, ani sfigmomanometrya. Dopiero najnowsze czasy zdaje się, że przyniosą pod tym względem pożądaną nowość w postaci przyrządu, obmyślanego przez Sahliego, nazwanego przez niego »sfigmobolometrem«.

Przyrząd ten jest poprostu manometrem rtęciowym, którego jedno ramię połączone jest z manszetem gumowym, używanym przy oznaczeniach parcia krwi w przyrządzie Riva-Rocciego, w drugiem zaś na powierzchni rtęci spoczywa podstawka przyrządu piszącego. Przy badaniu wtłacza się powietrze do gumowego pierścienia, okalającego ramię, a równocześnie porównywa się wysokość fal, kreślonych kolcem przyrządu piszącego na okopconym papierze. Najwyższa fala służy, łącznie z wysokością parcia krwi, przy którem powstaje, za podstawę obliczenia pracy serca. A mianowicie opiewa uproszczony wzór tego obliczenia: Praca = połowie wysokości fali tętna, pomnożonej przez sumę wysokości parcia krwi i wysokości fali tętna: $P = \frac{h}{2}(h + H)$. Jeśli n. p. najwyższa fala tętna, przy parciu 140 mm. wynosi 6 mm., wtedy $P = \frac{6}{2}(6 + 140) = 420$.

Ten uproszczony wzór powstał z wzoru fizycznego, według którego oblicza się pracę, będącą, jak wiadomo iloczynem z ciężaru i przebytej drogi. Ciężarem przy tych obliczeniach jest słup rtęci, podnoszonej przez falę krwi, drogą wysokość, na którą rtęć się wznosi. Gdyby manometr znajdował się w równowadze, wtedy ciężar słupa rtęci równałby się $r^2 \pi s h \cdot \frac{h}{2} = \frac{r^2 \pi s h^2}{2}$, gdzie r oznacza promień przekroju poziomego słupa rtęci, s ciężar właściwy rtęci, a h wysokość do jakiej słup rtęci się podnosi. Ponie-

waż jednak manometr nie znajduje się w równowadze, przeto w obliczeniu ciężaru, a więc w dalszym ciągu także pracy, uwzględnić trzeba różnicę poziomu rtęci, czyli uwzględnić ciśnienie manometryczne, przy którem czyniono zdjęcia fal tętna. Wzór przedstawi się wtedy: $P = \frac{h}{2}(H+h)\pi r^2 s$. Ponieważ iloczyn $\pi r^2 s$ jest dla każdego przyrządu liczbą stałą, przeto posługujemy się w oznaczeniach tą stałą liczbą. Dla uproszczenia całego postępowania opuszcza ją zresztą Sahli zupełnie i stąd powstaje wzór $P = \frac{h}{2}(H+h)$. Liczba, jaka z rachunku wynika, daje miarę pracy jednego skurczu. Jeżeli chodzi o obliczenie pracy w jednostce czasu, należy tę liczbę pomnożyć przez ilość skurczów serca, względnie ilość fal tętna, nakreślonych przez przyrząd w tejże jednostce czasu [1]).

Oznaczenia sfigmobolometryczne mogą mieć niewątpliwie wielkie znaczenie dla dokładniejszego poznania, a właściwie ściślejszego określenia siły serca przez porównanie wyników oznaczeń przed pracą i po pracy. Jako takie stanowić będą cenne uzupełnienie badań, które streściliśmy powyżej, gdy była mowa o zachowaniu się serca i o jego działaniu u takich osób, u których niema klinicznych znamion choroby serca. Ale same przez się nie mogą zupełnie wystarczyć i zupełnie zastąpić tych badań. Poznanie najwyższego parcia krwi, dokładne ocenienie obrazów i jakości tętna, rozpatrzenie się w stanie serca po ruchach, uwzględnienie ruchów narządu oddechowego i całego stanu badanych osób stanowić będzie zawsze o ostatecznym wyniku oceny narządu krążenia, dostarczać podstaw dla wskazówek, odnoszących się do sposobu życia i zachowania się badanych osób, oraz dla ich leczenia. Boć nawet tam, gdzie niema objawów klinicznej niesprawności serca, gdzie suma jego pracy jest zupełnie dostateczna, istnieć mogą pewne nieprawidłowości w sposobie dostosowywania się. Serce, działające z niepotrzebnym nakładem siły, trzeba poniekąd ułagodzić, nauczyć zachowywać odpowiednią miarę w działaniu, serce za mało pobudliwe naodwrót zaprawić do większej wrażliwości. Jedynie tylko w przypadkach fizyologicznej niesprawności mięśnia sercowego możnaby się opierać wyłącznie na oznaczeniu siły serca. Ale i tu wypadnie ocena lepiej i dokładniej, gdy będziemy rozporządzać innymi jeszcze szczegółami, zaczerpniętymi z badania tętna, serca, jako takiego, ruchów klatki piersiowej i t. d. (C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

Fr. Neugebauer (Warszawa). **Zur Lehre von der Zwillingsschwangerschaft mit heterotopem Sitz der Früchte.** (Przyczynek do nauki o ciąży mnogiej z heterotopią w osadzeniu się płodów). Lipsk 1907. Klinkhardt. Str. 168).

W ćwierćwiekową rocznicę swej pracy piśmienniczej oddał Neugebauer znowu literaturze ginekologicznej ogromną przysługę przez zestawienie z piśmiennictwa i ogłoszenie 170 przypadków ciąży mnogiej, w których poszczególne płody rozwijały się w różnych odcinkach narządu rodnego. W tej liczbie znajdują się dwa przypadki, spostrzegane przez autora. Zestawienie skrzętne i ścisłe, jak wszystkie prace autora, daje jasne i szczegółowe pojęcie o tej tak ważnej nieprawidłowości, a co ważniejsza, na podstawie tak obszernej kazuistyki zestawia autor wskazówki rozpoznawcze i lecznicze, co pracę tę czyni nietylko niezbędną dla specyalisty, ale bardzo pożyteczną dla każdego lekarza praktyka.

Autor pracę swą rozpoczyna od przytoczenia historyi chorób, bardzo pouczająco, a treściwie zestawionych, dodając tablicę synoptyczną, podającą częstość powikłania, wiek matek, okres ich życia płciowego, usadowienie pierwotne bliźniaka zewnątrz macicy wzrastającego, rozpoznanie, zejście dla matek i dla płodów, jakoteż leczenie. Pomyłki rozpoznawcze, jakie się często zdarzały, są w zupełności usprawiedliwione, zwłaszcza w przypadkach ciąży wczesnej; rozpoznanie staje się łatwiejszem w miarę dalszego rozwoju ciąży, o ile się pamięta o możliwości takiego powikłania. Słusznie zaznacza autor, że przy tych powikłaniach przeoczenie równoczesnej ciąży macicznej jest mniejszem złem, niż przeoczenie ciąży bliźniaczej zewnątrzmacicznej. Rozwijająca się ciąża zewnątrzmaciczna obok ciąży macicznej daje bezwzględne wskazanie do zabiegu operacyjnego, gdyż przy przerwaniu jej matka nierzadko ginie, a po przerwaniu ciąży zewnątrzmacicznej przerywa się też lub wikła bardzo niekorzystnie ciąża maciczna. Powikłanie omawiane jest dla matek niekorzystne, gdyż umiera wtedy, jak z zestawienia wynika, około 30% matek; stanie się ono mniej groźne, skoro za radę autora zawsze będzie się zważać w leczeniu przedewszystkiem na zdrowie matki, a nie będzie się łudzić przez wyczekiwanie co do utrzymania przy życiu płodów, zwłaszcza rozwijających się zewnątrz macicy, gdyż to może się tylko wyjątkowo przydarzyć. *Dobrowolski.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Fahr. **O połączeniu mięśniowem między przedsionkiem i komorą (pęczku Hisa) w sercu prawidłowem i o zbiorze objawów Adamsa-Stokesa.** (*Arch. Virchowa*, T. 188, Z. 3, str. 562). Spór, czy czynność serca jest wynikiem wyłącznej działalności mięśnia, czy nerwów, dotąd nie jest rozstrzygnięty. I jedni i drudzy wytaczają poważne dowody na poparcie swoich zapatrywań. Jeśli jednak jest słuszną teorya o mięśniowem pochodzeniu czynności serca, wedle której u ujścia wielkich żył do przedsionka prawego zaczyna się fala skurczowa i drogą mięśniową przenosi się na komory, toć naturalnie musi istnieć mięśniowe połączenie między przedsionkami, a komorami. Tymczasem do ostatnich czasów przypuszczano, że niema takiego połączenia, lecz przeciwnie, że przedsionki są w zupełności oddzielone od komór t. zw. pierścieniem włóknistym. Dopiero w roku 1904 niezależnie od siebie Bräunig i Retzer na pewno udowodnili połączenie mięśniowe między przedsionkiem, a komorą w postaci pęczka mięśniowego, który w okolicy błoniastej części przegrody (*pars membranacea sept.*) pierścień włóknisty przenika i to zarówno w sercu ludzkiem, jak różnych zwierząt. Wspominał o nim już w r. 1893 His, ale nie opisał go dokładnie. Pęczek ten w przegrodzie międzykomorowej rozdziela się na 2 ramiona i kończy się w samej przegrodzie. Do podobnych wyników doszedł Tawara. Badał on serca psów, kotów, owiec, cieląt i t. d. i podał dalsze szczegóły o przebiegu tego pęczka mięśniowego. Wedle niego owe 2 ramiona biegną pod wsierdziem, wszędzie dokładnie oddzielone tkanką łączną od otaczającego mięśnia sercowego, zwolna drzewiasto się rozgałęziają i dopiero ostateczne tych rozgałęzień zakończenia łączą się z mięśniem komory. Drobne te szczegóły wykrył T. tylko na sercu owczem, na innych mu się to nie udało, ale wyniki na sercu owczem uzyskane, przeniósł jednak T. przez analogię i na inne serca. Autor na podstawie swoich badań w zupełności potwierdza, co Bräunig i Retzer o pęczku Hisa podają; zauważył on tylko, że pęczek, przedostawszy się przez pierścień włóknisty, z początku biegnie poziomo i dopiero potem się rozdziela na 2 ramiona, które dość stromo w dół biegną, otoczone tkanką łączną, i w końcu łączą się z mięśniem serca, nie rozdzieliwszy się jednak przedtem już ani razu. Nie godzi się autor z Tawarą: nigdy podziału dalszego, drzewiastego nie widział w sercu ludzkiem, ani prawidłowem, ani zmienionem, ani u człowieka dorosłego, ani u dziecka, ani u płodu. Natomiast najzupełniej godzi się na to, co Tawara pisze o sercu owczem. Nie miał więc wedle autora racyi Tawara, przenosząc bez zastrzeżeń szczegóły, stwierdzone u owiec, na ludzi.

[1]) Dokładny opis przyrządu, oraz szczegółowe przedstawienie całej sprawy por.: »Deut. med. Wochenschrift« 1907, Nr 16, str. 628 i Nr 17 str. 672.

Jeżeli fala skurczowa po pęczku Hisa z przedsionka biegnie do komory, to zważywszy, że pęczek ten wynosi około 40 mm., łatwo sobie wytłómaczyć pauzę między skurczem przedsionka i skurczem komory. Na przerwę między skurczem przedsionka i komory wpływa i to, — o ile pęczek Hisa wogóle skurcz przenosi, — że związek między pęczkiem, a otaczającym mięśniem i po stronie przedsionka nie jest bezpośredni. Drobne włókienka mięśniowe, przechodzące przez warstwę tłuszczu, otaczającą pęczek, zwolna się schodzą i łączą w rzeczony pęczek Hisa.

Ciekawe spostrzeżenia poczynił autor na tym pęczku w sercach ludzi, którzy ginęli wśród objawów Adams-Stokesa. Autor z góry przypuszczał, że w tych przypadkach należy szukać przyczyny w owym pęczku Hisa, i istotnie w przypadkach tych znalazł tam zmiany. Miał sposobność badać trzy takie przypadki, ale tylko dwa zbadał zupełnie dokładnie. W jednym przypadku guz, prawdopodobnie kilak, tkwiący w przegrodzie, zniszczył pęczek w miejscu, gdzie opuszcza on pierścień włóknisty, w drugim zaś znalazł autor w miejscu, gdzie się pęczek zwykle rozdziela, bliznę, która zajęła miejsce lewego ramienia pęczka, prawe ramię pęczka pozostało nietknięte, ale tylko aż do miejsca połączenia się z mięśniem sercowym, bo tam znowu było ognisko włóknistej tkanki łącznej. W obu tych przypadkach była zatem przerwana ciągłość pęczka. Podobne spostrzeżenie do tego ostatniego powiodło się w ostatnich czasach zrobić Schmollowi (włókniste zwyrodnienie pęczka tuż pod pierścieniem włóknistym). Na tej podstawie autor tłómaczy zbiór objawów Adams-Stokesa zmianami anatomicznemi w pęczku Hisa i podnosi, że szczegóły przez niego stwierdzone również za mięśniową teoryą ruchów serca przemawiają; w każdym razie koordynacya skurczów przedsionka i komory związana jest ze stanem mięśnia sercowego, bo zależy od pęczka Hisa. *Stahr.*

Wiesiołkin. **O wpływie powietrza, zawierającego 5—10 prc. CO_2 na ciepłotę prawidłowego i gorączkującego ustroju.** (Doniesienie tymczasowe). (*Russkij Wracz* 1907, Nr 14). Do badań (w pracowni patologii ogólnej prof. Albickiego w Petersburgu) używał autor głodzonych psów i królików. Gorączkę wywoływał 2 sposobami: wstrzykiwaniem pod skórę terpentyny i wprowadzaniem do krwi gnijącego nastoju mięsa. U prawidłowych zwierząt zrobiono 9 doświadczeń: 2 — z 10 prc. CO_2, 7 — z 5 prc. CO_2. U zwierząt gorączkujących wykonano 13 doświadczeń; z nich 11 — z 5 prc. CO_2, 2 — z 10 prc. CO_2. W 2 przypadkach doświadczenie trwało 3 godz., w 2—12—25 godzin, zresztą 5—9 godzin. We wszystkich przypadkach mieszanina gazów zawierała prawidłową ilość tlenu. W 9 doświadczeniach zwierzęta zaczynały oddychać mieszaniną gazów, zawierającą CO_2, wtenczas, gdy gorączka sięgała pewnej stałej wysokości; w 4 doświadczeniach — zaraz po wprowadzeniu substancyi, wywołujących gorączkę. Okazało się, że na prawidłową ciepłotę powietrze, zawierające CO_2, działa różnie, zależnie od zwierzęcia i ilości zawartego w powietrzu CO_2. Króliki były wrażliwsze od psów: obecność 5 prc. CO_2 w powietrzu obniżała ciepłotę u królików o 0,4—0,7 prc. C., u psów zaś ciepłota prawie zupełnie się nie zmieniała, spadając o 0,6—0,9° C. tylko w obecności 10 prc. CO_2. To działanie (u królików i u psów) trwało tylko pierwsze 1—1½ godziny, potem, mimo dalszego trwania doświadczenia ciepłota powracała do pierwotnej wysokości i nie zmieniała się już do końca. Na gorączkową ciepłotę działa CO_2 więcej i stalej i to jednakowo u królików i u psów. Przy 5 prc. CO_2 ciepłota spadała o 0,4—1,6 prc., tak że ciepłota w połowie doświadczeń sięgała prawidłowej wysokości, w drugiej zaś połowie przewyższała prawidłowo 0,4—0,8 prc. Obniżenie ciepłoty było tem większe, im wyższa była gorączka. Pod wpływem 10 prc. CO_2 ciepłota gorączkowa we wszystkich przypadkach spadała do poziomu prawidłowego. Gdy zwierzę zaczynało po doświadczeniu oddychać zwykłem powietrzem, ciepłota znów się podnosiła do pierwotnej gorączki, lecz bardzo powoli, a po kilku doświadczeniach nigdy już nie powracała do tej wysokości, jaka była przed doświadczeniami. Otrzymuje się przeto wrażenie, że CO_2 obniża gorączkę nietylko przy jego wdychaniu, lecz na jakiś czas i po wdychaniu. Gdy zwierzęta zaczynały oddychać 5 prc. CO_2 zaraz po wstrzyknięciu terpentyny lub gnijącej cieczy, ciepłota wzrastała powoli i sięgała mniejszych liczb. Jeżeli potem zwierzę oddychało zwykłem powietrzem, gorączka rosła bardzo prędko. U wszystkich zwierząt podczas trwania doświadczenia były ruchy oddechowe głębsze i częstsze. Żadnego wpływu trującego CO_2 autor nie zauważył ani na zwierzętach, ani na sobie (wdychał 5 prc. CO_2 w ciągu 1 godziny). Na podstawie swych badań dochodzi W. do wniosku, że CO_2 jest środkiem obniżającym ciepłotę i, zestawiając swoje dane z faktem, że podczas gorączki ilość CO_2 we krwi znacznie się zmniejsza, rzuca pytanie, czy może i prawidłowe wahania CO_2 w krwi tętniczej, nie są przypadkowem i bezcelowem zjawiskiem, lecz mają mniej więcej ważne znaczenie w sprawie termoregulacyi i wahań ciepłoty prawidłowej. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Doc. Rubaszkin. **Nowy sposób przylepiania preparatów celoidynowych.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 16). Na zupełnie suchem i czystem szkiełku przedmiotowem rozciera się kroplę mieszaniny białka (2 cz.) z gliceryną (1 cz.) w cieniutkiej warstwie palcem; przy krajaniu skrawków używać trzeba 50° (nie ponad 60°) spirytusu. Przeniosłszy skrawek na szkiełko, wygładza się go igłą lub pędzelkiem, usuwa się nadmiar spirytusu bibułą szwedzką, nalewa się na skrawek mieszaniny olejków gwoździkowego i anilinowego (1: 1), a gdy skrawek stanie się (po 3—5 min.) zupełnie przeźroczysty, usuwa się olejki przez pogrążenie szkiełka ze skrawkiem w 90° spirytusie; wreszcie przechowuje się w 70° spirytusie aż do barwienia. Celoidynę można rozpuścić, działając potem 96° lub bezwodnym wyskokiem przez 5 min., następnie mieszaniną wyskoku z eterem (1: 1), z której preparat stopniowo przenosi się do wyskoku 90°, 70° i t. d. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Kałamkarow. **W sprawie doświadczalnej miażdżycy tętnicy głównej u królików i o wpływie na tę sprawę związków jodu.** (*Russkij Wracz* Nr 11, 1906). Autor wstrzykiwał (w pracowni farmakologicznej prof. Krawkowa w Akademii) jednej seryi królików adrenalinę, drugiej — adrenalinę i jednocześnie jodypinę lub NaJ; zmiany miażdżycowe w drugiej seryi były znacznie większe, niż w pierwszej. Początkowe zmiany w tętnicy głównej znalazł autor także u jednego królika, któremu wstrzykiwano czysty NaJ (0,1—10 prc. rozczynu). Badając tętnice główne u wszystkich królików, które zginęły po różnych innych doświadczeniach, znalazł autor w 3 przypadkach z 30 miażdżycę; u jednego z królików znaleziono tętniaka. Na podstawie tego możnaby więc przyjąć, że miażdżycę tętnicy głównej u królików spotyka się niekiedy i bez wszelkich wstrzykiwań; wstrzykiwania tylko zwiększają miażdżycę już istniejącą. Wskutek tego nie można sądzić, jak działają związki jodu na sztuczną miażdżycę. (Mojem zdaniem, jednoczesne wstrzykiwanie adrenaliny i związków jodu nie może wpływać na sprawę powstawania miażdżycy, gdyż adrenalina działa toksycznie na śródbłonek naczyń odżywczych (*vasa vasorum*), jod zaś na śródbłonek nie wywiera żadnego działania; cel może mieć tylko badanie działania jodu na przebieg już istniejącej miażdżycy, gdy skutkiem niedrożności naczyń odżywczych powstanie martwica w błonie środkowej i naciek naokoło zwapnień, na który to naciek jod wywiera wpływ. *Przyp. spr.*). *Z. Orłowski* (Ptbg.).

Położnictwo i ginekologia.

Hocheisen. **Spostrzeżenia kliniczne i radyologiczne w 16 przypadkach cięcia przyłonowego (pubotomii), wykonanego igłą.** (*Archiv f. Gyn.* tom 80, zeszyt 1). Autor poleca postępowanie jak najściślej podskórne, bez nacięć i kontroli palcem. Jest ono następujące: przed operacyą wypuszcza się mocz cewnikiem, celem przekonania się, czy mocz nie zawiera krwi, jak to się zdarza przy przewlekających się porodach; jeżeli się tej ostrożności nie zachowa, to trudno później rozstrzygnąć, czy przypadkiem przy operacyi nie nastąpiło uszkodzenie pęcherza. Następnie wkłuwa się igłę Bumma na dolnym brzegu kości łonowej między dużą i małą wargą sromową, przesunąwszy wargę małą wraz z łechtaczką ku środkowi, przeprowadza się igłę ściśle około samej kości, obniżywszy silnie trzonek igły, a drugi palec lewej ręki wprowadza się do pochwy celem kontroli. Igłę należy przeprowadzać zawsze więcej w kierunku dośrodkowym, aby ją wykłuć w linii środkowej, poczem do igły przyczepia się piłeczkę i przeprowadza z powrotem przez kanał wkłucia. Teraz zakłada się naokoło obu kończyn dolnych razem złożonych opaskę i przepiłowuje się kość o ile możności pionowo, aż powstanie szpara, nad którą czuć tylko części miękkie, które też wówczas w całości w tę szparę wgnieść można. Tylko wtedy ma się pewność, że okostna przednia i więzadła zostały istotnie przepiłowane, co dla dostatecznego rozstępu jest koniecznie potrzebne. Wyciągnąwszy piłeczkę, uciska się natychmiast silnie miejsce wkłucia i wykłucia igły gazikami, i to najwyżej ½—1 minuty. Następuje rozwiązanie rodzącej, obejrzenie kanału rodnego i wygniecenie łożyska. Szyjąc krocze, (jeśli tego potrzeba), należy unikać, o ile tylko można, silniejszego rozkładania kończyn. W końcu wyciska się przez dolny otwór wkłucia krew, która tymczasem nagromadzić się mogła w kanale

przejścia piłeczki, i wprowadziwszy do pęcherza cewnik na stałe, zakłada się odpowiedni opatrunek uciskający. W tym celu, uciskając stale okolicę spojenia łonowego, wypycha się pochwę mocno gazą wioformową, a nadto pokrywa się gazą i watą od zewnątrz całą okolicę sromu; jeżeli macica stoi wysoko, należy ją wcisnąć do małej miednicy i ręcznikami ustalić. Celem ustalenia całego opatrunku zakłada się w końcu na brzuch dobrą opaskę brzuszną, a między kończyny opaskę w formie litery T. Po dobie wyjmuje się tampony pochwowe i pozostawia tylko lekko uciskający opatrunek, który od trzeciego dnia wogóle należy usunąć; w tym samym dniu usuwa się cewnik, stosuje lewatywę i pierwszy raz dokładnie oczyszcza srom. Taki sam opatrunek uciskający od zewnątrz i od pochwy należy zastosować zaraz po przepiłowaniu kości, jeżeli się czeka na poród samorodny. Po wydaleniu płodu wraz z tamponami postępuje się jak wyżej. Przy dostatecznej wprawie od wprowadzenia igły aż do ukończenia porodu zapomocą kleszczy, upływa ledwo 2—3 minut. Cięcie przyłonowe daje lepsze rokowanie u wieloródek, u których też skaleczenia i naddarcia tkanek są rzadkie. U pierwiastek należy operacyę tę wogóle ograniczyć, a ze względu na łatwiej powstające naddarcia wykonywać ją o ile możności w klinikach lub sanatoryach, nigdy zaś w prywatnym domu. Zapomocą rentgenogramów i na podstawie wyników porodowych przekonał się autor, że rozstęp miednicy występuje tem pewniej i łatwiej, im bliżej spojenia łonowego przepiłowano kość; im bliżej zaś otworu zasłonowego, tem rozszerzenie miednicy występuje trudniej i nigdy w tak znacznym stopniu. Przez badania na zwłokach i przy wykonaniu operacyi stwierdzono, że okostna u rodzących tak luźnie przylega do kości, iż z łatwością igła daje wprowadzić się między okostną i kość bez osobnego nacinania okostnej i bez pomocy palca przy jej oddzielaniu. Po operacyi i przy należytym rozstępie kości, najlepiej skorzystać od razu z uśpienia i rozwiązać rodzącą zapomocą kleszczy. W rzadkich tylko przypadkach i to u wieloródek, jeżeli po operacyi czaszka płodu jeszcze się nie przystosowała, a nic nie nagli do ukończenia porodu, można czekać na poród siłami natury. Za najkorzystniejszy zabieg rozwiązujący należy uważać założenie kleszczy, a bardzo rzadko tylko obrót i wyciągnięcie płodu. Stopień ścieśnienia miednicy, przy którym operacya daje dobre wyniki, szacują ogólnie na 6·75—6·5 ctm. (c. v.); czynnikiem rozstrzygającym jest jednak przedewszystkiem wielkość niestosunku między główką płodu a miednicą; z tego powodu może czasem powstać wskazanie do cięcia przyłonowego przy prawidłowej miednicy, ale dużej i niekorzystnie ustawionej główce. Zakażenie wyłącza wykonanie operacyi. Jako następstwa cięcia przyłonowego podają niektórzy dość częste występowanie zmian w położeniu pęcherza moczowego, pochwy i macicy.

Dr E. Ehrenpreis.

J. Bucura. **Wykrycie tkanki chromochłonnej i prawdziwych komórek zwojowych w jajniku.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr 23, 1907). Badając jajniki 55-letniej kobiety, operowanej z powodu zmięknienia kości, napotkał autor charakterystyczne komórki, dotychczas nie opisane, dwojakiego gatunku, jedne wyraźnie chromochłonne (chromaffin), drugie mające kształt i charakter komórek zwojowych. Spostrzeżenia swe streszcza B. w następujących słowach: »W obu jajnikach można było znaleźć grupy komórek i pojedyncze komórki o drobnoziarnistej pierwoszczy, małem okrągłem jądrze, wyraźnie chromochłonne, między któremi widzieć można wiele typowych komórek zwojowych, t. j. jednobiegunowych wielkich komórek o wielkiem jasnem jądrze z jąderkiem i o typowej osłonce. Stosunek tych grup komórek do nerwu można było dokładnie stwierdzić; przylegały one bowiem do nerwu w grupach nieściśle ograniczonych, po części znaleźć je można było wśród jego pochewki, albo też były one otoczone pochewką łącznotkankową, a przez środek przebiegał gruby pień nerwowy. Jestto więc dowód niewątpliwy, że w jajniku ludzkim istnieje tkanka chromochłonna z prawdziwemi komórkami zwojowemi«. Znamienne te komórki znajdują się we wnęce jajnika i widzieć je można dokładnie w skrawkach świeżych niebarwionych, jak i barwionych. *Engländer.*

Grünbaum. **Wydzielanie mleka po wytrzebieniu.** (*Deutsch. med. Wochs.* 1907, Nr 26). Stosunek wydzielania się mleka do części rodnych nie zupełnie jest jasny. Wiemy, że u dziewic i staruszek spotkać można czasem obfite wydzielanie się pokarmu. Na Jawie karmieniem specyalnie zajmują się staruszki. Skład ich mleka jednak nieco się różni od pokarmu matek. Landau spostrzegał wydzielanie się mleka po obustronnem wycięciu jajników. Podobnież spostrzegał aż 14 przypadków, w których po usunięciu jajnika, przeważnie w 3 tygodniu po operacyi, rozpoczęło się wydzielanie mleka, trwające czasem i kilka miesięcy. Halban tłómaczy to zjawisko tem, że jajniki mają wpływ hamujący na czynność gruczołów mlecznych. Usunięcie jajników jest więc zarazem pobudką do wytwarzania się mleka. *Klęsk.*

Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1903, oraz 1901/2.

Streścił **prof. dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

13. Gminna służba zdrowia.

Od r. 1900 do 1903 wzrosła liczba okręgów sanitarnych ze 109 na 127, nie licząc 9, które były czasowo nieobsadzone. Gdzieindziej już podnosiliśmy, że przyrost okręgów sanitarnych jest zbyt powolny. Wytyka to i Rada zdrowia (190¹/₂), która jeszcze w r. 1900 energicznie przedstawiała Sejmowi konieczność szybszej akcyi i wskazywała na inne kraje Austryi, gdzie obsadzano niemal odrazu wszystkie okręgi. I w Galicyi jest już dostateczna na to liczba lekarzy. Z końcem r. 1903 było jeszcze 9 takich powiatów, w których nie było ani jednego lekarza okręgowego. Wśród tych powiatów znalazł się jeden taki (mielecki), gdzie Wydział powiatowy nie tylko nie chciał ustanowić bodaj jednego lekarza okręgowego lub akuszerki okręgowej, ale nawet powiatowej komisyi sanitarnej! Na płace lekarzy okręgowych i ryczałty na ich podróże wydał kraj i powiaty w r. 1902 ogółem 219,688 kor., (w r. 1903—224,918), co czyni na głowę ludności średnio ledwo 3 halerze, a gdyby doliczyć nawet płace lekarze gminnych (w r. 1902—104,011 kor.), to wypadnie na głowę ludności ledwo 4·4 h. Rada zdrowia wskazuje na to, że w Tyrolu wynosi wydadek na ten cel 46 hal. na głowę, a nawet w Dalmacyi 21 h. i podnosi, »że żaden z tych krajów nie uważa tego wydatku za marnotrawstwo«. Ale i na tak wymowne porównania był Wydział krajowy dotąd głuchy. Dodajmy, że każda nowa posada okręgowa obciąża kraj stosunkowo bardzo mało, bo np. w r. 1903 wynosiła płaca jednego lekarza okręgowego łącznie z ryczałtem na podróże zaledwo 1771 kor. Powolnego przymnażania okręgów sanitarnych nie możnaby więc tłómaczyć nawet taką wymówką, że niepodobna tworzyć liczniejszych naraz okręgów, bo każdy nowy znacznie zwiększa wydatek...

Starania lekarzy okręgowych o odpowiednią zmianę ustawy o organizacyi okręgowej służby zdrowia, poparte przez Radę zdrowia jeszcze w r. 1901, zaledwo w r. 1904 skłoniły Sejm do uchwalenia niektórych ulepszeń. Starania zaś ich o zapewnienie emerytury, ponawiane przez szereg lat i energicznie popierane przez Radę zdrowia, po dziś dzień nie odniosły skutku, a zapowiedziany projekt odpowiedniej ustawy nie został w wiosennej sesyi tegorocznej (1907) do Sejmu wniesiony.......

Wszystko to dzieje się w kraju, w którym, jak stwierdza Rada zdrowia (1903) »działalność lekarzy okręgowych zyskuje coraz więcej uznania wśród ludności«, co już samo przez się wskazuje na to, jak ta działalność jest wogóle gorliwą i wzorową. A jednak np. w powiecie bocheńskim jeden z tych lekarzy mimo, że »zasłużył na zupełne uznanie, mimo 2¹/₂ letniej służby niezwykle gorliwej, dotąd (1903) nie uzyskał stabilizacyi...« Stanowisko władz autonomicznych wobec lekarzy okręgowych sprawia doprawdy wrażenie, jakby szło o zrobienie na przekór władzom rządowym, które w interesie kraiu starają się lekarzy tych ile możności popierać. I gdy np. Namiestnictwo w okólnikach do starostów (23. IV. 1903, L. 16,179) zaznacza »z całym naciskiem konieczność popierania lekarzy okręgowych i gminnych« i nakazuje delegować ich do zwalczania epidemii, wynagradzając z funduszów rządowych, to Wydział krajowy....... obniża im (1903) dyety za szczepienia krowianki z 7 na 6 koron, pod pozorem, że także rząd nie płaci za to lekarzom rządowym pełnych dyet, chociaż, jak słusznie podnosi Rada zdrowia, zasada taka tylko wtedy byłaby słuszną, gdyby lekarze autonomiczni pobierali płace, równe płacom lekarzy rządowych. A do tego bardzo, bardzo daleko.

Powiatowe komisye zdrowotne nie istnieją dotąd w wielu jeszcze powiatach, a tam, gdzie istnieją, zbierają się zbyt rzadko. A jednak już jedno posiedzenie w roku może przynieść znaczny pożytek. Dowód tego przytacza Rada zdrowia z powiatu myślenickiego, gdzie w r. 1903 było wprawdzie tylko jedno posiedze-

nie, ale uchwały jego zostały wykonane i mają trwałą doniosłość (w ciągu roku zbudowano w powiecie 75 studni i rozpoczęto gromadzić fundusze na budowę szpitala). Na przykładzie zaś 2 posiedzeń komisyi zdrowotnej w powiecie rawskim dowodzi Rada zdrowia, że przedmiotów pracy dla takiej komisyi w każdym powiecie jest dosyć i zajęcie się nimi może uwieńczyć poważny skutek. Ale nasuwa się tu uwaga, że niepodobna sądzić zbyt surowo komisyi zdrowotnych powiatowych, gdy w miastach stołecznych miały taki przykład, jaki dawał wówczas Kraków. W r. 1903 nie odbyła komisya sanitarna krakowska ani jednego posiedzenia! (Stosunki te poprawiły się dopiero w r. b., 1907, gdy je wytknęliśmy w »Przeglądzie«). Nietylko w tem jednem pozostawał Kraków w tyle. Gminna służba zdrowia składała się w Krakowie w r. 1903 (i składa się po dziś dzień!) wszystkiego z 4 lekarzy, już wtedy było ich przeto co najmniej o 2 mniej, niż tego wymaga rzeczywista potrzeba i niż nakazuje ustawa. Dziś, jak już podnosiliśmy z końcem r. z., powinnoby być w Krakowie co najmniej 7 lekarzy miejskich. We Lwowie było w roku 1903 oprócz okulisty miejskiego 9 lekarzy, którzy odbyli 12 posiedzeń lekarskich, a komisya sanitarna odbyła prócz tego posiedzeń 8.

W 65 samoistnych gminach sanitarnych (mniejszych miastach galicyjskich) było w r. 1903—79 lekarzy gminnych; Przemyśl i Stanisławów miały po 3 lekarzy, a więc niemal tyle, co Kraków! Niestety tylko 4 miasta (Tarnów, Rzeszów, Przemyśl i Buczacz) ogłaszają publicznie sprawozdania z działalności lekarzy gminnych. (W r. b. poszło za tym chwalebnym przykładem także Podgórze, o czem zdawaliśmy sprawę w nr. 20 »Przeglądu«, wspominając o sprawozdaniach z Buczacza i Rzeszowa; z Tarnowa i Przemyśla nie otrzymaliśmy sprawozdań ani za rok 1905, ani za 1906; czyżby nie wyszły?). Rada zdrowia słusznie ubolewa nad tem, że na 65 samoistnych gmin sanitarnych tylko z 4 wychodzi takie świadectwo pracy lekarzy wobec społeczeństwa i zachęta dla gmin do dalszych wydatków na cele zdrowotne, pomimo, że wśród lekarzy gminnych znajduje się wielu młodych, zdolnych i energicznych pracowników.

Płace tych 79 lekarzy gminnych kosztowały w roku 1903 wogóle 157,713, średnio więc na jednego lekarza niespełna tylko 2,000 koron. Prócz tego jeszcze w 38 gminach otrzymywali lekarze za pełnienie niektórych obowiązków lekarzy gminnych wynagrodzenia od 150 (sic!) do 1400 koron rocznie. Ponieważ taki stosunek jest niekorzystny zarówno dla gmin, jak i dla lekarzy, przeto zarządziło Namiestnictwo w r. 1903, by gminy takie zorganizowano stopniowo, jako samoistne gminy sanitarne.

Wielkim brakiem w istniejących już samoistnych gminach sanitarnych jest to, że przeważnie nie posiadają one domów izolacyjnych dla chorych zakaźnych, lokalów dla doraźnej pomocy i dla ubogich rodzących, lub też obróciły przeznaczony na to lokal na inne cele. Ale i tu niestety przykład idzie z góry, a prowincya może dotychczas szukać wymówki w stosunkach stołecznych.

Położnych okręgowych było w r. 1900—383, gminnych 249, w r. 1903 było zaś okręgowych 481, gminnych 305; posad gminnych przybyło w r. 1903 nierównie więcej (35), niż okręgowych (17), co jest zdaniem Rady zdrowia niewątpliwie odpowiedniejsze. Niestety, postęp pomocy położniczej w kraju natrafia na rozmaite przeszkody, jak bardzo nizka płaca położnych (okręgowych średnio 169 kor., gminnych nawet tylko 123 kor. rocznie!), brak poparcia akuszerek egzaminowanych przez ludność wiejską, a wreszcie (»co dziwniejsze«, jak się eufemistycznie wyraża Rada zdrowia, »co bardziej oburzające«, jak nie wahalibyśmy się powiedzieć) to, że »niektóre Rady powiatowe (Przemyśl 1903) nie chcą nic wiedzieć o organizacyi służby położniczej«. W końcu r. 1902 nie było ani jednej położnej gminnej w 16, ani jednej położnej okręgowej w 9, ani jednej położnej na posadzie (gminnej czy okręgowej) w 3, tylko po jednej lub 2 położne na posadzie w 4 powiatach! Niechęci zwierzchności gminnych przy takich przykładach nawet dziwić się nie można; a co taka niechęć znaczy, na to wskazuje fakt, że w jednym tylko powiecie było nieobsadzonych wskutek tego posad w jednym r. 1903—pięć!

14. Krajowa Rada zdrowia

odbyła w roku 1901 posiedzeń 10 (załatwiono spraw 76), w r. 1902—14 (spraw 71), w r. 1903—11 (spraw 75).

(C. d. n.)

W sprawie położnych w Galicyi.

Projekt poprawy stosunków.

Podał

dr Piotrowski.

(Według odczytu w Tow. lekarskiem krakowskiem dnia 13 lutego 1907).

(Dokończenie.)

Z kolei należy się zastanowić nad pytaniem, czy uzasadnionem jest zwalczanie babek wiejskich, i jak dotychczas z niemi się postępuje.

Na dowód, że zwalczać babki należy, mógłbym przytoczyć cały szereg przykładów, wskazujących, jak wielkie szkody lud przez nie ponosi. Powołam się na to, co już wspomniałem, że we własnym interesie starają się babki nie dopuścić na wieś lekarza, przyczyniają się przeto pośrednio do rozwlekania się chorób nagminnych. Odwlekając wezwanie lekarza w przypadkach poważnych, są babki często przyczyną śmierci matek lub dzieci. Nie mając pojęcia o czystości, narażają rodzące na ciężkie zakażenia, kończące się śmiercią lub ciężką i długą chorobą. Podnieść tu należy jeszcze śluzoropotok oczu noworodków, kończący się ślepotą; ociemniałych z tego powodu mamy w Galicyi kilka tysięcy, jak na to wskazywałem, pisząc o stosowaniu protargolu u noworodków. Wreszcie samo postępowanie babek z rodzącemi jest nieraz wprost straszne, przypominając tortury średniowieczne. Nie zamierzam wymieniać wszystkich zabobonów, jakich babki używają przy łóżku rodzącej; wystarczyłoby to na osobny odczyt; wspomnę tylko o smarowaniu pochwy mydłem, przecinaniu krocza kozikiem, podawaniu jajecznicy z trzaskami, sadła z tłuczonem szkłem, wieszanie rodzącej za nogi, okładanie rodzącej nawozem; są to rzeczy wprost zagrażające życiu.

Jakąż opieką otacza władza kobiety rodzące przeciw podobnym wybrykom?

Rozporządzenie ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 6. marca 1859 (Nr 57) str. 692 przepisuje, że w miejscowościach, gdzie znajdują się położne lub dokąd położną łatwo sprowadzić można, mają władze polityczne występować przeciw osobom, trudniącym się bezprawnie udzielaniem pomocy położniczej za zapłatą i w sposób zarobkowy i karać je grzywną lub aresztem w granicach, przysługujących politycznej władzy co do wymiaru kary.

Tak więc ustawa daje starostwom władzę zwalczania babek, gdyby tylko z ustawy tej chciały korzystać.

Okólnik Namiestnictwa gal. z 10. czerwca 1895, l. 37.834, objaśniający to rozporządzenie, określa sprawę jeszcze dokładniej w słowach następujących: »Poleca się przeto starostwu, by w okręgach akuszeryjnych zorganizowanych zabroniło w gminach, do okręgu wcielonych, jak najsurowiej babkom wiejskim trudnić się udzielaniem pomocy rodzącym. Ponieważ w każdej gminie znane są dobrze te kobiety, które się trudnią babieniem, dla pewniejszego skutku należy do każdej imiennie wystosować zakaz. Przekraczające ten zakaz, o ile do nich nie będzie można zastosować ustawy karnej, ulegną karze administracyjnej według rozporządzenia minist. z 30 września 1857 (dz. Nr 198)«.

Niestety starostwa zwykle nie korzystają z przysługującego im prawa i jeżeli pojawią się liczne skargi na babkę, oddają sprawę sądowi; sądy zaś, rozpatrując sprawę, trzymają się przesadnie ściśle ustawy, a mianowicie określenia »za zapłatą i w sposób zarobkowy»; ponieważ tego babce udowodnić nie można, zapada zawsze wyrok uwalniający. Że babka bierze »zapłatę za pomoc położniczą«, tego nie można jej udowodnić, bo, jak już nadmieniłem, za »poród« wprost nic nie bierze, pieniądze bierze tylko tytułem wynagrodzenia za posługi; nadto ojciec dziecka może śmiało przysiądz, że babki nie wzywał, bo po babkę nigdy nie chodzi nikt z rodziny, tylko sąsiadka lub kuma. Aby sprawę przewlec, świadkowie nie stawiają się na termina do sądu, przedkładając świadectwa, że są chorzy, wydane przez pisarza lub wójta, którzy zawsze trzymają stronę babki. Tak sprawa w sądzie przeciąga się latami, a babka dalej bezkarnie praktykuje. Jeden z lekarzy powiatowych skarżył się, że 3 lata w ten sposób sprawa się ciągnie i mimo udowodnionej winy nic babce zrobić nie można. Postępowanie to zniechęca i położne i lekarzy do występowania przeciw babkom. Jeżeli wreszcie rozprawa dojdzie do skutku, nigdy nie znajdą się świadkowie dowodowi na praktykowanie babki »w sposób zarobkowy«. Zasądzona zaś (wyjątkowo) babka nic sobie z tego

nie robi, praktyki i »honoru« nie traci, ... odsiedzenia kary odkłada sobie na zimę, kiedy niema zajęcia przy gospodarstwie, i kiedy, jak same babki mówią: »posiedzieć w kozie nic nie szkodzi, dostanie się dobrze jeść, dwa razy na tydzień mięso, wyśpi się należycie«. To też dlatego tylko młode, niedoświadczone położne występują przeciw babkom; starsze wyrzekają się wszelkich prób, bo wiedzą, że babce nic nie zrobią, a same narażą się tylko na straty materyalne, jeżdżąc na termina do sądu.

Jednem słowem, choć należy koniecznie zwalczać babki tam, gdzie są położne, to sposób dotychczasowego postępowania jest zły i nie odnosi żadnych skutków.

Należy przeto zastanowić się nad tem, w jaki sposób zaradzić złemu. Przedewszystkiem zadaniem lekarzy powiatowych jest starać się potworzyć jak najwięcej okręgów akuszeryjnych, obejmujących po 2, najwyżej 3 wsie, postarać się u władz autonomicznych, aby przysyłały do szkoły położnych kobiety wiejskie, dając im na czas nauki stypendya. Jak mało dbają o to powiaty, na to najlepszym dowodem są dane, dotyczące stypendyów, udzielanych uczennicom szkoły położnych.

Według istniejących ustaw wykonywać powinni lekarze powiatowi kontrolę nad metrykami. W okólniku Namiestnictwa z 21 lutego 1895 (l. 13523) czytamy, iż lekarze powiatowi mają podczas bytności w gminach, należących do zorganizowanych okręgów akuszeryjnych, przekonywać się z ksiąg metrykalnych, które babki trudnią się babieniem i przedstawiać je starostwu do ukarania. Podobne przepisy zawiera dekret kancelaryi nadwornej jeszcze z 2 lipca 1825 (l. 20.248), wprowadzony w życie przez rozporządzenie z 2 sierpnia 1825, (l. 42.442), który przypomina obowiązek zapisywania do metryki narodzin nazwiska akuszerki, czynnej przy porodzie, poleca dalej lekarzom, wykonującym służbę sanitarną, aby przekonywali się z metryk urodzonych, czy przy porodach udzielają pomocy nieuprawnione osoby, a w danym razie przedkładali przepisane doniesienie. Przeszło 80 lat istnieje zatem ustawa, mająca na celu zwalczanie babek; w praktyce jednak wyjątkowo tylko jest stosowana. Że przepisy te dadzą się przeprowadzić, dowodem miasto Kraków i powiat myślenicki, w którym w roku 1902 rozesłano okólnik do urzędów gminnych i parafialnych, odczytany z ambon, a zakazujący babkom praktykować; w roku 1904 poszło starostwo jeszcze dalej, mianowicie rozesłało okólnik do położnych, aby podawały nazwisko i numer domu babki i rodzącej, u której była babka i zawiadomiły, czy były w tym czasie w domu. Jeżeli położna była w domu, wtenczas starostwo nakłada karę i na babkę i na tego, który ją wezwał.

By to mogli lekarze powiatowi przeprowadzić, potrzeba jednakże, aby urzędy parafialne dokładnie zapisywały, kto był czynny przy porodzie, dalej, aby od kar, wymierzanych przez Starostwo, nie przysługiwało babkom prawo odwołania się do Namiestnictwa.

Dla poprawy stosunków należy dalej wykształcić odpowiadającą zapotrzebowaniu liczbę akuszerek wiejskich, otworzyć przynajmniej dwie jeszcze nowe szkoły w Galicyi, zmienić ich ustrój, tworząc osobne kursa dla kobiet wiejskich, osobne dla położnych, praktykujących po miastach. Dla kobiet wiejskich wystarczyłaby nauka 6-miesięczna, jak to jest w innych szkołach Austryi.

Dla położnych miejskich potrzebna byłaby nauka dłuższa, trwająca rok, a nawet 2 lata. Przez to zyskałoby się to, że położne ze wsi nie mogłyby się przenosić do miast i powiększać szeregów położnych niezadowolonych i głodnych, które nieraz z nędzy podejmują się czynów karygodnych i zbrodniczych. — Dalej położne, osiadłe po miastach, byłyby lepiej do praktyki przygotowane i odpowiadałyby lepiej swemu zadaniu. Zapewnienie lepszych dochodów wpłynęłoby także na to, żeby osoby inteligentniejsze poświęcały się akuszeryi.

W czasie nauki, która powinna być bezpłatną, powinny wszystkie uczennice mieszkać w zakładzie (internacie) (jak tego domaga się np. ustawa z d. 10 czerwca 1897), gdyż tylko wtenczas skorzystać z nauki mogą należycie. Po kilku latach praktyki powinny wszystkie położne przebywać choćby kilkotygodniowy kurs powtarzania, na koszt kraju lub państwa. Rozporządzenie min. oświaty i spraw wewnętrz. z 27 stycznia 1898 (l. 35) powiada wyraźnie, że w każdej szkole położnych należy się postarać, aby corocznie odbywać się mogły kursa powtarzania. — Okólnik Namiestnictwa z 6 października 1897 postanawia, że koszta, wynikłe w powiatach politycznych z powodu pouczania położnych, mają być pokryte z rubryki »inne wydatki sanitarne«. Jak więc widzimy, ustawa poleca wprowadzenie kursów powtarzania i przewiduje nawet pokrycie wydatków.

Zbierając razem to, co powiedziałem, przedstawiam następujące wnioski:

1) Tworzyć jak największą liczbę małych okręgów akuszeryjnych po 2—3 wsi.

2) Obsadzać posady te położnemi, pochodzącemi z ludu z tych miejscowości; na wykształcenie takich położnych powinny być wyznaczane zapomogi z funduszów powiatowych.

3) Usunąć położne z pod władzy urzędów gminnych.

4) Polecić urzędom parafialnym, aby dokładnie wpisywały do ksiąg metrykalnych osoby, spełniające posługę przy porodzie.

5) Polecić lekarzom powiatowym, gminnym i okręgowym, by kontrolowali księgi metrykalne i donosili o babkach starostwom.

6) Przypomnieć starostwom o przysługującem im prawie karania babek drogą administracyjną.

7) Znieść prawo odwołania od tych kar do Namiestnictwa.

8) Otworzyć dwie nowe szkoły położnych w kraju.

9) Zaprowadzić przy wszystkich szkołach internaty.

10) Utworzyć osobne kursa dla położnych, mających praktykować po wsiach, a osobne dla praktykujących w miastach.

11) Wprowadzić przymusowe kursa powtarzania dla położnych, praktykujących lat dziesięć.

12) Zabronić aptekom sprzedaży leków i krążków babkom.

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Lwów, 23. lipca 1907.

Kto z uczestników Zjazdu przypomina sobie Lwów z przed lat kilkunastu, z czasu, gdy się w nim przedostatni raz zbierali polscy lekarzy i przyrodnicy, tego zdumiewać musi ogromny rozwój miasta i zmiany, jakie w niem zaszły w krótkim tym stosunkowo okresie. Wychyliwszy się z kotliny, w której zacieśniony był dawniej, rozciąga Lwów dzisiejszy daleko swe ramiona na sąsiednie wzgórza, pokryte dziś szeregami uroczych will, tonących w zieloności i olbrzymiemi parkami miejskiemi. Gdy środek miasta coraz więcej przybiera cechy wielkiej stolicy, wyposażonej w nowoczesne urządzenia higieniczne i zdobnej wspaniałemi budowlami, to dzielnice zewnętrzne zdają się urzeczywistniać ideał miasta ogrodów. Ale nietylko te zewnętrzne cechy dzisiejszego Lwowa radośnie wita oko przybysza lekarza; w znakomite urządzenia sanitarne, w wyborne i liczne zakłady, przeznaczone dla badań i nauczania przyrodniczo-lekarskiego, Lwów dzisiejszy bogato jest wyposażony. Toteż »Opis Lwowa, jego rozwoju i stanu kulturalnego«, wydany pod redakcyą prof. Wiczkowskiego i ofiarowany uczestnikom X. Zjazdu pomimo całej treściwości urósł do rozmiarów okazałego tomu; oprócz dziejów Lwowa, poglądu na geologię, klimat, florę, znajdzie w nim czytelnik obraz dzisiejszego stanu miasta i obfity materyał statystyczny, objaśniający poczynione postępy.

X. Zjazd, odbywający się na takiem tle, nabrał większego blasku, niż którykolwiek z jego poprzedników i przewyższył wszystkie dotychczasowe zarówno liczbą uczestników, jak i mnogością zgłoszonych wykładów i bogactwem dorobku naukowego. Przewyższył on co do liczebnego udziału najśmielsze oczekiwania, bo już w pierwszym dniu zjechało się 1200 uczestników ze wszystkich stron Polski i z odległej obczyzny. Należy rzeczywiście podziwiać sprężystość i sprawność organizacyi Zjazdu, że mimo ogromnych trudności, połączonych z tak licznym zjazdem, panuje we wszystkiem jaknajwiększy ład i porządek. Na każdym kroku znać troskliwą rękę i wielką, a skuteczną pracę Wydziału gospodarczego, a nazwiska niestrudzonych jego kierowników: prezesa prof. Bylickiego, wiceprezesa prof. Raciborskiego i sekretarza głównego doc. Szulisławskiego, jakoteż redaktora wzorowego »Dziennika Zjazdu«, prof. Sieradzkiego, zapiszą uczestnicy Zjazdu we wdzięcznej pamięci. Kto zaś z nich już miał sposobność obejrzeć świetną Wystawę Zjazdu, która nietylko nie ustępuje podobnym wystawom zagranicznym, ale nawet przewyższa je prawie zupełnem pozbyciem się zwykłego ich balastu i wysunięciem na plan pierwszy naukowego zadania, ten z głębokiem uznaniem dla energii i pomysłowości Dyrektora Wystawy, dra K. Krzyżanowskiego przyznać musi, że dopiero ta z naszych wystaw przyrodniczo-lekarskich wskazuje, jakiemi one być powinny.

Zjazd rozpoczął się 21. lipca tłumnem zebraniem koleżeńskiem w salach Hotelu Georgea, na którem odrazu zapanował nastrój serdeczny i ożywiony. Nazajutrz, w pierwszy dzień Zjazdu,

po nabożeństwie w katedrze, zebrali się wszyscy uczestnicy i zaproszeni goście na pierwsze uroczyste posiedzenie we wspaniałej sali teatru miejskiego. Posiedzenie, w którem uczestniczyli wszyscy naczelnicy władz z Namiestnikiem hr. Potockim i Marszałkiem kraju hr Badenim na czele, otworzył pełnem głębszych myśli przemówieniem prezes Komitetu gospodarczego prof. Bylicki, poczem witali Zjazd kolejno: imieniem miasta prezydent p. Ciuchciński, imieniem rządu radca dworu dr Merunowicz, kraju — członek Wydziału krajowego p. Onyszkiewicz, Akademii Umiejętności — prof. Kostanecki, Wszechnicy lwowskiej — rektor prof. Gryziecki, politechniki lwowskiej — rektor prof. Syroczyński, Akademii weterynaryjnej — rektor prof. Szpilman, Akademii rolniczej w Dublanach — prof. Mikułowski-Pomorski, ruskiego Towarzystwa im. Szewczenki — dr Ozarkiewicz, Towarzystwa im. Kopernika — prezes prof. Smoluchowski, Towarzystwa lekarskiego lwowskiego — prezes prof. Bylicki, a sekretarz Zjazdu, doc. Szulisławski, odczytał mnogie telegramy i pisma powitalne od instytucyi krajowych i zagranicznych. Do zarządu Zjazdu wybrano: prezesem dra Augusta Kwaśnickiego z Krakowa, który też przewodniczył pierwszemu posiedzeniu ogólnemu, wiceprezesem dra Panieńskiego z Poznania, sekretarzami dra Kwiatkiewicza ze Lwowa i dra Tura z Warszawy. Prezesami honorowymi wybrani zostali: z Warszawy prof. Kosiński i dr Alfred Sokołowski, z Krakowa prof. Browicz, prof. Godlewski (senior) i prof. Wicherkiewicz; wiceprezesami honorowymi: z Warszawy dr Gosiewski, Kurz, Weryho, z Poznania dr Karwowski i Łazarewicz, z Krakowa prof. Rosner i Morozewicz, z Petersburga prof. Merczyng, z Zagrzebia prof. Janeczek. — Z wykonania uchwał poprzednich Zjazdów zdał sprawę imieniem Delegacyi Stałej Zjazdów jej sekretarz prof. Ciechanowski. Następnie uchwalił Zjazd wnioski Delegacyi, przedstawione przez prof. Ciechanowskiego; dotyczyły one ponowienia uchwał dawniejszych Zjazdów, wskazujących na konieczność szybszego rozwoju szpitalnictwa i organizacyi służby zdrowia w Galicyi, żądających troskliwej pieczy nad zdrojowiskami, krzewienia nauki higieny i szkolnych zabaw ruchowych, podjęcia starań o poprawę higieny mieszkań ludności kraju i sprawy zwalczania gruźlicy; dalszy wniosek dotyczył ustawy miejscowych komitetów przedzjazdowych w różnych dzielnicach naszych; a wreszcie uchwalił Zjazd wyrazić Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu podziękowanie za wydanie »Słownika lekarskiego polskiego«, Wydziałowi gospodarczemu X. Zjazdu za uczczenie pamięci Marcelego Nenckiego trwałym pomnikiem, a Reprezentacyi m. Krakowa za inicyatywę do uczczenia takimże pomnikiem pamięci Henryka Jordana. W końcu odbyły się świetne wykłady: dra Biegańskiego z Częstochowy: »O współczesnej filozofii przyrody«, prof. Natansona z Krakowa: »Świat, widziany od strony elektryczności« i prof. Rydygiera ze Lwowa: »Zagajenie w sprawie akcyi przeciwrakowej«.

Popołudniu rozpoczęła się gorliwa praca w sekcyach, która w wielu z nich przeciągnęła się do późnych godzin wieczornych.

Wieczorem w pierwszym dniu Zjazdu podejmowała Reprezentacya m. Lwowa uczestników Zjazdu i zaproszonych gości wspaniałą ucztą w salach ratuszowych. W zebraniu uczestniczyły wszystkie władze z Namiestnikiem i Marszałkiem kraju na czele, Rada miejska, przedstawiciele wszystkich Instytucyi naukowych i najwyższej inteligencyi miasta.

Prace X. Zjazdu potrwają cztery dni. W historyi Zjazdów naszych będzie on miał świetną kartę. *Ciechanowski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Resztki pokarmów z przypadków domniemanego zatrucia oddawane bywają do badania rządowym zakładom badania środków spożywczych często w sposób wadliwy i bez objaśnień. Dlatego rozporządziło austr. ministeestwo spraw wewn. (5. VI. 1907 L. 5478), aby 1) chorzy byli dokładnie badani przez lekarza, najlepiej urzędowego; 2) aby lekarz orzekał, czy jego zdaniem przyczyną zatrucia były spożyte pokarmy, czy też może i inna przypadkowa przyczyna, i by starał się zbadać, jakie pokarmy i napoje i w jakiej ilości spożył chory prócz rzekomo szkodliwych; 3) aby w razie prawdopodobieństwa zatrucia lekarz podał, jaki rodzaj trucizny przypuszczać można; 4) aby podawano, czy prócz rzekomo zatrutych osób spożywały te same pokarmy inne osoby i z jakiemi następstwami; 5) aby o szybko psujących się pokarmach podawano, czy nie leżały zbyt długo u kupca lub konsumenta; 6) aby próbki do badania przesyłano do zakładu niezwłocznie, nie czekając na wynik dochodzeń. (Öst. San. 28). *R.*

Lekarze okręgowi są obowiązani do zwalczania epidemii, a wysłanie osobnego lekarza w tym celu zależy wyłącznie od uznania władzy politycznej. Wynika to z orzeczenia najw. Trybunału administracyjnego z d. 15. II. 1907 L. 1527; Trybunał nie uwzględnił rekursu lekarza okręgowego, który zażądał był osobnego lekarza epidemicznego dla zwalczania epidemii w swoim okręgu, a gdy żądania tego władze polityczne nie uwzględniły, odwołał się do Trybunału, utrzymując, że lekarz okręgowy jest obowiązany tylko do interwencyi przy wybuchu choroby zakaźnej. Orzeczenie Trybunału wyjaśnia, że obowiązek interwencyi ciąży na lekarzach okręgowych także przy zwalczaniu epidemii. *R.*

Kasa chorych w Przemyślu z rocznych swych dochodów w kwocie 77,237 K wydaje na administracyę 12,806 K, na lekarzy 11,786 K (?). *R.*

Sprzedaż praktyki lekarskiej uchybia etyce i dlatego nie może mieć mocy prawnej. Tak orzekł niemiecki Trybunał państwowy z powodu sporu cywilnego, prowadzonego w tym zakresie przez wszystkie instancye przez dwóch lekarzy. *R.*

Walka między lekarzami a Towarzystwami ubezpieczeń wybuchła w Niemczech. Związek Towarzystw ubezpieczeń nie zgodził się na żądane przez Związek związków lekarskich najniższe wynagrodzenie za badanie ubezpieczających się (10—15 Mk.), na co Związek lekarski odpowiedział wypowiedzeniem dotychczasowej umowy. Następstwem tego powinnoby być solidarne wymaganie owego najniższego wynagrodzenia przez każdego lekarza. Gdyby się lekarze niemieccy na tę solidarność nio zgodzili, wówczas postąpienie Związku lekarskiego byłoby chybione i przyniosłoby lekarzom tylko szkodę. *R.*

Instrumentaryum lekarza urzędowego obmyślił i zestawił na zasadzie wieloletniego doświadczenia dr Jan Opieński, lekarz powiatowy w Żółkwi. Instrumentaryum to obejmuje przyrządy i środki, potrzebne 1) przy zwalczaniu chorób zakaźnych i ich rozpoznawaniu, 2) do badań policyjno-sanitarnych i sądowych, 3) do udzielenia pomocy w nagłych przypadkach, 4) do aseptycznego szczepienia ospy. (Instrumentaryum wraz z kufrem wyrabia i dostarcza firma krajowa: J. Trepczyński, Lwów, ulica Trybunalska, w cenie 150—200 K).

Wiadomości bieżące.

Kraków. W Rabce otwarto uroczyście 18. VII. dom imienia Maryi i Wilhelma Fraenklów, ufundowany dla Towarzystwa kolonii leczniczych dla izraelickiej dziatwy szkolnej.

— Wydział lekarski ogłasza konkurs na posadę demonstratora przy katedrze patologii ogólnej i doświadczalnej z płacą 600 K rocznie. Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lek. U. J. do d. 31. X. 1907.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Józef Nüssenfeld, rodem z Krakowa.

Lwów. Na drugiem posiedzeniu ogólnem w d. 25. VII. uchwalił X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich powierzyć Delegacyi stałej starania, aby następny Zjazd odbył się w Warszawie. Do Delegacyi stałej wybrani zostali jako członkowie: z Warszawy prof. Kosiński, ze Lwowa prof. Bylicki i r. dw. dr Merunowicz, z Poznania dr H. Święcicki, z Krakowa prof. Ciechanowski, prof. Godlewski junior i dr Kwaśnicki, a jako zastępcy: z Warszawy dr Rychliński i Leski, ze Lwowa prof. Twardowski, z Poznania dr Łazarewicz, z Krakowa prof. Morozewicz. Delegacya natychmiast się ukonstytuowała, wybierając prezesem ponownie r. dw. dr Merunowicza, wiceprezesem prof. Bylickiego, I sekretarzem ponownie prof. Ciechanowskiego, II sekretarzem prof. Godlewskiego, skarbnikiem ponownie dr Kwaśnickiego.

— W przeddzień X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich odbył się uroczysty obchód ćwierćwiekowej rocznicy założenia Akademii weterynaryjnej lwowskiej.

— Izba lekarska wschodnio-galicyjska zwróciła się do Koła polskiego w Wiedniu z prośbą o poczynienie kroków, by na wakujące po ś. p. Jordanie miejsce w najwyższej Radzie zdrowia w Wiedniu zamianowany został Polak.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Michał Iwanow, rodem z Adryanopola w Turcyi.

Zdrojowiska polskie. W Truskawcu oddano 15. VII. do publicznego użytku państwową sieć telefoniczną włączoną w międzymiastową linię telefoniczną (obejmującą Lwów, Kraków, Wiedeń i szereg mniejszych miast galicyjskich).

Warszawa. Pracownia Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego nosić będzie na przyszłość imię ś. p. prof. Hoyera, wieloletniego zasłużonego swego kierownika. Lekarze warszawscy składają z tego względu ofiary na rozszerzenie tej pracowni.

Z różnych stron. XX. Zjazd chirurgów francuskich odbędzie się 7. X. w Paryżu. Tematami obrad będą: 1) Wpływ promieni Röntgena na nowotwory złośliwe. 2) Przeszczepianie nerwów, mięśni i ścięgien w leczeniu porażeń. 3) Przewlekłe choroby chirurgiczne (gruźlica, rak) i ich stosunek do nieszczęśliwych wypadków. — Tamże odbędzie się (17- 19. X.) IX Zjazd internistów francuskich, na którym tematami będą: 1) Leczenie wrzodu żołądka. 2) Patogeneza i leczenie choroby Basedowa. 3) Krwawiączka.

— Komitet międzynarodowego Zjazdu laryngo-rynologicznego w Wiedniu (21—25. IV 1908) prosi nas o zaznaczenie, że protektorat zjazdu przyjął arcyksiążę Franciszek Ferdynand.

— Rosyjskie ministerstwo oświaty nie zezwoliło przyjmować kobiet na słuchaczki zwyczajne wydziału lekarskiego w Moskwie, pozwoliło zaś na utworzenie oddziału lekarskiego na wyższych kursach dla kobiet w Kijowie, jednakże tylko jako szkoły prywatnej, której świadectwo nie daje prawa praktyki.

— Międzynarodowa konferencya w sprawie śpiączki afrykańskiej, zwołana przez rząd angielski, odbyła się przy udziale przedstawicieli Niemiec, Francyi, Anglii, Portugalii, Włoch i Sudanu 17—24. VI. w Londynie. Konferencya, zagajona przez ministra spraw zewnętrznych, podzieliwszy swe prace na dwie grupy, lekarską i administracyjną, postanowiła dla zwalczania świdrowicy ludzkiej utworzyć biura w każdem z państw, posiadających kolonie, pod kierunkiem głównego biura w Londynie. Plan dalszych badań tej choroby, dotykającej dziś zarówno rasę czarną, jak i białą, oraz plan zapobiegania, polecono opracować Jacobsowi (Niemcy), Kermorgantowi i Laveranowi (Francya).

Stahr.

— Jakiś bogacz z pod Paryża, straciwszy kogoś z rodziny wskutek błędnego rozpoznania choroby przez lekarza, zapisał radzie miejskiej paryskiej milion franków na zaprowadzenie w szpitalach nadzoru nad operacyami chirurgicznemi, ale pod warunkiem, aby do komisyi nadzorujących nie należał.... żaden lekarz. Rada wprawdzie zapisu prawdopodobnie nie przyjmie, ale niektórzy członkowie jej usiłują sprawę doprowadzić do dyskusyi publicznej...

— Z okólnika namiestnictwa dolnoaustryackiego, zalecającego jaknajwiększą oszczędność w rządowych szpitalach wiedeńskich, wynika, że fundusz tych szpitali jest w »bardzo trudnem położeniu« i »nie może pokryć terminowych wydatków«. (Klin. ther. Wochs. 27).

— W jesieni r. b. urządza austryackie »Towarzystwo zwalczania chorób wenerycznych« ankietę w sprawie higieny płciowej. Kwestyonaryusze rozsyła klinika prof. Fingera (Wiedeń, IX, Allg. Krankenhaus).

— Wśród licznych projektów, przygotowywanych przez austryackie ministeryum sprawiedliwości w zakresie socyalno-politycznym, znajduje się sprawa zakazu pracy nocnej robotnic, ochrony zarobkujących dzieci, zakazu używania białego fosforu w fabrykacyi zapałek, bieli ołowianej w przemyśle, zapobiegania wąglikowi w przemyśle i t. p.

— W mieście Buffalo (St. Zjedn.), liczącemu wśród 300,000 mieszkańców niemal trzecią część Polaków, ma powstać szpital polski. Na czele komitetu budowy stoją jako prezes ks. Pitass, a jako wiceprezes dr E. F. Fronczak, zajmujący wybitne stanowisko wicefizyka miasta.

— Wprost niebywałe stosunki zapanowały w najmłodszym wydziale lekarskim rosyjskim w Odessie. Walki polityczne między profesorami sprawiły, że naukowe i dydaktyczne zadania wydziału zupełnie są zaniedbane. Trzy katedry są pomimo czterokrotnego konkursu nieobsadzone, bo przy głosowaniach w gronie profesorskiem względy polityczne wywoływały zawsze rozbicie głosów. Niesłychane zaś jest poprostu, że minister oświaty oddał rektora i prorektora uniwersytetu odeskiego pod sąd karny.

Mianowani: Prof. Pfannenstiel z Giessen dyrektorem kliniki położniczej w Kiel; prof. P. Friedrich z Gryfii dyrektorem kliniki chir. w Marburgu; prof. Kijanicyn z Charkowa profesorem higieny w Odessie;

dr Maksymilian Bett naczelnym lekarzem, a dotychczasowy lekarz naczelny dr Stembarth lekarzem-rewidentem miejskiej Kasy chorych we Lwowie; dr Weigel, sekundaryusz szpitala lwowskiego, dyrektorem szpitala w Dolinie; dr St. Miszewski ordynatorem szpitala dla dzieci przy ul. Aleksandrya w Warszawie; dr Aug. Czernicki, inspektor lekarski i szef sanitarny 18 korpusu we Francyi, komandorem legii honorowej.

Powołani: Prof. Menge z Erlangen na katedrę położnictwa w Tübingen.

Zmarli: Dr Franciszek Brenner, prezydent morawskiej Izby lek., wielce zasłużony w ruchu zawodowo-lekarskim w Austryi, w Bernie; b. prof. okulistyki dr Grut w Kopenhadze w 76 r. ż.

Redakcya otrzymała: Filipkiewicz: Tabes und Syphilis. »Pester med.-chir. Presse. — Fr. Neugebauer: XXV lat pracy naukowej 1882—1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Arhovina znalazła w leczeniu wiewióra zupełne uznanie w szeregu prac wybitnych urologów. Do nich dołącza się dr Arthur Weiss (b. asyst. ogólnej polikliniki wiedeńskiej w oddz. urolog.), który w »Deutsche Medizinalzeitung« 1906, Nr 34 przytacza szereg obszernych historyi choroby, dając w nich wyraz błogim leczniczym własnościom arhoviny. Zachętą do stosowania arhoviny był dla autora zupełny brak działania drażniącego na przewód pokarmowy i nerki, pomimo podawania go przez szereg tygodni, — co zresztą zgadza się zupełnie ze spostrzeżeniami innych autorów. W. tem chętniej zwrócił się do arhoviny, ile że po podawaniu środków balsamicznych spostrzegał poprzednio u swych chorych przykre działania uboczne w postaci ciężkiej osutki i zaburzeń żołądkowych w wysokim stopniu. Poza tem uwidocznia się działanie arhoviny w ten sposób, iż przy wiewiórze przedniej jakoteż tylnej cewki działa kojąco na ból, że zmniejsza się szybko wydzielina przy ostrych i przewlekłych sprawach trypowych, że wkrótce znikają dwoinki. Wpływ znieczulający ujawnił się również w przypadku zapalenia przyjądrza, a w przeroście gruczołu krokowego udało się obok działania uspokajającego uzyskać zmianę odczynu moczu z amoniakalnego na kwaśny. W. poleca arhovinę usilnie i podnosi, iż »jako środek przeciwwiewiórowy zasługuje na stanowcze pierwszeństwo przed środkami balsamicznymi«. *Hr.*

Rok XLVI. Kraków, dnia 3. sierpnia 1907. Nr 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zadania i tory spółczesnej dyagnostyki chorób wewnętrznych.

Podał

Prof. dr Witold Orłowski.

(Wykład wygłoszony 4/17. maja przy objęciu katedry dyagnostyki lekarskiej w Kazaniu).

(Ciąg dalszy).

Od czasu, gdy Widal ogłosił swe spostrzeżenia, powstało już ogromne piśmiennictwo we wszystkich językach, dotyczące zlepiającej własności surowicy krwi podczas różnych chorób zakaźnych, zwłaszcza zaś w przebiegu duru brzusznego. Wyniki tych spostrzeżeń są bardzo cenne dla rozpoznawania duru brzusznego, zwłaszcza lekkich i nietypowych jego postaci, jak również przypadków, powikłanych inną chorobą. Zlepianie się laseczników Gaffky-Ebertha występuje przy rozcieńczeniu surowicy 1 : 50, 1 : 100, rzadziej 1 : 1000, 1 : 3000, 1 : 5000 (Gräf); w jednym przypadku Widal spostrzegł odczyn przy rozcieńczeniu 1 : 2000. Zlepianie się zjawia się w przeważnej liczbie przypadków w ciągu drugiego tygodnia (Gräf i inni), lecz może występować na 4—7 dzień, a Fränkel, Johnston, Taggart i inni otrzymywali odczyn dodatni nawet na drugi dzień choroby. Zjawiwszy się w drugim tygodniu, zlepiająca własność surowicy stopniowo wzrasta, dochodząc, według Iversena i innych, zenitu pod koniec okresu gorączkowego lub w początku wyzdrowienia; następnie szybko spada do nizkiego poziomu, na którym pozostaje długi czas.

Ten przebieg krzywej, przedstawiającej zlepiającą własność surowicy w durze brzusznym, pojawia się jednak nie zawsze. Tak np. opisano przypadki, w których odczyn dodatni występował dopiero pod koniec duru brzusznego, a nawet w 2—3 miesięcy po chorobie (Leube, Blumenthal, Köhler, Brener, Gruber, Fiocca, Rostocki, Rumpf). W przypadkach z nawrotami duru brzusznego zlepianie się nieraz zupełnie nie występuje podczas pierwszego zachorowania, zjawiając się dopiero podczas nawrotu. W niektórych przypadkach własność zlepiająca surowicy znika już w okresie ozdrowienia (Rostocki), w innych przeciwnie może utrzymywać się w ciągu wielu lat.

Tak np. Unverricht spostrzegał odczyn w jednym przypadku nawet po upływie 21 lat po przebytym durze, a w $^2/_3$ badanych przez siebie przypadków po upływie 5 lat. Wiedemann na 67 przypadków spostrzegal odczyn po upływie 7, 10, 18, 21, 27 i 30 lat, Heim w 1 przypadku po upływie 26 lat. Dalsze spostrzeżenia dowiodły, że zdolność zlepiająca jest własnością każdej surowicy krwi (Gruber, Grünbaum, Widal, Sicard i inni), lecz jest tu o wiele słabszą, występując przy rozcieńczeniu 1 : 20, wyjątkowo 1 : 50. Okazało się wreszcie, że surowica krwi u chorych, dotkniętych żółtaczką (Grünbaum, Eckardt, Zupnik, Megele, Stern, Köhler, Joachim, Paltauf, Blumenthal i inni), czasami gruźlicą i błonicą zgorzelinową, zlepia laseczniki durowe w rozcieńczeniu 1 : 150, nawet 1 : 2000. Z drugiej zaś strony okazało się, że w poszczególnych przypadkach duru brzusznego zlepianie się występowało późno (Leube i inni) lub, co prawda rzadko (według Widala w 0,5%, według Hoffmanna w 6,7%, według statystyki Karwackiego z 8750 przypadków w 398, więc w 4,5%), zupełnie się nie zjawiało (Reissner, Hoffmann, Jürgens, Rostocki, Martini, Blassberg, Curschmann, Liebermeister, Schumacher i inni). Dokładniejsze badanie niektórych z tych przypadków doprowadziło Acharda i Bensaudea, a następnie Schottmüllera do odkrycia nowej postaci chorobowej, przebiegającej śród objawów takich samych, jak dur brzuszny, więc, z cechującą dla tej sprawy gorączką, z obrzmieniem śledziony, ogólnem odurzeniem, różyczką, zwolnieniem tętna, z nieżytem oskrzeli i t. d. Od tego czasu opisano szereg podobnych przypadków tak, że do r. 1903 w piśmiennictwie zebrało się przeszło 80 przypadków nowej choroby, którą nazwano durem rzekomym (*paratyphus*) (Widal i Nobécourt, Gwyn, Brill, Coshing, Schottmüller, Kurth, Kayser i Brion, Colemann i Buxton, Johnston, Hewlett, Longcope, Libmann i Hume, de Teifer, Hünermann, Lion i Negel, Luksch, Wels i Scott, Gäthgens, Paggenpol i in.). Badania te dowiodły, że sprawy rzekomo-durowe wywołują swoiste drobnoustroje, zbliżone do laseczników durowych i laseczników okrężnicy. Obecnie odróżniamy dwa gatunki laseczników rzekomodurowych (Kayser): typ A i więcej rozpowszechniony typ B. Do laseczników Gaffky-Ebertha są one podobne pod tym względem, że nie ścinają mleka i nie wytwarzają indolu w pożywkach białkowych; do lasecznika okrężnicy zaś pod tym względem, że wywołują silne kiśnienie (fermentacyę) z wytwarzaniem się pęcherzyków gazowych w pożywkach, zawierających cukier gronowy (dekstrozę) i słodowy (maltozę), rozkładają mrówczan sodowy (pożywka Omelańskiego) i odbarwiają obojętny czerwony agar z wytworzeniem zielonkawego odcienia. Najznamienniejszą jednak cechą laseczników rzekomodurowych, jak stwierdziły badania pierwotne, jest wysoce swoista własność zlepiająca surowicy krwi chorych na dur rzekomy i zwierząt, uodpornionych przeciwko tym drobnoustrojom. Surowica chorego, zakażonego lasecznikiem typu B, zlepia tylko laseczniki typu B, nie zlepia zaś durowych ani rzekomo-durowych A i odwrotnie; zlepianie się laseczników następuje dość często nawet w rozcieńczeniu 1 : 1000, 1 : 10000, co w durze brzusznym spotykamy nader rzadko; w jednym przypadku Stein stwierdził zlepianie się nawet w rozcieńczeniu 1 : 4000, a Gräf w rozcieńczeniu 1 : 100.000 i 1 : 200.000, więc w tak silnych rozcieńczeniach, w których aglutynacya występuje zwykle tylko w pracowniach przy przewlekłem uodpornianiu zwierząt. Wkrótce jednak nastąpiły nowe odkrycia, które jeszcze więcej rozszerzyły naszą wiedzę w dziedzinie aglutynacyi (Pfaundler, Bruns i Kayser i inni). Okazało się, że surowica chorych na dur rzekomy, zlepiająca odpowiednie laseczniki rzekomo-durowe w rozcieńczeniu 1 : 500—1 : 4000,

zlepia również laseczniki durowe w rozcieńczeniu 1 : 50—1:320. Z drugiej znów strony surowica chorych na dur skupia laseczniki rzekomo-durowe nieraz nawet w dość znacznem rozcieńczeniu, np. 1:200 (Netter i Ribadeau), 1:300 (Korte), nawet 1:600 (Korte); nadto lasecznik okrężnicy (Stern, Biberstein, Pfaundler), tak zwany lasecznik choroby papuziej (*bac. psittacosis*), *bacillus enteritidis* Gärtnera i inne (Zupnik, Zupnik i Posner, Falcioni, Fax, Manteufel, Pribram i inni); opisano i odwrotny stosunek. Wszystkie te dane doprowadziły do wniosku, że aglutynacya jest objawem nie gatunkowym, lecz rodzajowym, wspólnym dla całych grup drobnoustrojów. — W ten więc sposób gatunek lasecznika, który wywołał zachorowanie, oznacza się nie istnieniem zlepiania się, lecz określeniem największego rozcieńczenia surowicy, t. zw. granicy aglutynacyjnej (Stern); innemi słowy, lasecznik, z szeregu innych aglutynowany w największem rozcieńczeniu surowicy, powinien być uznany za sprawcę choroby (Zupnik i Posner, Korte i Steinberg, Manteufel i inni).

W taki więc sposób dążenia do poznania patogenezy choroby doprowadziły do powstania nauki o tak zwanej aglutynacyi grupowej (Gruppenagglutination) (Pfaundler). Następne badania jednak dowiodły, że laseczniki zlepiane jedną i tą samą surowicą, mogą nie być sobie wcale pokrewne pod względem właściwości morfologicznych i biologicznych, wbrew pierwotnemu przypuszczeniu Pfaundlera; jego więc »grupy« nie mają nic wspólnego z pokrewieństwem gatunków w zwykłem rozumieniu tego słowa. Tak np. przy zakażeniu niektórymi gatunkami prątka odmieńca lub gronkowców surowica nabiera własności aglutynowania również lasecznika durowego (Stern), jakkolwiek te drobnoustroje pod innymi względami są zupełnie różne. Gräf spostrzegał wśród wielkiego materyału klinicznego przypadki, w których krew podczas grypy zlepiała również laseczniki durowe w rozcieńczeniu 1:200, podczas gorączki połogowej też drobnoustroje w rozcieńczeniu 1:100 i t. d. Wobec tych danych pojęcie aglutynacyi grupowej (Gruppenagglutination) należy zastąpić pojęciem aglutynacyi wspólnej (Mitagglutination). W niektórych razach przy uodpornianiu zwierząt przeciwko jakiemukolwiek drobnoustrojowi zjawiają się w surowicy krwi aglutyniny, które zlepiają inne gatunki drobnoustrojów nawet w większem rozcieńczeniu, niż drobnoustrój homologiczny. Tak np. w doświadczeniach Ballnara i v. Sagassera surowica królika, uodpornionego przeciwko lasecznikowi Friedländera, wywołała jego aglutynacyę w rozcieńczeniu 1:100, a lasecznika durowego 1:250, surowica przeciwtężcowa zlepiła lasecznik Nikolaiera w rozcieńczeniu 1:100, a durowy 1:500.

Odpowiednio do tych danych nowsze badania wykryły również, że w rzadkich co prawda przypadkach, surowica chorych na dur zlepia laseczniki rzekomo-durowe, okrężnicy i *bac. enteritidis* Gärtnera silniej, niż durowe (Brion, Conradi, v. Drigalski, Kayser, Grünberg i Rolly, Beco, Sternberg, Wassermann, Klinger, Jürgens, Stern, Bieberstein, Kühn, Poggenpol, Lion, Zupnik, Gräf i inni). W przypadkach Gräfa np. surowica krwi niektórych chorych na dur sklejała laseczniki durowe w rozcieńczeniu 1:100, a rzekomo-durowe C w rozcieńczeniu 1:500. Wszystkie te badania doprowadziły do wniosku, że oznaczenie jakościowe i nawet ilościowe zlepiającej własności surowicy względem różnych przedstawicieli grupy okrężnico-durowej nie jest wystarczające; niezbędne jest jeszcze wyodrębnienie drobnoustrojów ze krwi, z której je można wyhodować przy zachowaniu pewnych warunków prawie (według Rollyego w 88%) w każdym przypadku duru (Castellani, Schottmüller, Hewlett, Busquet, Courmont, Courmont i Lesieur, Widal, Burdach, Z. Orłowski, Sacquepée i Perquis, Wasiliew, Conradi i inni) i badanie ich właściwości morfologicznych, mikrochemicznych i biologicznych, jako to: zlepiania się, własności bakteryobójczej, jadowitości, czynnego uodporniania (Kolle, porównaj również klasyczne badania Kutschera i Meinicha w »Zeitschrift für Hyg. u. Infectionskrankh.« 1906, Tom LII, Zeszyt 1. 3).

Ze wszystkiego, com przedstawił Wam, Szanowni Panowie, wynika, że kierunek serodyagnastyczny dał obfity plon w dziedzinie spraw durowych i rzekomo-durowych. Niestety usiłowania, by wyzyskać ten kierunek co do innych chorób zakaźnych, nie dały tak świetnych wyników. Tak np. w gruźlicy powiodło się stwierdzić zlepianie się w postaciach utajonych i w początkowych okresach choroby i brak jego w ciężkich przypadkach (Arloing i Courmont, Marini, Descos, Bendix i inni) tylko przez użycie (Arloing i Courmont) tak zwanych jednostajnych (równomiernie mętnych) hodowli prątka gruźliczego.

Wyniki te jednak nie są na tyle stałe, żeby im można było nadawać znaczenie rozstrzygające (Beck i Rabinowitsch, Dieudonné, Harton, Smith, Sabareau i Salomon, Kazarynow i inni). Tak Beck i Rabinowitsch na 39 chorych na gruźlicę otrzymali dodatnie wyniki zaledwie u 11 (28%), na 34 chorych niegruźliczych u 12 (35%). Eisenberg i Keller na 81 przypadków, sprawdzonych przy sekcyi, z których 28 było gruźliczych i 53 niegruźliczych, otrzymali dodatnie wyniki śród gruźliczych u 20, więc w 71,5%, wśród niegruźliczych u 37, więc 70%. Do tego należy dodać, że surowica krwi i podczas niektórych innych chorób, np. w wielu przypadkach duru brzusznego, ma własność zlepiania prątków gruźliczych, nawet w znacznych rozcieńczeniach. Jeśli więc dla bezpośredniego rozpoznania chorób, oprócz grupy durowej, serodyagnostyka okazała się niepewną, to nie ulega wątpliwości, że w niektórych chorobach ma ona doniosłe znaczenie, ułatwiając rozpoznanie drobnoustroju chorobotwórczego, przez co pośrednio zostaje rozpoznana i sprawa chorobowa.

Tak, np. ogólnie obecnie uznano, że ani cechy morfologiczne, ani rozwój na pożywkach, ani szczepienia na zwierzętach nie dają pewnych danych dla rozpoznania przecinkowca cholerycznego; ścisłe rozpoznanie tego przecinkowca może być osiągnięte tylko zapomocą odczynów biologicznych, wśród których pierwsze miejsce i co do łatwości i szybkości wykonania i co do ścisłości wyników, zajmuje niezaprzeczalnie aglutynacya (Kolle i Gottschlich, Amiradżili i Niedrigajłow, Skrzywan, Gołubinin, Berestniew i inni): bez odczynu aglutynacyjnego, twierdzi Berestniew, nie można rozpoznać przecinkowca cholery. Trzeba tylko dla pewności i ścisłości rozpoznania używać surowicy cholerycznej o znacznej sile zlepiającej (nie niżej nad 1: 3000—1: 5000). Nowsze badania, przeprowadzone pod kierunkiem Karwackiego, stwierdziwszy rozpoznawcze znaczenie odczynu aglutynacyjnego w cholerze, obniżyły jednak jego doniosłość, że tak powiem, bezwzględną; dowiodły bowiem one, że »obecność aglutynacyi nie decyduje o przynależności do grupy cholerycznej«, jej brak zaś »stanowczo dowodzi, że dany pierwiastek jest odmianą rzekomo choleryczną«, wreszcie, że »poza objawem Pfeiffera żadna z cech morfologicznych, hodowniczych i biologicznych nie jest tak stałą, ażeby można było oprzeć na niej dyagnostykę różniczkową przecinkowców«. (C. d. n.)

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala kraj. w Sarajewie.

O sprawności serca i o jej ocenianiu.

Skreślił

Prof. Dr Ludomił Korczyński.

(Ciąg dalszy.)

Jakkolwiek poznawanie serca po skutkach wydatniejszych ruchów jest najłatwiejsze, a ocena jego stanu stosun-

kowo najpewniejsza, to jednak nie zawsze i nie wszędzie uciekać się wolno do takiego badania. Z konieczności, w interesie badanych osób, poniechać go trzeba w tych przypadkach, w których z wielkiem prawdopodobieństwem, lub nawet zupełnie na pewne przyjąć wypada, że serce jest niesprawne w pojęciu klinicznem, t. zn., że podołać nie może nietylko już wymaganiom, stworzonym przez forsowny ruch i pracę fizyczną, ale nawet tym wymaganiom, które wynikają ze zwykłego trybu życia i z potrzeby zwykłego ruchu.

Objawy rozpoczynającej się niesprawności mogą być nader różne, a nie zawsze są tak wyraźne, aby same przez się wpadały w oczy. W samych początkach objawia się osłabienie serca uczuciem pewnej duszności przy wchodzeniu na schody, niekiedy także krótkiem pokaszliwaniem, uczuciem większej pełności w dołku sercowym po jedzeniu i pewną ogólną niedogodą, z której chory nie może sobie zdać sprawy. Przy wyższych stopniach pojawia się zadyszka nawet pod wpływem nieco dłuższego ruchu po równej płaszczyznie, częstszym kaszlem, większem rozdęciem okolicy nadbrzusznej, później zaczyna zwracać uwagę chorych ciemniejsze zabarwienie moczu i mniejsza jego ilość, zaburzenia w trawieniu, których przedtem niedoznawali, wreszcie spostrzegają, że pod wieczór gniecie ich obówie, że na stopach i około kostek pojawiają się wgnioty od pończoch, których dawniej nie było. W takich przypadkach można już zawsze stwierdzić objawy, wskazujące, że serce osłabło, że powstały zastoje w postaci nieżytu oskrzelowego, obrzęku wątroby, że ciężar właściwy moczu jest za wysoki, a ilość jego za skąpa. Ale wszystkie te objawy bez żadnego leczenia przy spokojnem zachowaniu się chorego mogą jeszcze ustąpić i istotnie ustępują. A wtedy, podobnie jak wobec objawów, powstających w przypadkach zupełnie początkowej niesprawności, które bynajmniej nie są cechujące dla osłabienia serca, staje przed lekarzem pytanie, czy serce jest w danym przypadku istotnie chore i jaki stopień tej choroby, czy też tego osłabienia. Rozstrzygnąć to pytanie musi lekarz koniecznie. O stanie mięśnia sercowego zdać sobie musi sprawę także i tam, gdzie przez odpowiednie leczenie powiodło się usunąć następstwa niesprawności, czyli objawy niewyrównania, lub też tam, gdzie osłabienie mięśnia przypuszczać można jako następstwo przebytej jakiejkolwiek z tych chorób, przedewszystkiem zakaźnych, w których serce bywa nierzadko wciągnięte w tok sprawy chorobowej. Jakich ma lekarz użyć w tych przypadkach sposobów, aby dopiąć celu, a bezwarunkowo nie zaszkodzić choremu swojem badaniem?

Jednym z najprostszych sposobów badania, oszczędzających chorego, jest poznanie wpływu oddychania na tętno. Wpływ ten występuje na jaw i w prawidłowych warunkach, ale jest tak nieznaczny, że wprost uchodzi uwagi. Wyraźnym staje się dopiero wtedy, gdy mięsień sercowy i naczynia straciły prawidłową jędrność i zdolność dostosowywania się. Wtedy podczas każdego wdechu opada parcie tętnicze bardzo znacznie, fala tętna maleje. Na obrazach krzywych tętna widać wdechowe obniżenie podstawy fal, wyraźniejsze odbicie wzniesień, pochodzących od fali powrotnej. W znaczniejszych stopniach niedomogi serca powstają te zjawiska nawet przy zwykłem oddychaniu. Pokazuje to rycina 22, odtwarzająca tętno sprychowe chorego na niedomykalność i zwężenie ujścia żylnego lewego w okresie niewyrównania

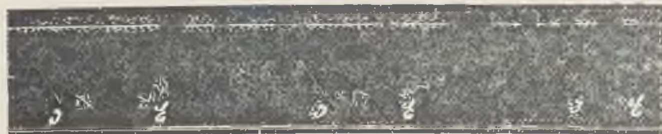
Tętno tego samego chorego po podaniu naparstnicy odtwarza rycina 23. Na obrazie tętna nie ma tu owych okresowych wahań, zależnych od ruchów oddechowych, które tak są wyraźne na rycinie 22; widać tylko niemiarowość, wynikającą z niejednakowej siły skurczów serca. To samo, co w przypadkach znacznej niedomogi powstaje pod wpływem zwykłych ruchów oddechowych, wywołać można przy mniejszem osłabieniu serca przez głębokie, forsowniejsze oddechy, lub też przy równoczesnem, ogólnie znanem doświadczeniu Valsalvy. Jak cechującem jest w takich przypadkach tętno, uczy obraz, przedstawiony na rycinie 24. Zdjęto go u chorej na rozedmę płuc, a mającej przy tem znaczne zrosty opłucne. Obie te sprawy wywarły na serce wpływ tak niekorzystny, że chora stała się zupełnie niezdolną do jakiegokolwiek zajęcia i dopiero po dłuższym wypoczynku i leczeniu odzyskało serce w pewnym stopniu siły, ale mimo to zawsze objawiało swą niemoc przez bardzo wybitne zmiany fal tętna, zależne od ruchów oddechowych.



Ryc. 22.



Ryc. 23.



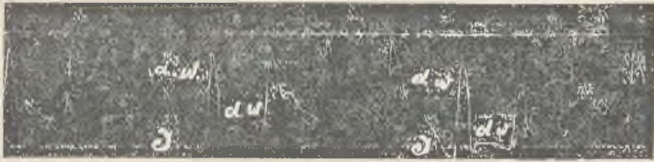
Ryc. 24.

W obu przypadkach, które nam dostarczyły przykładów dla uwydatnienia wpływu ruchów oddechowych na krążenie, istniały sprawy chorobowe, działające niekorzystnie w pierwszym rzędzie na prawą połowę serca i wywołujące rozszerzenie i niedomogę prawej komory. W obu zasadnicze zmiany, powstające w tętnie przez ruchy oddechowe, były te same.

Cokolwiek inaczej zaznaczał się wpływ ruchów oddechowych w badanych w tym kierunku przypadkach tam, gdzie lewa połowa serca była najbardziej dotknięta. W jednym z tych przypadków, — przerost i osłabienie serca lewego skutkiem śródmiąższowego przewlekłego zapalenia nerek —, obniżało się cokolwiek parcie krwi, schodziła na dół podstawa fali tętna i uwydatniało się nader wyraźnie drgnięcie, zależne od fali wstecznej, ale działo się to tylko wśród początku wdechu, następne fale odzyskiwały bardzo rychło pierwotne swoje cechy. (Ryc. 25).

W drugim przypadku przerostu lewej komory, wywołanego również przez chorobę nerek, znikało wprost tętno z początkiem wdechu (ryc. 26), natomiast fala, następująca po przerwie, nie różniła się prawie zupełnie od fal zwykłych.

Materyał, jakim w tym zakresie do tej chwili rozporządzam, nie jest jeszcze dość wielki, aby pozwalał na wysnuwanie ogólnych wniosków i wypowiadanie stanowczych zasad; mimowoli jednak przychodzi na myśl, że z różnych obrazów tętna w tych przypadkach, w których ruchy oddechowe sprowadzają zmiany w tętnie, czynićby można przypuszczenia o stanie obu połów serca oddzielnie.



Ryc. 25. (*I* — wdech, *E* — wydech, *d. w.* — drgnięcie fali wstecznej).



Ryc. 26.

Jednym z dalszych sposobów badania sprawności mięśnia sercowego jest sposób podany przez Katzensteina w r. 1904[2]). Jest on o tyle prosty, że może być łatwo używany w codziennej praktyce.

Badając u zwierząt wpływ podwiązania wielkich naczyń tętniczych na krążenie, przekonał się Katzenstein, że nie wszystkie osobniki znoszą jednakowo ten zabieg i że serce ich i całe krążenie zmienia się w niejednakowy sposób. U zwierząt zdrowych i silnych występowało po podwiązaniu wielkiego naczynia — zwykle t. głównej — podniesienie się parcia krwi, niekiedy ze zmniejszeniem liczby tętna, a po kilku tygodniach wytwarzać się miał nawet wyraźny przerost lewej połowy serca. U zwierząt słabych, które najczęściej rychło po zabiegu ginęły, nie było podwyższenia parcia, natomiast występowało przyspieszenie tętna, a przy oględzinach pośmiertnych wyglądała komora lewa, jakby rozszerzona. Zjawiska te naprowadziły Katzensteina na myśl, aby przez śledzenie wpływu ucisku, wywartego na tętnice, określać stan serca. Wykonał więc szereg doświadczeń na chorych, przeważnie z kliniki Leydena i wynikami swych spostrzeżeń podzielił się na posiedzeniu towarzystwa dla medycyny wewnętrznej w Berlinie z licznie zgromadzonymi lekarzami berlińskimi.

Spostrzeżenia swe rozdzielił Katzenstein na cztery grupy.

W grupie pierwszej widzimy te z badanych osób, u których po uciśnięciu tętnic biodrowych lub udowych podnosiło się parcie krwi o 5—15 mm. rtęci, liczba tętna nie zmieniała się zupełnie lub zmniejszała. Serce tych osób jest według Katzensteina zupełnie zdrowe, mięsień zdolny do wyrównywania.

W grupie drugiej pomieszczeni zostali chorzy z przerostem komory lewej. U jednej części tych osób podnosiło się parcie po ucisku najmniej o 15 mm., liczba tętna nie wzrastała. O sercu ich utrzymuje Katzenstein, że nie straciło zdolności do dostowywania się, czyli, że posiada jeszcze pewien zasób sił zapasowych. U drugiej części podnosiło się parcie o mniej, aniżeli 15 mm., liczba tętna zwiększała się. Serce tych chorych jest już osłabione, niesprawne.

W grupie trzeciej widzimy chorych, u których ucisk tętnic nie wywołuje wyższego parcia. O ile przytem tętno nie zmienia się, istnieje w nich mały stopień niesprawności serca; — przyspieszenie tętna świadczy o nieco większem osłabieniu.

Grupa czwarta obejmuje chorych z wybitną niedomogą serca. Cechuje ją obniżenie parcia i przyspieszenie tętna po ucisku tętnic. Według Katzensteina są te zmiany tak stałe i cechujące, że z wielką ścisłością oznaczyć można na ich podstawie stan serca i zasób jego sił, określić tem samem sposób postępowania i zachowania się chorych. — Szczególnie wielkie znaczenie ma to zwłaszcza w okresie zdrowienia po chorobach zakaźnych, a dla chirurgów dla określenia widoków pomyślnego przebiegu cięższych rękoczynów.

Co do sposobu wykonywania badania, to jest on bardzo prosty. Poprostu przyciska się tętnice palcami z siłą, potrzebną do zupełnego zamknięcia światła naczynia i wywiera się ucisk przez $2^1/_2$—5 minut. Oznaczenie parcia krwi i liczby tętna wykonać można zupełnie swobodnie po zaprzestaniu ucisku, gdyż zmiany, powstające w krążeniu, nie znikają natychmiast, lecz utrzymują się jeszcze 5—10 min., niekiedy nawet dłużej.

Wystąpienie Katzensteina wywołało ożywione rozprawy o temacie przez niego poruszonym, a jakie było zajęcie, najlepszy dowód w tem, że omówieniu odczytu poświęcono dwa posiedzenia, a przemawiali wybitni klinicyści, jak Leyden, Kraus, Litten i inni.

Zabrałoby za wiele miejsca, a nawet nie byłoby właściwem rozbierać tu szczegółowo zalety i wady sposobu badania, podanego przez Katzensteina. Ogólnie tylko zaznaczyć można, że posiada on istotną wartość nie jako jedyny idealny sposób określenia sprawności serca, ale jako jeden więcej. Że na uwagę zasługuje, mamy dowody w sprawozdaniach, złożonych także i w naszem piśmiennictwie przez A. Gluzińskiego[3]) w r. 1907 i przez Kołaczkowskiego[4]) na podstawie badań, wykonanych w klinice lekarskiej lwowskiej z r. 1906. Jeżeli jednak wnioski, wysnute z badania, mają być ścisłe i mają służyć za dobrą wskazówkę przy ocenianiu sił serca, to trzeba koniecznie zabezpieczyć się przed działaniem czynników ubocznych i umieć wpływ ich właściwie poznawać i tłómaczyć. Przedewszystkiem dbać należy o to, aby przez nadmiernie silny ucisk tętnic nie wywołać bolu, bo ból sam przez się wywołuje zmiany w parciu krwi i w częstości tętna. I dlatego lepiej jest posługiwać się odpowiednio zrobioną opaską

[2]) Por. »Deut. med. Wochenschrift« 1904, Nr 22, str. 807.

[3]) Lwowski Tygodnik lekarski, 1907, Nr 1.

[4]) Lwowski Tygodnik lekarski, 1906, Nr 16.

z przyciskadłem kształtu guzika, aniżeli palcami, a uciskać istotnie tylko tyle, ile potrzeba, aby wstrzymać dopływ krwi do obwodowego końca tętnicy. Ucisk nie powinien trwać zbyt długo — 5 minut wystarcza tu najzupełniej. Nie należy dalej zadowalniać się jednem tylko oznaczeniem, ale badanie kilka razy powtórzyć. (Dok. nast.)

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Toropow. **O zmianach anatomo-patologicznych układu naczyniowego przy wstrzykiwaniach adrenaliny do żył.** (*Rozprawa dokt. Petersb.* 1907). Autor (w pracowni prof. Fawickiego w Akademii w Petersbuurgu) wstrzykiwał adrenalinę 25 królikom i doszedł do następujących wniosków. 1) Wstrzykiwania adrenaliny królikom do żył wywołują zmiany w całym układzie naczyniowym i we wszystkich 3 warstwach ściany naczyń. 2) Błona zewnętrzna dużych i średnich naczyń (tętnica główna, płucna, szyjna) ulega zmianie wcześniej od innych błon naczyniowych. 3) Śródbłonek naczyń odżywczych błony zewnętrznej (*vasa vasorum*) niekiedy obrzmiewa, wskutek czego światło naczyń zwęża się; niekiedy śródbłonek ulega zwyrodnieniu tłuszczowemu i złuszcza się. 4) Drobne naczynia błony zewnętrznej z początku są rozszerzone i przekrwione, a miejscami ulegają zakrzepowi; w dalszym ciągu następuje ich zarośnięcie; naokoło naczyń miejscami bywają wybroczyny. 5) W początkowych okresach w tkance błony zewnętrznej widać lekki naciek; w dalszym ciągu na miejscu wybroczyn rozwija się naciek okołonaczyniowy, który zwykle przechodzi w zbitą tkankę włóknistą. 6) Błona środkowa tętnicy głównej, odpowiednio do miejsca zmian błony zewnętrznej, obumiera i ulega zwapnieniu. 7) Obumarcie i zwapnienie błony środkowej następuje nietylko w tętnicy głównej, lecz także i w jej rozgałęzieniach i w tętnicy płucnej. 8) Blaszki zwapniałe spotyka się w całej tętnicy głównej, lecz w części piersiowej zwykle jest ich najwięcej i największe. 9) W tętnicy głównej i w płucnej blaszki znajdują się przeważnie w środkowych warstwach błony środkowej, a w naczyniach średniego kalibru w warstwach zewnętrznych. 10) Naokoło blaszki następują odczynowe zmiany zapalne ze stopniowym rozwojem tkanki łącznej, która potem przerasta przez blaszkę, wskutek czego wapno ostatecznie ulega wessaniu, a na miejscu zwapnienia rozwija się blizna. 11) Zwapnień nie spotyka się ani w wewnętrznej, ani w zewnętrznej błonie naczyń. 12) Włókna sprężyste, nie ulegające żadnym zmianom w początkowych okresach martwicy błony środkowej, przy odkładaniu się wapna zwykle zbliżają się silnie ze sobą w postaci równoległych linij, a potem zanikają i rozpadają się na drobne ziarenka. 13) Przy tworzeniu się blizny na miejscu zwapnienia nie odradzają się włókna sprężyste. 14) Przy nieznacznym zaniku tkanki mięsnej i włókien sprężystych można niekiedy widzieć drobne zapadnięcia błony środkowej tętnicy głównej, a przy znacznym zaniku obu wspomnianych składników ściany tworzą się tętniaki. 15) W takich tętniakach włókna sprężyste stopniowo zanikają, lecz bez drobnoziarnistego rozpadu. 16) Błona wewnętrzna tętnicy głównej, odpowiednio do miejsca zwapnienia błony środkowej obumiera i następnie niekiedy wrzodzieje. 17) Te owrzodzenia z biegiem czasu mogą się zabliźnić. 18) Na dnie wypuklenia ściany naczyniowej błona wewnętrzna grubieje, wskutek czego drobne zapadnięcia zwykle zupełnie się wyrównywają, lecz znaczne zapadnięcia nigdy się nie wyrównywają. 19) W średnich i drobnych naczyniach narządów wewnętrznych błona środkowa podlega zwyrodnieniu szklistemu, a wewnętrzna grubieje aż do zupełnej prawie niedrożności naczyń. 20) Stopień opisanych zmian nie idzie w parze z ilością użytej adrenaliny. 21) Wprowadzanie przetworów jodu równocześnie z adrenaliną nie zatrzymuje sprawy zwapnienia tętnicy głównej. 22) Czynnikiem etyologicznym zmian układu naczyniowego jest toksyczne działanie adrenaliny na śródbłonek. 22) Opisane zmiany stanowią sprawę stwardniającą (sklerotyczną), a przebiegiem najwięcej przypominają przymiotowe zmiany naczyń krwionośnych u ludzi. *Z. Orłowski.*

Jakimow. **W sprawie leczenia atoksylem choroby, wywołanej sztucznie zapomocą świdrowców Rouget.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 13). Jednorazowe wstrzyknięcie pod skórę myszy 0,5 sz. ctm. 1 prc. rozczynu atoksylu niszczy zupełnie świdrowce i zapobiega nawrotom. Lecz dawka ta dla większości myszy jest śmiertelną. Dawki 0,15, 0,2 i 0,3 sz. ctm. znoszą myszy dobrze, a świdrowce giną we krwi tem prędzej, im większą wstrzyknięto dawkę. Nawroty choroby zjawiają się i to tem rychlej, im mniejszą dawkę wstrzyknięto. Dawki 0,3 sz. ctm. 1 prc. rozczynu, użyte kilka razy z 1-dniowemi przerwami, zupełnie niszczą świdrowce. U białych szczurów jednorazowe wstrzyknięcie 0,18 grm. atoksylu na 1 klgr. wagi jest trujące. Mniejsze dawki (0,132 grm.) nie niszczą świdrowców w ciągu kilku dni i zwierzę może zginąć z zakażenia; dawka 0,176 niszczy wprawdzie świdrowce, lecz zwierzę ginie wśród objawów charłactwa. Przy pierwszem wstrzykiwaniu najlepiej trzymać się dawki 0,15—0,165 grm. na klgr. wagi, zmniejszając potem dawkę (0,12—0,13 grm.). W ten sposób zwierzę można uchronić od śmierci. Szare szczury giną od dawki 0,146—0,154 na klgr. wagi. Dla morskich świnek jednokrotna dawka 0,75—0,079 na klgr. wagi jest trującą. Przy dawce 0,018 grm. na klgr. świdrowce giną po upływie kilku dni, lecz potem znów zjawiają się. Równoczesne wprowadzenie białym szczurom 0,5 sz. ctm. 1 prc. rozczynu atoksylu i świdrowców zapobiega zakażeniu, które nie następuje nawet wtedy, jeżeli wstrzyknąć atoksyl dopiero w 3 dni po zakażeniu. Z drugiej strony, jeżeli wstrzyknąć świdrowce nawet już po upływie 24 godzin po wprowadzeniu 0,5 sz. ctm. 1 prc. rozczynu atoksylu, to zakażenie następuje, prawda że tylko po upływie dłuższego czasu; im później wprowadza się zarazek po atoksylu, tem krótszy jest okres wylęgania.

Z. Orłowski (Ptsbg.)

A. Plehn. **O jedności pasorzyta zimnicy** (odczyt w Tow. berl. dla medyc. wew. 29. IV. 1907). Po odkryciu pasorzyta zimnicy przez Laverana w r. 1880, zajęli się badaniem tego pasorzyta przedewszystkiem Włosi i głosili, że istnieje kilka odmian pasorzyta — conajmniej trzy, odpowiednio do 3 typów gorączki zimniczej: codziennej, trzeciaczki i czwartaczki. Kiedy później zajęto się i zimnicą podzwrotnikową, zaczął się spór o to, czy obok trzech tych postaci istnieje czwarta (Fr. Koch), lub istnieją jeszcze inne odmiany (Schaudinn — aż 12) podzwrotnikowe, czy też wogóle jest tylko jeden pasorzyt, który jednak zależnie od klimatu, od osobniczych właściwości chorego ustroju i t. d. może przybierać różną postać (Laveran). Plehn przyjmuje za Laveranem jedność pasorzyta, przypuszczając jedynie, że zależnie od warunków klimatycznych, osobniczych właściwości swego gospodarza-człowieka, a może i owadu (widlisza — *anopheles*), może postać pasorzyta ulegać różnym odmianom. P. opiera się na własnych spostrzeżeniach u ludzi, badanych i w czasie ich pobytu pod zwrotnikiem i w czasie przeprawy do Europy i w czasie pobytu w Europie: u tych chorych znajdował zawsze w czasie napadów zimniczych w krajach podzwrotnikowych postać pasorzyta, zwaną »podzwrotnikową« (postać mała obrączkowa), natomiast wśród przeprawy, albo w Europie, spotykał w ich krwi zawsze wielkie postacie typu »południowo-europejskiego«, jakich nigdzie nie widziano w Kamerunie. (Stamtąd właśnie pochodzili chorzy). U większości tych chorych można było na pewne wyłączyć zakażenie ponowne wśród powrotu, u mniejszości chorych zakażenie ponowne wydaje się conajmniej bardzo nieprawdopodobne. Następujące spostrzeżenie jeszcze bardziej umocniło P. w przekonaniu o jedności pasorzyta: Pewien Europejczyk po przybyciu pod zwrotnik zapadł na gorączkę, leczył się chininą, i kiedy potem zimnica ustała, postanowił wrócić do Niemiec. Na morzu dostaje na nowo kilku napadów zimniczych, a szczególnie silny napad zjawił się w dniu wylądowania w Hamburgu. W trzy dni później zgłasza się na oddział szpitalny autora, który znajduje we krwi chorego w obfitości małą postać »podzwrotnikową«. Choremu podano chininę; czuł się dobrze cały miesiąc. Wtedy dostaje znowu napadu, wśród którego znaleziono we krwi tym razem wielkie pasorzyty typu »południowo-europejskiego«, cechujące nasze zimnice okolic umiarkowanych. Ponieważ nie można nawet przypuszczać, żeby chory zakaził się ponownie w szpitalu, musi się koniecznie przyjąć, że pasorzyty małe »podzwrotnikowe« zmieniły się na wielkie postacie typu trzeciaczkowego. Wprawdzie przypuszczają niektórzy badacze, że w tych przypadkach, w których spotykano przechodzenie jednej postaci pasorzyta w drugą, musiało istnieć od początku zakażenie obiema postaciami i że zależnie od klimatu, w którym mieszkał chory, jedna postać przewagę bierze nad drugą: małe pierwotniaki pod zwrotnikiem, wielkie w krajach umiarkowanych, — ale w takim razie musianoby znajdywać w krwi drugą odmianę. Otóż w czasie swego długiego pobytu w Kamerunie znajdywał P. (na 1000 badań hematologicznych,

dokonanych na miejscowych chorych na zimnicę) tylko wyjątkowo wielkie postacie trzeciaczkowe. Byli to zawsze ludzie, którzy dopiero co wrócili z Europy. To samo stwierdził jego następca w Kamerunie, Ziemann. *Stahr.*

M. Haaland. **Badania doświadczalne raka myszy.** (*Norsk. Mag. for Laegev.* II, 1907. *Sém. méd.* Nr 18, 1907). Ehrlich przeszczepiając raka nabłonkowego z myszy na mysz doszedł do tego, że otrzymał guz, dalej przeszczepialny, ale przyrody mięsakowej. Rozwój tych guzów i ich przerzuty nie pozwalają wątpić o ich przyrodzie nowotworowej. Z mięsakiem tego rodzaju, pochodzącym z pracowni Ehrlicha, wykonał autor dalsze doświadczenia w pracowni swej w Chrystyanii i to na myszach najrozmaitszego pochodzenia: Na myszach berlińskich rozwijały się mięsaki Ehrlicha nadzwyczaj łatwo (124 razy na 128). U myszy z Chrystyanii pochodzących powstawały małe guzy, które już po 2—3 tygodniach zupełnie znikały. Myszy duńskie nie dawały lepszych wyników. Na myszach hamburskich miał autor 25 prc. dodatnich wyników po szczepieniu, na myszach norweskich (z Ullevaal) 47 prc. Autor sprowadził sobie także myszy z Danii od Jensena, któremu się udało znowu hodować na myszach raka i wykonał następujące doświadczenie: Sześciu myszom niemieckim i 6 myszom duńskim zdrowym zaszczepił mieszaninę i z mięsaka Ehrlicha i z raka Jensena. I oto u 6 myszy niemieckich zjawił się mięsak Ehrlicha, a raka Jensena nie było ani śladu, zaś u myszy duńskich był wynik z początku zupełnie ujemny, dopiero po 6 tygodniach u jednej z nich zaczął rosnąć guz rakowy Jensenowski. Autor chciał się dalej przekonać, czy myszy niemieckie, które, szczepione rakiem duńskim, okazały się odporne na ten nowotwór, nie uzyskają potem odporności przeciw mięsakowi Ehrlicha, nie doszedł jednak do żadnego pewnego wyniku, tak samo, jak i w dążeniach swych do uodpornienia myszy niemieckich surowicą myszy, trudno, albo wcale nie ulegających zaszczepieniu mięsakiem. — O skłonności do raka stanowi zatem jakiś czynnik ustrojowy przedewszystkiem, ale i inne czynniki nie są bez znaczenia. Świadczy o tem fakt następujący: Autor sprowadził od Ehrlicha i myszy zdrowe, chcąc mieć materyał, na którymby mógł szczepić mięsaka Ehrlicha. Ale po 3 miesiącach pokazało się, że zwierzęta te stały się zupełnie odporne nawet wobec mięsaka Ehrlicha. Co było tego przyczyną, trudno na pewne powiedzieć; autor przypuszcza, że odmienne żywienie myszy w pracowni w Chrystyanii. *Stahr.*

Medycyna wewnętrzna.

Perutz. **O miażdżycy tętnic brzusznych** (*angina abdominis*) **i stanach pokrewnych.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 22 i 23). Cierpienie to, niewiele dotąd uwzględniane, pojawia się w trzech postaciach. Pierwsza różni się od zwykłych postaci dusznicy bolesnej jedynie usadowieniem się bolu w okolicy dołka podsercowego. Postać druga znamionuje się małem nasileniem bolu, który sadowi się w górnej połowie brzucha. Ból rozpromienia się nieraz w kierunku krzyża i mostka. Postać trzecia zasadza się na napadowo występującem, a bolesnem zawieszeniu czynności ruchowej, chłonnej i wydzielniczej trzew — (*dyspragia intestinalis arteriosclerotica*) (Ortner). Spotykamy tedy odbijanie, nudności, wymioty, niekiedy nawet krwawe, bole napadowe brzucha, podobne do bolu, powstającego przy ucisku okolicy pnia tętnicy brzusznej, zaparcie stolca, wreszcie wzdęcia brzucha ogólne lub ograniczone do pewnej części jelit. Oto obraz mało typowy, który niewątpliwie usprawiedliwia omyłki rozpoznawcze w wielu kierunkach. W podobnych przypadkach należy zawsze zbadać dokładnie cały układ krążenia; pomimo dokładnego badania nieraz dopiero wniosek »*ex juvantibus*« wyjaśnia właściwą przyrodę cierpienia. Trzeba też zwrócić uwagę na stosunek różnicy ciśnienia krwi w tętnicy promieniowej, a nożnej; w zwykłych warunkach ciśnienie w pierwszej jest wyższe, niż w drugiej; w przypadkach miażdżycy tętnicy brzusznej może się zdarzyć nawet odwrotny stosunek. W leczeniu oddają usługi; środki moczopędne, zwłaszcza diuretyna, sercowe, w czasie napadu bolów środki rozszerzające naczynia (nitrogliceryna), wreszcie jod. Tak zw. nerwowa zwrotna niestrawność, przebiegająca z dusznością, też tutaj najprawdopodobniej należy. *Dr M. Godlewski.*

Grassmann. **O wpływie nikotyny na narząd krążenia.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 20). Nie ulega żadnej wątpliwości, że nikotyna, podobnie jak adrenalina, podnosi ciśnienie, wywołując skurcz w ścianach naczyń. Co do tego, czy nikotyna wywoływać może miażdżycę tętnic, zdania są podzielone; najnowsze jednak doświadczenia na zwierzętach czynią to przypuszczenie bardzo prawdopodobnem. Ze stanowiska klinicznego jest dzisiaj rzeczą pewną, że napady o cechach dusznicy bolesnej pod wpływem zatrucia tytoniem niewątpliwie powstają; przez wzmożenia ciśnienia i długotrwałe przyspieszenie ruchów serca może też dojść do jego przerostu (Franke). Z innych objawów wspomnieć należy o niemiarowości tętna, skurczach dodatkowych i przyspieszeniu czynności; rzadziej w tych warunkach spostrzegano zwolnienie. Nadmierna wrażliwość serca, objawiająca się kołataniem serca, jest niewątpliwie najczęstszem zjawiskiem zatrucia tytoniowego. Wpływ jego na powstawanie chromania przestankowego jest również niezaprzeczony. *Dr Maryan Godlewski.*

Kottmann. **Dawkowanie digalenu przy wstrzykiwaniu do żył.** (*Corrbl. f. schw. Ärzte* 1907, Nr 10). W klinice lekarskiej w Bernie zdarzył się przypadek nagłej śmierci z niedomogi serca bezpośrednio po wstrzyknięciu 0,6 mlgr. strofantyny Böhringera do żyły. Przy sekcyi znaleziono lewą komorę serca zupełnie skurczoną, zresztą zaś nie było żadnych zmian, mogących wytłómaczyć nagłą śmierć. Użyta dawka była taką, jaką pierwotnie polecał Fraenkel, a mniejszą od tych, jakie potem niejednokrotnie bez szkody stosowano. — Jako początkową dawkę digalenu zaleca autor 1 $ctm.^3$, a dopiero, gdyby ta dawka nie skutkowała, dawki wyższe; jednakże można się bez nich obejść, powtarzając dawkę 1 $ctm.^3$ w krótszych odstępach. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

A. Martinet. **Proste i praktyczne kliniczne oznaczanie ilości cukru w moczu.** (*Presse méd.* Nr 50, 1907). Do 1 $ctm.^3$ gorącego rozczynu Fehlinga dodaje się kroplami moczu aż do zupełnej redukcyi i z ilości dodanego moczu oblicza się ilość cukru, na tej podstawie, że 5 mgr. cukru gronowego redukuje 1 $cm.^3$ Fehlinga. Sposób stary, znany praktykom oddawna. (Porównaj n. p. »Grundriss der klinischen Diagnostik« G. Klemperera. Wyd. VI. z r. 1896, str. 173). *Stahr.*

Ch. Dallaz. **Dyeta mleczna w cukrzycy.** (*La Clinique* Nr 25, 1907). Dotąd jeszcze nie rozstrzygnął się spór, czy dyeta wyłącznie mleczna jest dla chorych na cukromocz korzystną, czy nie. Autor na podstawie dwóch, dokładnie spostrzeganych przypadków oświadcza: 1) Dyeta wyłącznie mleczna odnosi wpływ bardzo korzystny w cukromoczu, jeśli ją stosować u ludzi, chorych równocześnie na dnę. 2) Chorzy czują się przytem dobrze szczególniej, jeśli dyety tej nie stosuje się ponad dwa tygodnie. Po 2 tygodniach należy podać choremu strawę mieszaną (mięso, jaja, jarzyny etc.), od czasu do czasu powracając do dyety mlecznej, jednak tylko na kilka dni (np. 5). 3) Dyetę tę należy polecić chociażby na próbę przed każdem innem leczeniem. Autor zwraca wreszcie uwagę, że jeśli już choremu pozwala się na chleb, to w małej ilości można pozwolić raczej na miękisz, niż na skórkę (75 gramów na dobę). Trzeba jednak równocześnie śledzić zachowanie się moczu. *Stahr.*

Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1903, oraz 1901/2.

Streścił **prof. dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

Wnioski Krajowej Rady Zdrowia.

Rozdział ten Sprawozdań Rady Zdrowia, jeden z najkrótszych, jest jednak niezmiernie ważny. Działalność na polu sanitarnem w kraju naszym, to jakby trudna i skomplikowana budowla, której fundament rzucono przed laty trzydziestu kilku, a której wznoszenia się świadkami czynią nas Sprawozdania. W pierwszej, obszernej ich części oglądamy grunt, na którym się buduje, materyał, z którego szereg gmachów ma powstać, pracę całej armii budujących i walkę jej z trudnościami terenu i materyału, kształt ogólny i szczegóły wykonanych już części; w drugiej sumują się szczegółowe spostrzeżenia o brakach i usterkach w treściwe prawidła naprawy, wyłaniają się linie wytyczne całości, plan ogólny budowniczego. Wnioski Rady Zdrowia są zarazem sumą zebranych z przeszłości spostrzeżeń i programem przyszłej działalności. Porównanie wniosków, zawartych w Sprawozdaniach z różnych lat, pozwala dalej ocenić, które z żądań Rady Zdrowia zostały spełnione, a których spełnienie jest w toku,

a śledząc wstecz niejeden wielokrotnie powtarzany wniosek, łatwo stwierdzić, że inicyatywa do załatwienia każdej ważnej sprawy zdrowotnej kraju wychodziła prawie zawsze naprzód z Rady zdrowia. Toteż trudno się zgodzić na zarzut, jakoby ze Sprawozdań Rady Zdrowia nie można wyczytać, które braki sanitarne, wytykane przez Radę, zdołano usunąć; bo, o ile chodzi o braki ważne, to z chwilą ich usunięcia znika też z szeregu »wniosków« Rady Zdrowia odpowiedni ustęp, o drobiazgowe szczegóły zaś tu nie chodzi. Również niepodobna uznać za słuszną uwagi, jakoby wnioski Rady Zdrowia pozostawały tylko na papierze; przeciwnie, licząc się z tem, że Rada Zdrowia jest organem tylko doradczym, przyznać trzeba, że w tych warunkach owoce działalności Rady są niemałe, a że są takie, to niewątpliwie zasługa czujnej inicyatywy Rady. Można też być pewnym, że rozwiązanie niezałatwionych jeszcze postulatów na polu zdrowotnem pójdzie, wcześniej czy później, drogą, wytkniętą w przedstawianych odpowiednim władzom przez Radę Zdrowia wnioskach. To także powód, dla którego ten rozdział Sprawozdań uważać trzeba za niezmiernie ważny; z przeszłości bowiem wnosząc, przypuszczać wolno, że i nadal przy zaspakajaniu tej lub innej z sanitarnych potrzeb kraju wykonanym zostanie plan nie inny, jak ten właśnie, który w danej sprawie podała Rada Zdrowia.

Na dowód tego, że nawoływania Rady Zdrowia nie pozostały bezowocne, że ilekroć rzecz jakaś była wykonana, to według projektów Rady Zdrowia i że inicyatywa wszystkich ważnych spraw wychodziła zazwyczaj z Rady, wystarczy przytoczyć kilka dawniejszych wniosków, które przechodząc różne koleje, mogły w końcu, jako wykonane, ze Sprawozdań zniknąć. I tak już w r. 1873 podała Rada plan organizacyi służby zdrowia; stopniowo znikają też ze Sprawozdań wnioski: o stałą organizacyę lekarzy powiatowych, później o poprawę ich bytu, o organizacyę lekarzy i akuszerek gminnych i okręgowych; od r. 1873 do 1889 domagała się Rada utworzenia dziś istniejącego już Wydziału lekarskiego we Lwowie; od tegoż czasu żądała powiększenia liczby łóżek dla obłąkanych, co się poczęści już spełniło przez kilkakrotne rozszerzanie zakładu kulparkowskiego; dla zwalczania opilstwa żądała Rada już w r. 1873 odpowiednich ustaw, później istotnie wprowadzonych; dla zwalczania ospy — przymusu szczepienia, istniejącego obecnie w postaci przymusu pośredniego; dalej wzywała do stworzenia szkoły weterynarskiej, obecnie nie tylko istniejącej, ale nawet przekształconej w Akademię. Należą tu dalej wnioski o tworzenie posad płatnych akuszerek gminnych, ustanowionych dziś w wielu już gminach, o budowę domu porodowego we Lwowie, dokonaną potem przy stworzeniu Wydziału lek., o odpowiednie przepisy dla zwalczania partactwa, o ustawę budowlaną dla miasteczek i wsi, w sprawie zwalczania jaglicy, w sprawie zakładów higieniczno-bakteryologicznych (powstały potem w obu wszechnicach) i wielu innych.

Znaczna część wniosków, zamykających Sprawozdania Rady Zdrowia za lata 1901/2 i 1903, powtarza się już od szeregu lat, dlatego wystarczy odesłać czytelnika do streszczeń dawniejszych Sprawozdań, tu krótko je tylko wspominając, a przytaczając dosłownie jedynie wnioski, które przybyły w r. 1903.

1) Dla asanizacyi kraju domaga się Rada Zdrowia przyspieszenia robót melioracyjnych (osuszania bagnisk, regulacyi rzek) i podjęcia ich na szeroką skalę w różnych punktach kraju. Wniosek ten w następnych Sprawozdaniach ulegnie może pewnej zmianie wobec uchwalonej na ostatniej sesyi sejmowej ustawy o regulacyi rzek i potoków, a łącznie z ustawą z r. 1901 przeznaczającej na ten cel 50 milionów koron. Prawdopodobnie jednak zaspokoi to najpilniejsze tylko potrzeby melioracyjne, a nie zaspokoi jeszcze potrzeb w zakresie asanizacyi. Wypełnieniem tego również wniosku będzie poczęści asanizacya Krakowa i Podgórza przez rozpoczętą już regulacyę Wisły, Rudawy i Wilgi.

2) W sprawie zaopatrzenia w wodę żąda Rada, by biuro melioracyjne Wydziału krajowego udzielało porady technicznej, projektowało dla gmin wodociągi, oceniało ich plany i t. d. W r. 1903 dodano żądanie, by dla bardzo ubogich gmin biuro czyniło to na koszt kraju. Wniosek ten w r. b. częściowo się spełnił przez zwiększenie krajowego biura melioracyjnego o 2 osobne siły techniczne dla tych spraw.

W sprawie higieny mieszkań domaga się Rada oddawna

3) ściślejszego przestrzegania ustaw budowniczych we Lwowie i w Krakowie i reformy tych ustaw, a nadto pojawił się w Sprawozdaniu za r. 1903 następujący wniosek:

4) »Celem usunięcia braku wychodków w bardzo wielu naszych miastach, miasteczkach i wsiach i przez to zapobieżenia endemicznemu szerzeniu się duru brzusznego, czerwonki, ewentualnie także i cholery, należy w drodze ustawowej zniewolić wszystkich tych właścicieli domów, w których brak wychodków, aby w pewnym terminie brak ten usunęli. W nowo budujących się domach należy już przy udzielaniu konsensu na budowę i na zamieszkanie ściśle przestrzegać, aby zawsze były wychodki i to dobrze urządzone, stosownie do przepisów obowiązującej ustawy budowniczej«.

5) W zakresie nadzoru nad środkami spożywczymi domaga się Rada Zdrowia stworzenia w kraju drugiego zakładu państwowego dla ich badania, dodając w r. 1903 żądanie, by instytucya ta »nie była związana z uniwersytetem«.

W sprawie higieny szkół znajdujemy następujące wnioski:

6) o budowę nowych gmachów dla szkół średnich wogóle w całym kraju, a zwłaszcza we Lwowie,

7) o ustanowienie lekarzy szkolnych, do czego w r. 1903 dołączono żądanie, by w krajowej Radzie szkolnej zasiadał delegat Rady Zdrowia z głosem stanowczym,

8) o podwyższenie dotacyi krajowej na budowę szkół ludowych, (wniosek wznowiony z r. 1899),

9) o tworzenie boisk dla zabaw szkolnych.

Szpitalnictwa, opieki nad kalekami i t. d. dotyczą wnioski:

10) o zakładanie nowych szpitali, by »przynajmniej w każdym powiecie, jeżeli nie w każdym okręgu sanitarnym znajdował się szpital«,

11) o przedkładanie każdego planu budowy lub przebudowy szpitala politycznej władzy krajowej do zaopiniowania (na podstawie § 2 sanitarnej ustawy państwowej),

12) o tworzenie liczniejszych przytulisk dla nieuleczalnych i kalek,

13) o osobne oddziały zakaźne i przyrządy odkażające w każdym szpitalu,

14) o urządzenie w każdym większym szpitalu publicznym (mającym conajmniej 80 łóżek) oddziału obserwacyjnego dla umysłowo chorych,

15) o budowę drugiego samoistnego zakładu dla obłąkanych w Krakowie (któryto wniosek, blizki dziś spełnienia, zniknie z przyszłych Sprawozdań).

Nowym w tym dziale jest wniosek:

16) »Niezbędnem jest założenie szkoły dla dozorców i dozorczyń szpitalnych, zwłaszcza dla zakładów dla obłąkanych, ponieważ osoby, którym powierza się dozór i pielęgnowanie chorych, powinny złożyć dowód uzdolnienia«.

Nie znikły niestety dotąd wnioski:

17) o budowę zakładu dla położnic w Krakowie,

18) o urządzenie krajowych zakładów dla głuchoniemych i ciemnych.

Pominięto w r. 1903 dawniejszy (1899—1902) wniosek, tu zwykle następujący, by lekarze rządowi obowiązani byli do szczegółowych wykazów nieszczęśliwych przypadków w przemyśle. Pewnym zmianom zaś uległ wniosek

19) o odpowiedniejsze pomieszczenie więzień sądowych i o większą w nich opiekę lekarską. Mianowicie nie ma już dawniejszej wzmianki o domach karnych we Lwowie, natomiast wymieniono w r. 1903, jako najpilniej potrzebujące ulepszeń, więzienia w Stanisławowie i Samborze. Jako środek polepszenia opieki lekarskiej wymienia nadto Rada Zdrowia w r. 1903 wyraźnie »podwyższenie płacy lekarzom więziennym«.

Następują dawniejsze niezmienione wnioski:

20) o uregulowanie w drodze ustawy opieki nad ubogimi i ukrócenie włóczęgostwa,

21) o stłumienie pijaństwa przez zakładanie towarzystw wstrzemięźliwości.

Do najważniejszych należą niewątpliwie wnioski, dotyczące chorób zakaźnych. Pierwszy z nich domaga się

22) ustawy państwowej o tłumieniu chorób zakaźnych, w którejby przyjęte były zasady: przymusowego odosobnienia i odszkodowania ze skarbu państwa za utratę zarobku osób odosobnionych, oraz przymusowego odkażania kosztem publicznym i odszkodowania za niszczone, a nie dające się odkazić przedmioty.

Drugi wniosek, dodany w r. 1903, brzmi:

23) »Utworzenie samoistnego zakładu badania chorób zakaźnych w Galicyi obok krajowej władzy politycznej jest niezbędnem dla skutecznego zwalczania licznych chorób zawlekanych od wschodu«.

Wreszcie 3 ostatnie wnioski dotyczą: 24) karania za nieuprawnione udzielanie pomocy położniczej (zwalczanie »babek«), 25) zmian ustawy zdrojowej, 26) emerytury dla lekarzy okręgowych i gminnych. Te trzy wnioski znikną lub ulegną zmianie w najbliższych Sprawozdaniach, albowiem pierwszemu z nich

stało się pośrednio zadość przez rozporządzenie ministeryum spraw wewn. z 18. I. 1908 L. 57,263 (ob. »Przegląd lekarski« Nr 18, str. 247, szpalta 1), drugi wywołał już uchwaloną w r. b. przez Sejm nowelę do ustawy zdrojowej (nieuwzględniającą jednak sprawy taniego kredytu, objętej tym wnioskiem Rady Zdrowia), a trzeci wypełniony będzie, skoro tylko Sejm uchwali projekt, który miał być wniesiony przez Wydział krajowy już w sesyi wiosennej, a podobno będzie wniesiony w jesieni r. b.*)

(Dok. nast.)

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich.

Walne Zgromadzenie Delegatów w d. 21. VII. 1907.

Obecni: Członkowie Rady Zawiadowczej: drdr Merunowicz Józef, Festenburg, Kowalski Edm., Opolski, Świątkowski Stef., Zgórski; Delegaci: Tow. lek. krak.: Ciechanowski, Dobrowolski; Tow. lek. lwow.: Gluziński Antoni, Obtułowicz, Tatarczuch, Herman, Rencki, Krzyszkowski, Ruff i Machek; bocheńskiej: Bernadzikowski, czortkowskiej: Hirschler, jarosławskiej: Czyżewicz Wł. i Sawicki, jasielskiej: Slączka, kołomyjskiej: Palester, rzeszowskiej: Witkowski, samborskiej: Sobolewski, sanockiej: Jacek Jabłoński, stryjskiej: Bolesław Serkowski, tarnobrzeskiej: Loewy, tarnowskiej: Dzikowski, tarnopolskiej: Michalik, wadowickiej: Bukowski. Delegaci pozostałych sekcyi nadesłali usprawiedliwienia.

1) Prezes Rady zawiadowczej, r. dw. dr Józef Merunowicz zagajając posiedzenie, odczytał listę obecnych delegatów, poczem w gorących słowach złożył hołd pamięci zmarłych członków, (wśród nich ś. p. prof. Jordana), których uczczono przez powstanie.

2) Przewodniczącym zgromadzenia wybrany został dr Wł. Czyżewicz z Jarosławia, a zastępcą jego dr Witkowski z Łańcuta.

3) Przyjęto protokół z poprzedniego Walnego Zgrmadzenia i 4) Sprawozdanie Rady zawiadowczej za r. 1906, a na wniosek komisyi rewizyjnej 5) udzielono absolutoryum z rachunków. Sprawozdanie Rady zawiadowczej podaje, że z końcem r. 1906 liczyło Towarzystwo lek. gal. 1 członka honorowego, 498 czynnych i 14 korespondentów. Liczba sekcyi (21) nie zmieniła się. Najliczniejsza z nich »Towarzystwo lekarskie lwowskie« (203 członków) odbyła 23 posiedzeń naukowych, wadowicka 8 posiedzeń, jarosławska i drohobycka po 5, sanocka 3, stryjska 1; reszta sekcyi (15) nie odbyła ani jednego posiedzenia. Majątek z końcem r. 1906 wynosił 566,172 K 73 h. Na 27 pensyi stałych dla wdów i sierót wydano 7,980 K. Pensye pobierało 8 wdów we Lwowie, 3 w Krakowie, 16 na prowincyi. Na zapomogi jednorazowe wydano 4,300 K. Na fundusze dla wdów i sierót wpłynęło w roku 1906 z darów 2,240 K 30 h. Należący do Towarzystwa Zakład zdrojowy w Morszynie prowadzono i w r. 1906 we własnym zarządzie, uzyskując 4,715 K czystego dochodu. (Na dobrach Morszyn posiada Towarzystwo czystego majątku 161,277 K 66 h). Na żądanie Towarzystwa lekarskiego lwowskiego przeprowadziła Rada zawiadowcza rokowania z Towarzystwem lekarskiem krakowskiem, które zgodziło się, by organem Towarzystwa lek. lwowskiego był zamiast »Przeglądu lekarskiego« wychodzący we Lwowie »Tygodnik lekarski«.

6) *a*) Zgodnie z wnioskami Rady zawiadowczej, przedstawionymi przez jej prezesa, r. dw. dra Merunowicza, uchwalono po dyskusyi, w której uczestniczyli drdr: Sobolewski, Zgórski, Serkowski, Ciechanowski, Rencki, Gluziński i referent: zmianę ustawy, ustalającą dobrowolną ugodę Towarzystwa lek. galic. z Towarzystwami lek.: lwowskiem i krakowskiem, mocą której organem Towarzystwa lek. lwowskiegozostał »Tygodnik lekarski«.

b) Sprawę pożyczki hipotecznej na Morszyn referuje dr Festenburg w obecności c. k. notaryusza Witosławskiego, na którego żądanie przewodniczący stwierdza ponownie wymagany komplet. W swoim czasie uchwaliło Walne Zgromadzenie Tow. lek. gal. zaciągnąć na dobra Morszyn pożyczkę hipot. w kwocie 100,000 K na przebudowę zakładu, ale Bank hipot. dał tylko 70,000 K, wobec czego zabrakło pieniędzy na wykończenie budowy i Tow. musiało się uciec do kredytu wekslowego i wewnętrznego z innych funduszów Towarzystwa, z których pierwszy wynosi 4,000 K, drugi 18,000 K. Obecnie Bank krajowy skłonny jest pożyczkę hipot. podnieść, a Towarzystwo bez obawy może ten ciężar przyjąć, gdyż wskutek inwestycyi w zakładzie kąpielowym i podwyższenia tenuty dzierżawnej folwarku dochody Morszyna wzrosły. Wobec tego referent wnosi: »Upoważnia się Radę zawiadowczą do zaciągnięcia w Banku krajowym na hipotekę dóbr Morszyn lwh. 66 i realności rustykalnej w Morszynie lwh. 73 pożyczki hipotecznej w sumie 23,000 K pod warunkami przez Bank krajowy w promesie z dnia 15. maja 1907 l. 317,300 wyrażonymi, do zeznania w tym celu imieniem Towarzystwa lekarzy galicyjskich skryptu dłużnego, do zezwolenia w tym skrypcie na intabulacyę prawa zastawu dla tej pożyczki w stanie biernym dóbr Morszyn lw. 66 i realności rustykalnej w Morszynio lwh. 73 na rzecz Banku krajowego, do zrealizowania i pokwitowania tej pożyczki, słowem do przedsiębrania imieniem Towarzystwa lekarzy galicyjskich wszystkich czynności, które do przeprowadzenia tej sprawy pożyczkowej okażą się potrzebnemi«. Powyższy wniosek uchwaliło Walne Zgromadzenie bez dyskusyi i jednomyślnie.

c) Sprawę prośb o pensye stałe referuje dr Merunowicz. Na uwzględnienie zasługiwałyby wszystkie kandydatki, których jest cztery, Rada zawiadowcza nie doradza jednak, aby w tym roku uchwalać pensye stałe, gdyż żadna z pensyonistek w roku ubiegłym nie ustąpiła, a na tworzenie nowych trwałych zobowiązań zabrakłoby pokrycia. Na wniosek dra Bukowskiego uchwalono odmówić wszystkim prośbom o pensye stałe, natomiast polecić 4 petentki Radzie Zawiadowczej do możliwego uwzględnienia przy rozdziale zapomóg.

d) Imieniem Rady Zawiadowczej przedstawia dr Merunowicz wniosek, aby Walne Zgromadzenie zamianowało dra Festenburga z okazyi ustąpienia Jego z urzędu skarbnika, który to urząd spełniał przez lat 12 z prawdziwie koleżeńskiem poświęceniem i obywatelską gorliwością, — członkiem honorowym Towarzystwa lekarzy gal., wyrażając mu przytem serdeczne podziękowanłe za poniesione trudy i płodną pracę. Wśród oklasków przyjęto jednomyślnie wniosek referenta. Dr Festenburg podziękował za odznaczenie, które będzie dla niego bodźcem do dalszej pracy.

7) Z wniosków sekcyi czortkowskiej (ref. imieniem Rady dr Festenburg) pierwszy: o wpisanie wszystkich członków Towarzystwa do »Oesterr. Aerztevereinsverband« okazał się bezprzedmiotowy, bo wpis ten jest już dokonanym; drugi: o dopuszczenie lekarzy cywilnych, nie należących do Izb (t. j. lekarzy rządowych) do Kasy chorych lekarzy, istniejącej przy Izbie wschodnio-galicyjskiej, załatwiony będzie we własnym zakresie działania tej Kasy w porozumieniu ze »Związkiem lekarzy rządowych w Galicyi«. — W dyskusyi przemawiali prof. Ciechanowski, obiecując prowadzić dalszą propagandę w sprawie Kasy chorych lekarzy w »Przeglądzie lekarskim«, i dr Obtułowicz.

8) Z wniosków sekcyi wadowickiej (ref. r. dw. dr Merunowicz) w sprawie podwyższenia wynagrodzenia za szczepienie i płac lekarzy okręgowych uznano pierwszy za nie nadający się na razie do poruszenia: co do drugiego zaś przyjęto do wiadomości, że Rada zawiadowcza sprawy tej nie spuszcza z oka. — W dyskusyi przemawiał dr Bukowski.

9) Nastąpiły wnioski nagłe delegatów. — Dr Obtułowicz poruszył konieczność nowego, obszerniejszego lokalu dla Towarzystwa lekarskiego lwowskiego. Przyjęto do wiadomości wyjaśnienie, że Rada zawiadowcza czeka na korzystniejsze konjunktury budowlane. — Dr Sawicki poruszył sprawę propagandy co do Kasy chorych lekarzy; w dyskusyi przemawiali dr Festenburg, dr Bernadzikowski — żądając agitacyi za przystępowaniem do Kasy za pośrednictwem sekcyi Towarzystwa — i prof. Ciechanowski, przedstawiając dotychczasowe działanie »Przeglądu lekarskiego« w tej sprawie i zapowiadając dalsze starania. — Dr Bernadzikowski wniósł, by Rada zawiadowcza podjęła kroki celem wspólnej akcyi i skupienia Towarzystw humanitarno-lekarskich w Galicyi; wniosek ten po wyjaśnieniu r. dw. dra Merunowicza, że Rada już w r. 1903 podjęła w tym kierunku starania i gotowa je ponowić, uchwalono. — Dr Hirschler wnosi, aby na przyszłość porządek dzienny obejmował wszystkie wnioski w ich dosłownem brzmieniu wraz z opinią Rady Zawiadowczej. Uchwalono odesłać wniosek ten Radzie Zawiad. do rozpatrzenia i przedłożenia następnemu Walnemu Zgromadzeniu. — Prym. dr Krzyszkowski wnosi, aby

*) Z tych wszystkich wniosków powtarza się wniosek 1, 3, 7, 10 12, 13, 15, 18, 21, 22, 24 od r. 1894 po raz dziesiąty, wniosek 2, 5, 8, 9, 14, 17, 19, 20 po raz siódmy, wniosek 6 i 11 poraz piąty. Dodano w r. 1903 wnioski 4, 8, 16, 23.

postarać się dla Morszyna o ulgi kolejowe, aby przyznać wszystkim lekarzom, a przynajmniej członkom Towarzystwa i ich rodzinom znaczniejsze zniżenia, aniżeli dotychczas, wreszcie aby przystąpić jaknajrychlej do dalszych inwestycyi, a już na przyszły sezon wybudować kryty deptak. Po wyjaśnieniach dr Merunowicza, dr Krzyszkowski cofnął pierwszą i trzecią część swego wniosku. Uchwalono budowę deptaku. — Na wniosek dr Bernadzikowskiego uznano potrzebę żywszej reklamy zdrojów i zakładu w Morszynie.

10) Do komisyi rewizyjnej wybrano sekcyę przemyską i rzeszowską.

11) Radę Zawiadowczą wybrano w tym samym składzie z tą zmianą, że w miejsce dra Zgórskiego wszedł dr Leopold Schellenberg ze Lwowa, który obejmie czynności skarbnika. Kol. Festenburg, dotychczasowy skarbnik, pozostał nadal w Radzie Zawiadowczej, jako jej członek zwyczajny. *C. S.*

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 21—25. VII. 1907.

Jak w dniu otwarcia, tak i w dalszym przebiegu Zjazdu, tak i po jego zamknięciu zapanowało i trwa w umysłach uczestników zgodne wrażenie, że w historyi Zjazdów będzie miał X. Zjazd jedną z kart najświetniejszych. Obrazu całości oczywiście nikt bezpośrednio widzieć i objąć nie zdołał; w całej wyrazistości odtworzy się ona dopiero po ogłoszeniu szczegółów pracy, dokonanej w sekcyach. Doraźnie można zdać sprawę zaledwo z tych momentów, przez które nabierał Zjazd zewnętrznego blasku i z tych rysów, które wskazując na żywe zajęcie się Zjazdu zagadnieniami społeczno-higienicznemi, były chwytane przez szerokie koła publiczności i przez dziennikarstwo; z tych wreszcie punktów jego programu, które zbliżając do siebie ludzi z różnych kątów naszej ziemi, pozostawiają po sobie ciepłe wspomnienie braterstwa i spójni, nie osłabionych żadnemi sztucznemi granicami i niezagłuszonych żadnemi sztucznie szczepionemi różnicami.

W drugim dniu Zjazdu, 23. VII., taką chwilą, pełną podniosłego nastroju, a niepozbawioną zewnętrznej okazałości, było odsłonięcie pomnika Marcelego Nenckiego, dłuta Popiela, przyczem wobec tłumnie zebranych uczestników Zjazdu i publiczności przemawiali prezes komitetu budowy pomnika, prof. Bądzyński, prezes Wydziału gospodarczego Zjazdu, prof. Bylicki, rektor wszechnicy lwowskiej prof. Gryziecki i przedstawiciele młodzieży uniwersyteckiej. A hołd, oddany pamięci znakomitego naszego przyrodnika, pogłębił się jeszcze przez uroczyste posiedzenie wszystkich sekcyi przyrodniczych, na którem całe znaczenie Jego pracy dla nauki wszechświatowej uwydatniły przemówienia znakomitej wieloletniej współpracowniczki Nenckiego, pani Nadiny Sieberowej, umyślnie na Zjazd przybyłej, oraz pp. Lepperta, prof. Weyberga i Natansona.

Taką chwilą powszechnego entuzyazmu było zamykające Zjazd drugie posiedzenie ogólne, gdy zebrani uchwalali podjęcie starań, aby Zjazd XI. odbył się w Warszawie, i gdy prof. Bylicki, jako główny Zjazdu gospodarz i dr Kwaśnicki, rzeczywisty prezes Zjazdu, żegnali uczestników gorącemi przemówieniami, odzwierciedlającemi wszystkie te wzniosłe idee, które spajają i łączą przyrodników i lekarzy, a szczególnie lekarzy i przyrodników polskich, pracujących na polu naukowem tem usilniej, im trudniejsze są u nas warunki tej pracy i im donioślejsze ma ona znaczenie dla społeczeństwa, któremu dziś wolno na tem jednem bodaj tylko polu żywotności swej w całej pełni dowodzić. Na posiedzeniu tem, uświetnionem wykładem prof. Rotherta z Odessy, zadokumentowały się też starania polskich przyrodników i lekarzy o pożytek społeczeństwa w licznych uchwałach rozmaitych sekcyi, do wiadomości Zjazdowi podanych, a do rozpatrzenia i wykonania przekazanych nowowybranej Delegacyi stałej, (której skład podaliśmy już w numerze poprzednim).

Z uchwał tych wymienimy: złożenie hołdu rodaczce, której prace opromieniły polską naukę świetnym blaskiem, pani Skłodowskiej-Curie (wniosek sekcyi mat.-fiz.); złożenie hołdu pamięci wielkiego lekarza-filantropa, Henryka Jordana (wniosek sekcyi wychowania fiz.); wniosek o podjęcie starań, by szkoły rządowe w Galicyi uzyskały stosowne budynki, by je usunięto z budynków wynajętych, higienicznie nieodpowiednich, by zapobieżono przepełnieniu w szkołach, ustanowiono lekarzy szkolnych, zwiększono zakres nauki higieny w seminaryach; by urządzono higienicznie gmachy szkół początkowych w Królestwie Polskiem; by zaprowadzono wszędzie w szkołach naukę jednorazową, dbano o rozwój fizyczny dzieci, urządzono kąpiele szkolne (sek. wychowania fiz.); by wprowadzono naukę higieny do szkół średnich (sek. dydaktyczno-przyrodnicza); dalej wniosek o ukończenie prac w zakresie słownictwa chemicznego, o reformę i podniesienie poziomu (egzamin dojrzałości) studyów farmaceutycznych (sek. chemiczno-farmaceutyczna); o założenie katedry i zakładu higieniczno-bakteryologicznego w lwowskiej Akademii weterynaryjnej (sek. weterynaryjna); wnioski o zajęcie się sprawą walki z chorobami wenerycznemi i uregulowania prostytucyi (sek. dermatol.), o zakładanie przytułków dla dzieci umysłowo upośledzonych, dla opilców i chorych na padaczkę, o pomieszczenie wszystkich obłąkanych w zakładach (sek. neurologiczno-psychiatryczna); wniosek o ustawę, zwalniającą robotnice fabryczne od pracy (na zasadzie prawa o ubezpieczeniu robotników) na ostatnie tygodnie ciąży (sek. położnicza); życzenie, by kliniki w interesie chorych i nauki otwarte były i w czasie feryi (sek. chirurgiczna); rezolucye w sprawie zwalczania śmiertelności niemowląt, higieny szkolnej, zwalczania chorób zakaźnych, nadzoru nad środkami żywności (sek. medycyny publ.); uchwałę opracowania wspólnego polskiego kodeksu deontologii lekarskiej (sek. spraw zawodowych); uchwały, zdążające do reform w czasopiśmiennictwie lekarskiem przez ograniczenie ilości, a polepszenie jakości pism i przez założenie związku prasy lekarskiej polskiej (sek. prasy lekarskiej); postanowienia w sprawie stworzenia polskich Zjazdów i Towarzystw dla pewnych działów medycyny (internistów, chirurgów, okulistów, higienistów) i t. p.

Wnioski te, rezolucye i uchwały nie wyczerpują zapewne całego zakresu najpilniejszych potrzeb naszych na polu naukowo-lekarskiem i higieniczno-społecznem, niemniej jednak poruszają wiele spraw ważnych; a choć wnioskodawcy nie zawsze może liczyli się z wykonalnością, to wątpić nie można, że publiczne spraw tych poruszenie popchnie niejedną z nich naprzód. Tak działo się i poprzednio, jak wskazuje przedłożone Zjazdowi na I. ogólnem posiedzeniu Sprawozdanie Delegacyi stałej z wykonania uchwał Zjazdów poprzednich. Niejedna myśl, rzucona przez Zjazdy, przyoblekała się potem w ciało, przyjmując się wśród społeczeństwa, jak to np. w ostatniem siedmioleciu powiedzieć można przedewszystkiem o idei wychowania fizycznego. Żywym niejako przykładem jej rozkrzewienia się, przedstawionym Zjazdowi, były zapasy lwowskiego Towarzystwa zabaw ruchowych w ostatnim dniu Zjazdu, o których wspomnieć się godzi osobno, jako o rzeczy, będącej czemś więcej, niż zwykłem urozmaiceniem Zjazdu.

A takie donioślejsze znaczenie miały i te, do Zjazdu naukowego dołączające się dodatki, które pod pozorem uprzyjemnienia i rozrywki kryją wcale poważny pożytek. Zaliczyć do nich należy mnogie wycieczki, pomiędzy któremi część znaczniejszą stanowiły wycieczki o celu mniej lub więcej naukowym. Oprócz kilku przyrodniczych, 3 rolniczych, odbyły się 4 balneologiczne (z nich dwie kilkodniowe do całego szeregu ważniejszych galicyjskich zdrojowisk) i kilka dla zwiedzenia takich instytucyi, jak Kulparków, zakłady sanitarne lwowskie i t. p. — wszystkie przy żywym udziale interesowanych. Nie brakło oczywiście punktów programu, wyłącznie rozrywkę mających na celu, ani pozaprogramowych mnogich dowodów gościnności i serdecznych koleżeńskich uczuć ze strony lekarzy Lwowa.

Zanim będzie można zdać dokładniej sprawę z dorobku ściśle naukowego ważniejszych sekcyi lekarskich, godzi się tu już wspomnieć o tych sekcyach, których prace nosiły najwybitniejsze piętno dorobku społecznego i najżywiej też ogół, nietylko lekarzy, zająć mogły.

Największy rozgłos zyskało sobie zbiorowe posiedzenie w sprawie zwalczania alkoholizmu, na którem głównym sprawozdawcą był prof. Popielski. Najrozleglejszy jednak zakres zagadnień społecznych objęły prace sekcyi medycyny publicznej i wychowania fizycznego. Pierwsza z nich nadała dostateczny nacisk sprawie walki z gruźlicą, której pierwsze hasła u nas na szersze rozmiary dał Zjazd IX. Referentami sprawy tej byli dr Alfred Sokołowski z Warszawy, (którego wykład wkrótce ukaże się w »Przeglądzie«) i dr Pisek ze Lwowa, a ożywiona dyskusya była dowodem, jak bardzo spotężnienie tej walki leży uczestnikom X. Zjazdu na sercu. Bardzo poważne miejsce w obradach tej sekcyi zajęła higiena młodzieży. Objęto rozprawami bardzo znaczną część przedmiotu. Wiek niemowlęcy był uwzględniony w VI. głównym temacie:

»Śmiertelność niemowląt« (ref. r. dw. dr Merunowicz i prof. Raczyński), w odczycie dra Hornunga p. t. »Statystyka karmienia piersią we Lwowie«; wiekiem szkolnym zajmowała się sekcya medycyny publicznej wspólnie z sekcyą wychowania fizycznego, a obok tematów głównych: II. »Stan obecny higieny szkolnej w Polsce« (ref. dr Kopczyński z Warszawy, dr E. Piasecki i dr Hornung ze Lwowa), i III. »Szkoła wobec kwestyi płciowej« (ref. dr Karwowski z Poznania, dr Blumenfeld i dr Witwicki ze Lwowa) wygłoszono wykłady w sprawie lekarzy szkolnych (dr Serbeński, dr Kopczyński: »Znaczenie higieniczno-wychowawcze systematycznych oględzin lekarskich młodzieży szkolnej«, dr Rossberger, dr Niezabitowski: »Ambulatoryum szkolne w Nowym Targu«) i t. d. Resztę czasu zajęła w tej sekcyi głównie higiena miast (dr Polak: »O brukach miejskich« i IV. temat: »Zaopatrywanie osad ludzkich w wodę«, ref. inż. Maślanka, prof. Bujwid i r. dw. Merunowicz) i szereg wykładów drobniejszych. We wszystkich dyskusyach zabierali głos nader liczni mowcy i na żadnym zapewne jeszcze Zjeździe nie nosiły rozprawy tej sekcyi takich cech gorliwości i żywotności, jak na tym ostatnim.

W sekcyi wychowania fizycznego omawiano najobszerniej sprawę pomieszczenia szkół. Trzej sprawozdawcy z Galicyi: dr Piasecki, dr Winogrodzki i prof. Błażek przedstawili wielkie braki, jakie pod tym względem są w szkołach rządowych w Galicyi, a sekcya uchwaliła rezolucyę, domagającą się zmiany tych opłakanych stosunków, zwłaszcza zaś potępiającą wynajmowanie nieodpowiednich budynków na szkoły. W Królestwie według sprawozdania drdr Tchórznickiego, Kopczyńskiego i Krysińskiego jest o tyle jeszcze gorzej, o ile małe zasoby i gorączkowe tworzenie szkół polskich stanowi niemałe utrudnienie; jednakże jest też w Królestwie widoczny i szybki postęp dzięki zaprowadzeniu licznych już lekarzy szkolnych, których w Galicyi brak prawie zupełnie. Znaczenie i pożytek lekarzy szkolnych wyjaśniały wykłady dr Hornunga ze Lwowa i Kopczyńskiego z Warszawy. Higieną nauczania zajmowały się sprawozdania prof. Błażka i panny Aleksandrowiczówny, na których wniosek uchwalono żądanie nauki jednorazowej, dwa razy w tygodniu zupełnie wolnego popołudnia (nawet od nauki domowej) i ulg w planach naukowych dla słabszych ustrojów dziewczęcych. Żądanie kąpieli przy każdej szkole uchwaliła sekcya po wymownych wykładach dra Tchórznickiego z Warszawy i dra Kaczorowskiego ze Lwowa. Mundurki uczniów uznano za niehigieniczne (ref. dyr. Niemiec ze Lwowa). Sprawozdanie ze stanu ćwiczeń fizycznych i zabaw ruchowych młodzieży złożyli co do Królestwa dr Piotrowski i p. Wł. R. Kozłowski, co do Galicyi dr Piasecki i dr Winogrodzki. W obu zaborach nastąpił w ostatnich latach wielki, a pocieszający postęp. Sekcya uchwaliła żądanie, by nauczycieli wysyłano rokrocznie na koszt władz na odpowiednie studya do Szwecyi, by urządzano dla nich kursa gier ruchowych, by tworzono boiska i parki Jordanowskie. Za integralną część wychowania uznano stosownie do wywodów pp. Kozłowskiego, Błażka i pny Wyżdżanki pracę ręczną, którą należy wprowadzić we wszystkich szkołach i t. d.

Wśród sekcyi ściśle lekarskich najliczniejsze, o programie najobfitszym były sekcye chirurgiczna, medycyny wewnętrznej i ginekologiczna. Odznaczały się one przytem doborem tematów i znakomitem wielu opracowaniem. W swoim czasie postaramy się zdać z nich w »Przeglądzie« sprawę dokładniej. Wspomnieć jeszcze należy, że i niektóre sekcye medycyny t. zw. teoretycznej (n. p. anatomiczna) były na X. Zjeździe liczniejsze, niż kiedykolwiek i okazałym pochlubić się mogą dorobkiem.

Poraz pierwszy stworzył X. Zjazd sekcyę spraw zawodowych stanu lekarskiego, a już sama ta okoliczność, że sekcya ta, jakby dla informacyi lekarzy z Królestwa, oczekujących samorządu, urządziła publiczne posiedzenie Izby lekarskiej i że rozprawy jej, dotyczące deontologii lekarskiej, przygotowały grunt dla wspólnego polskiego kodeksu deontologii, wymownie świadczy o znaczeniu i pożytku tej innowacyi. *C.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Opusty aptekarskie dla instytucyi publicznych w Austryi zmniejszyło ministerstwo spraw wewn. (rozp. z 20. VII. 1907 L. 23,886) na 33% dla aptek publicznych, a 15% dla aptek domowych, utrzymywanych przez lekarzy; apteki o małym obrocie mogą prosić władzę polityczną o dalsze jeszcze ulgi (do 15%). Rozporządzenie to (wywołane niewątpliwie oporem aptekarzy przeciw zbyt wielkim opustom, naznaczonym przez § 11 rozp. min. z 10. XII. 1906 Dz. p. p. Nr 236) wchodzi w życie d. 1. sierpnia b. r. *R.*

Sprawą lekarzy-specyalistów zajmowała się na ostatniem swem posiedzeniu Najwyższa Rada Zdrowia w Wiedniu, oświadczając się przeciw wprowadzeniu odrębnych egzaminów, uprawniających do tytułu specyalisty, a za tem, aby specyaliści przedstawiali władzom dowody, iż w danym dziale medycyny pracowali przez czas dłuższy w klinice lub w większym szpitalu. *R.*

Samoistności zarządu sanitarnego i władz sanitarnych w Austryi, które obecnie są zależne od władz politycznych, domagał się w austryackim parlamencie przy rozprawach nad prowizoryum budżetowem poseł dr Adler. *R.*

Sprawy lekarskie w austryackiej Radzie państwa obejmie komisya, złożona z 26 członków. — Poseł dr Ellenbogen wniósł interpelacyę w sprawie niedopuszczenia kobiet na posady sekundaryuszów szpitalnych, wskazując na to, że przez to odbiera się kobietom możność równie gruntownego wykształcenia się, jak mężczyznom, wyrządzając krzywdę nietylko kobietom-lekarkom, ale i leczącym się u nich chorym. Interpelacyę tę komentują pisma codzienne, podając, że rząd wogóle jest przeciwny dopuszczeniu kobiet na posady sekundaryuszów; posady te są w szpitalach wiedeńskich posadami państwowemi, otwarcie ich byłoby dopuszczeniem kobiet do urzędu publicznego i stworzyłoby precedens dla innych działów służby rządowej, czego rząd chce uniknąć. — Za staraniem dra Jägera powstał w Radzie państwa Związek przedstawicieli zdrojowisk, który ma się starać o uregulowanie ochrony źródeł, ulepszenie komunikacyi kolejowej i t. p. *R.*

Kasa chorych dla lekarzy ma powstać w warszawskiem »Stowarzyszeniu lekarzy polskich«; statut jej opracowała już komisya, do której należeli drdr: Sokołowski, Dunin, Szumlański, Manduk, Luxenburg, Lubliner, Winiarski i J. Zawadzki. *R.*

Kąpiele ludowe w Warszawie zawdzięczają swój rozwój Wydziałowi kąpieli ludowych warszawskiego Towarzystwa Dobroczynności, który powstał w r. 1896 pod przewodnictwem prof. dra Baranowskiego. Wydział, posiadający obecnie 82,900 rb. majątku, rozporządzał 2 własnymi zakładami kąpielowymi i 8 zakładami w fabrykach, szkołach i t. d. W r. 1906 wydano kąpieli 72,218, z tego uczniom szkół elementarnych 19,358, wogóle znacznie więcej, niż w którymkolwiek roku poprzednim. Niedobory pokrywa grono ofiarnych osób. *R.*

Lekarza szkolnego ortopedę ustanowiło miasto Charlottenburg celem szczególnego nadzoru nad dziećmi, dotkniętemi skrzywieniem kręgosłupa. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 14. do 20 VII. 1907 doniesiono o 38 nowych przypadkach duru plamistego w 16 gminach, a mianowicie w pow. Bohorodczany (Markowa 2), Drohobycz (Łastówki 3), Jaworów (Zawadów 1, Morańce 1), Kosów (Słobódka 1), Lisko (Wołkowyja 1), Mościska (Artamowska wola 2), Nadwórna (Pasieczna 4, Pniów 6), Peczeniżyn (Utoropy 4), Rawa (Szczerzec 2, Smolin 1, Parypsy 1, Mazury 2, Radruż 6), Podhajce (Siemikowce 1). — Od 21. do 27. VII. 1907 doniesiono o 10 nowych przypadkach duru plamistego w 7 gminach, a mianowicie pow. Dobromil (Kniaźpol 1, Żohatyn 1), Drohobycz (Łastówki 2), Nadwórna (Dobrotów 1), Śniatyn (Dżurów 1), Złoczów (Złoczów 3, Zarwanica 1), o 1 przypadku ospy w Jasieniu pow. Kałusz, o 4 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 3 gminach, a mianowicie m. Lwów 2, pow. Gorlice (Gorlice 1), Ropczyce (Kozodrza 1). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 14. do 20. VII. 1907 przypadków: płonicy 2, duru brzusznego 1, róży 1. — Od 21. do 27. VII. 1907 przypadków: płonicy 2, nagm. zapalenia ślinianek 1. *W.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 14. do 20. VII. 1907 urodziło się dzieci żywo 56, nieżywo 6; zmarło osób 41 (w tem obcych 22), z nich z gruźlicy 13 (11), zapalenia płuc 2, płonicy 1 (1). — Od 21. do 27. VII. 1907 urodziło się dzieci żywo 63, nieżywo 2; zmarło osób 52 (w tem obcych 18), z tych z gruźlicy 11 (3), z duru brzusznego 1 (1). *R.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 14. do 20. VII. 1907 przypadków: błonicy 6 † 2 (w tem obcy 1 † 1), krztuśca 4 (2), płonicy 7 † 1 (4), odry 2, duru brzusznego 1 (1), czerwonki 1 † 1, gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1), nagminnego zapalenia opon 1. — Od 21. do 27. VII. 1907 przypadków: błonicy 1, płonicy 2, duru brzusznego 1, gorączki połogowej 2 † 2, nagminnego zapalenia opon 3 † 2 (w tem obcych 3 † 2). *L.*

Cholera pojawiła się w Samarze, gdzie w szpitalu ziemstwa zmarło 3 chorych.

Dżuma. W Odessie zachorował wśród objawów podejrzanych posługacz, który uczestniczył przy sekcyi zmarłego na mór palacza okrętowego.

Gorączka powrotna w Warszawie wygasa.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Donieśliśmy już o uroczystem otwarciu nowego budynku kolonii leczniczej dla dzieci izraelickich w Rabce, wystawionego kosztem pp. Fränklów z Krakowa. Kolonia, utrzymywana od lat 15 przez osobne Towarzystwo, zyskała teraz okazały budynek, mogący pomieścić 50 dzieci, i dwumorgowy ogród. Przy otwarciu w d. 18. VII. przemawiali dr Z. Ehrenpreis, dr Józef Steinsberg i prof. Jakubowski, założyciel pierwszej na ziemiach polskich kolonii dla dzieci, dającej obecnie w Rabce pomieszczenie 200 dzieciom.

— Do szeregu miast galicyjskich, podejmujących uzdrowotnienie na większą skalę, przybywa Bochnia, która energicznie zajęła się sprawą wodociągów i kanalizacyi i ukończywszy już prace wstępne, wkrótce przystąpi do wykonania tych inwestycyi kosztem 2 milionów koron.

— W Medyce otwarł dr Stanisław Kaczurba prywatny pensyonat wychowawczy dla anormalnych umysłowo i nerwowych dzieci.

— Dyplomy doktorskie uzyskali w Krakowie pp. Teofil Gniazdowski z Król. pol., Kazimierz Homiński ze Lwowa, Adam Lewinter ze Zbaraża.

Lwów. Na obchód ćwierćwiekowej rocznicy założenia Akademii weterynaryjnej we Lwowie, który, jak donosiliśmy, odbył się w przededniu X. Zjazdu lek. i przyr. polskich, przybyło przeszło stu byłych wychowanków zasłużonej tej instytucyi oraz kilku gości z za kordonu. W przyozdobionej sali Akademii powitał przybyłych przemówieniem prezes Towarzystwa weter., krajowy referent spraw weter., p. Ponicki, poczem zabrał głos jeden z trzech pierwszych profesorów szkoły, radca dw. prof. Kadyi, a obecny rektor Akademii, prof. dr Szpilman, skreślił historyę Zakładu. Ze skromnych początków (w r. 1880) wzrosła instytucya do poważnych dziś rozmiarów: budżet jej, pierwiastkowo 34,000 K, doszedł dziś 130,000 K, grono wykładających z 3 zwiększyło się do 13, asystentów i demonstratorów z 3 do 10, biblioteka obejmuje dziś 4,370 tomów wartości 30,000 K; zakład rozporządza 11 stypendyami. Plan nauki ustawicznie jest rozszerzany i doskonalony, a wkrótce uzyska Akademia prawo promowania doktorów weterynaryi. W bliskiej przyszłości ma Akademia nadzieję uzyskać nowe, odpowiednie budynki. Przy Akademii wychodzą 3 fachowe czasopisma. Uczniów zapisanych było 773, z tych otrzymało dyplom 294. Uroczystość zakończyło przemówienie przedstawiciela młodzieży i odczytanie mnogich nadesłanych życzeń ze wszech stron Polski.

— Krajowa Rada Zdrowia na posiedzeniu w d. 2. VII. oświadczyła się za utworzeniem okręgów sanitarnych w Piwnicznej w pow. nowosądeckim i w Baryczu w pow. buczackim, za rewakcynacyą uczniów i uczenic w seminaryach nauczycielskich podczas III. roku nauki, wydała opinie co do podwyższenia taks szpitalnych w Sokalu, Kołomyi, Białej i Brodach, co do koncesyi sanitarnej na zakład dla matołków w Iwoniczu, oświadczając się zarazem za objęciem tego zakładu w zarząd kraju, dalej wydała opinię co do użycia solanki z t. zw. Pomiarek w Truskawcu do kąpieli, co do rekursu z powodu nadania apteki w Wełdzirzu i wreszcie przedstawiła kandydatów na 2 posady krajowych inspektorów sanitarnych.

— Ostatni kurs dla dezynfektorów, urządzony przez fizyka m. Lwowa, dra Legeżyńskiego, odbywał się publicznie w sali wykładowej na Wystawie higienicznej. Publicznie również, w obecności kilkudziesięciu lekarzy z różnych stron Polski, odbył się końcowy egzamin w czasie X. Zjazdu przyrodniczo-lekarskiego. Uczestniczyło w kursie 15 wysłańców różnych gmin i 105 żandarmów.

Zdrojowiska polskie. Do Rabki przybyło do d. 17. VII. osób 1,997, do Iwonicza do d. 15. VII. osób 2,817, do Żegiestowa do d. 1. VII. osób 155. (Z wielu zdrojowisk liczb podać nie możemy, ponieważ ich zarządy nie nadsyłają nam list gości).

Warszawa. Kasa im. Mianowskiego wydała dzieło dra Stanisława Serkowskiego z Łodzi p. t. »Mleko i mleczarstwo w oświetleniu higieny i bakteryologii«.

— Rada ministrów zatwierdziła wniosek ministra spraw wewnętrznych o oddanie pod zarząd miasta instytucyi, zawiadywanych dotąd przez Radę Dobroczynności publicznej. Instytucyi tych jest 26, a wśród nich wszystkie większe szpitale w liczbie 12, oraz 6 przytułków położniczych. Budżet zakładów tych wynosił w r. 1905 1,693,861 rb. dochodu, a 2,054,168 rb. wydatków (niedobór 360,306 rb.). Majątek tych instytucyi, zawiadywany przez Rady Dobr., wynosił 3,151,041 rb. w kapitałach, 687,542 rb. w ruchomościach i 13,236,816 rb. w nieruchomościach.

— Towarzystwo kolonii letnich wysyła w r. b. do 9 miejscowości 2,742 dzieci; zgłosiło się 6,000.

— Dzienniki donoszą, że lekarzom kolei nadwiślańskich ma być zabronioną praktyka prywatna, jako odciągająca od właściwych obowiązków; pensye lekarzy podniesiono do 1,800 rb. rocznie.

— Ministeryum oświaty zawiadomiło kuratora warszawskiego okręgu naukowego, że uznaje za pożądane wprowadzenie wykładów higieny, prowadzonych przez lekarzy, jako przedmiotu nadobowiązkowego w dwóch wyższych klasach szkół średnich męskich i żeńskich.

— Ruchomy oddział okulistyczny udzielił w ciągu miesiąca pobytu w Zamościu 2,126 porad, operacyi wykonano 128.

— Miasto Włocławek przystępuje do zaprowadzenia kanalizacyi.

Z różnych stron. Królewskie Towarzystwo lekarskie londyńskie, powstałe niedawno przez połączenie się 15 rozmaitych towarzystw tamtejszych, liczy przeszło 4,000 członków, posiada bibliotekę, złożoną z 80,000 tomów i 8000 funtów szterlingów rocznego dochodu. Jest to więc chyba największe i najbogatsze Towarzystwo lekarskie na świecie.

— Uniwersytet moskiewski postanowił ustanowić stypendyum im. A. P. Czechowa, ku uczczeniu pamięci tego znakomitego powieściopisarza, który był, jak wiadomo, lekarzem.

Powołani: w Paryżu na katedrę historyi medycyny dr G. Ballet, na katedrę anatomii prof. Nicolas (z Nancy), w Lyonie na katedrę patologii wewn. dr Roque, na katedrę patologii ogólnej dr Collet.

Mianowani: dr Adam Wizel starszym ordynatorem w szpitalu na Czystem w Warszawie, dr Julian Lubowiedzki lekarzem powiatowym w Podhajcach;

prof. Payr z Gracu dyrektorem kliniki chirurgicznej w Gryfii, prof. Stoeckel z Berlina dyrektorem kliniki ginekologicznej tamże, prof. His z Getyngi dyrektorem kliniki lekarskiej (po Leydenie) w Berlinie.

Zmarli: pedyatra prof. Grancher w Paryżu, anatom prof. Koster w Utrechcie, dentysta prof. Albrecht w Berlinie;

dr Jan Wiszniewski w 46 r. ż. w Petersburgu.

Redakcya otrzymała: Gerzabek: O trudnościach rozpoznawczych w przypadkach uwięzniętych przepuklin udowych. »Now. lek.« — Lemberger: Komentarz do VIII. wydania farmakopei austryackiej. Tom II. Kraków 1907. Nakładem Tow. farmac. »Unitas«. Str. 816, z 141 rycinami. — Mikołajski: Kodeks deontologii lekarskiej. Lwów 1907. — Hryniewiecki: L' infection considerè comme le facteur principal des maladies infectieuses. Paris 1900. — Hicner: Z praktyki sądowo-lekarskiej. »Tyg. lek.« 1907.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w lipcu 1907: *Gazeta lekarska Nr 24—29:* Drozdowicz: Bromoderma fungoides ulcerosum. Sterling: Dwa przypadki aleksyi (c. d.). Biernacki: Poszukiwania nad wpływem pokarmu przetłuszczonego na narząd trawienia oraz przemianę materyi (c. d.). Tokarski: Przypadek napadowych przyspieszeń ruchów serca. Nusbaum: Henryk Hoyer. Pawiński: O leczeniu dusznicy bolesnej. Ciechomski: Rana kłuta śledziony i przepony. Przepuklina przeponowa. Wycięcie śledziony. Jaworski: Przyczynek do etyologii i terapii gorączki połogowej. Pruszyński: Teorya jonów i jej zastosowanie w medycynie. Jaworski: Walka z rakiem. Mayzel: Sposób szybkiego rozpoznania obfitości kwasu moczowego w moczu. — *Medycyna Nr 26—30:* Ettinger: Wysłuchowa metoda określania ciśnienia i wartość jej praktyczna. Brunner i Pinkus (dok.). Karczewski: O ciąży śródmiąższowej (dok.). Landau Anastazy:

Badania doświadczalne nad alkalicznością krwi i zatruciem kwaśnem. Urstein: Przyczynek do psychiatryi porównawczej. Żebrowski: Precypitacya i odchylenie aleksyny. Marcinkowski: Przepuklina dziury zasłonowej. — *Kronika lekarska Nr 13—16:* Jaworski: Walka z rakiem. Dudrewicz: O zapobieganiu cierpieniom narządu słuchowego. Grudziński: O badaniu odruchu rzepkowego. Giedroyć (c. d.). — *Tygodnik lekarski Nr 26—32:* Barącz: Uwięźnięcie przepukliny powikłane zakrzepem w żyle krezkowej górnej. Czyżewicz (sen.): Sprawozdanie zakładu położniczo-ginekologicznego lwowskiego za rok 1903—1906. Gąsiorowski: O odkażającem działaniu i praktycznem zastosowaniu par formalinowych o wyższej ciepłocie. Bogdanik: Przyczynek do podskórnych obrażeń cewki moczowej. Szymonowicz: O zakończeniach nerwowych we włosach człowieka. Beck: O nużeniu się nerwu. Popielski: O wpływie peptonów na czynność serca. Raczyński: Doświadczenia z leczeniem nagminnego zapalenia opon mózgowych zapomocą surowicy Jochmanna. Biegański: O współczesnej filozofii przyrody. Natanson: Świat widziany od strony elektrycznej. (*Nra 29—32 wyszły jako »Dziennik X. Zjazdu L. i P. P.«*). — *Nowiny lekarskie Nr 7:* Hornowski: Przyczynek do rzekomej niedokrwistości. Moraczewski: Nowsze badania w zakresie trawienia i przyswajania. — *Czasopismo lekarskie Nr 6—8:* Perlis: O znieczulaniu rdzeniowem. Jasiński: Stosunek ciepłoty ciała wewnętrznej do zewnętrznej w różnych stanach chorobowych u dzieci. Mazurkiewicz: O prawach myślenia w obłędzie i w zdrowiu. Puterman: O metodzie wiązania aleksyny. Brudziński: Przyczynek kliniczny do zboczeń rozwoju fizycznego dzieci na tle zaburzeń czynności gruczołu tarczowego. Goldenberg: O wrzodziejącem zapaleniu jamy ustnej, wywołanem prątkami wrzecionowatymi i krętkami. Serkowski: Sprawozdanie z działalności pracowni sanitarnej miejskiej w Łodzi (1901—1907). Schoeneich: O zapaleniu nerek w przebiegu płonicy. Serkowski: Gruźlica ludzi i perlica bydła. Sterling: O rokowaniu w gruźlicy płuc. Maybaum: Rak u ludzi młodych. — *Głos lekarzy Nr 13—14:* Mikołajski: 1) X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. 2) Jubileusz dra Zamenhofa. 3) Kodeks deontologii lekarskiej (c. d.). 4) Ustawa o ubezpieczeniu urzędników prywatnych w zastosowaniu do lekarzy. 5) Wystawa przyrodniczo-lekarska i higieniczna. 6) Galic. Kasa dla chorych lekarzy. Braun: Towarzystwo zaliczkowe lekarzy. — *Krytyka lekarska Nr 7—8:* Kramsztyk: Profesor Henryk Hoyer. Bujak: Życiorys Henryka Jordana. Kramsztyk: Wady mianownictwa i układu naukowego w okulistyce. — *Postęp okulistyczny Nr 6:* Majewski: O operacyjnem leczeniu myopii (dok.). Rosenhauch: Kilka uwag o owrzodzeniach rogówkowych ze szczególnem uwzględnieniem »Ulcus serpens«. — *Kronika dentystyczna Nr 7:* Ziemens: O naprawianiu dostawek metalowych. — *Zdrowie Nr 6—7:* Kiszkiel: Mleko z punktu widzenia higieny. Jaroszyński: O wpływie higienicznych warunków w fabrykach na zdrowotność robotników i wydajność ich pracy. Ziemiński: 1) W sprawie walki ze ślepotą. 2) Przyczynek do etyologii ślepoty. Endelman: Walka z jaglicą. Kamocki: Zapobieganie ślepocie. — *Przegląd higieniczny Nr 7:* Panek: O wartości zdrowotnej naczyń niklowych. Szpilman (c. d.).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Visvit odpowiada, w przeciwieństwie do dawniejszych według jednostronnych zasad budowanych przetworów odżywczych, postępowym pojęciom fizyologii żywienia i leczenia. Zawiera prawie w zupełności połączone wszystkie istoty odżywcze, służące do pomnożenia masy organicznej, do uzupełnienia soków ustroju i do zastąpienia soli fizyologicznych, — czyli wogóle do wzmocnienia ustroju.

Dr Singer B., lekarz chorób dziecięcych (»Allgem. Medicin. Central-Zeitung, Berlin 1907, Nr 20 u. 21) wyraża się o tym przetworze z wielkiem uznaniem. Dzieci zażywają go chętnie z powodu doskonałego smaku. Skuteczność visvitu przy stanach osłabienia po ciężkich chorobach żołądkowo-jelitowych, przy wyczerpaniu po błonicy, płonicy, durze i t. d., jakoteż przy niedokrwistości i blednicy u dzieci starszych, jest uderzająca.

Szczególnie korzystnem okazało się stosowanie visvitu w krzywicy. Fosfor, żelazo i sole potasowe, których właśnie tu braknie schorzałemu ustrojowi, znajdują się w dobrze dobranem połączeniu w visvicie. Jest to tem ważniejsze, że leczenie fosforem i tranem rybim, aczkolwiek skuteczne, musi się przerywać z powodu trudnego trawienia i powstawania nieżytu żołądkowo-jelitowego. Znaczna liczba historyi chorób dowodzi, jak visvit zdolny jest podnieść wagę ciała, pomnożyć liczbę ciałek czerwonych, usunąć zgrubienia i zniekształtnienia kości, jakoteż skurcze u dzieci. W ślad za tem widoczne są większa ruchliwość i lepsze usposobienie dzieci.

Zwykła dawka wynosi 1—2 łyżeczek 2—3 razy dziennie. Próbki bezpł. rozsyła chem. instyt. dr Horowitz, Berlin N 24.

Hr.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

I. Zdrojowiska krajowe:

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.

Dr **Brodzki Jan,** b. asyst. prof. Leydena, kierownik zakładu dla hydro- elektro- mechanoterapii.

Iwonicz.

Dr **Berger Marek.**
Dr **Gabryszewski A.,** Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakl.
Dr **Lanes S.**

Kosów.

Lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Paździer.
Dr **Tarnawski,** właściciel i kierownik.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian,** („Domek Szwajcarski").
Dr **Dębicki Klemens,** („Pod Jeleniem").
Dr **Ebers H.,** kierownik c. k. Zakładu hydropatycznego
Dr **Kmietowicz Franciszek,** (Dom „Świteź").
Dr **Lewicki Stanisław,** b. asyst. kliniki chor. kobiec. prof. Marsa (willa Białej Róży).

Rabka.

Dr **Cholewicz Fr.**
Dr **Lang Otokar,** lekarz okr.
Dr **Supiński Edmund,** lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Bielecki Ignacy,** lek. okręg.

Szczawnica.

Dr **Gorski Ksawery,** b. lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr **Hammerschlag,** (Willa „Atylla").
Dr **Kołaczkowski J.,** kierownik wodolecz. i pensyonatu.
Dr **Kruszyński Kazimierz,** radca cesarski.
Dr **Żuliński Edward,** (Willa „Alma"), (zimą w **Meranie**).

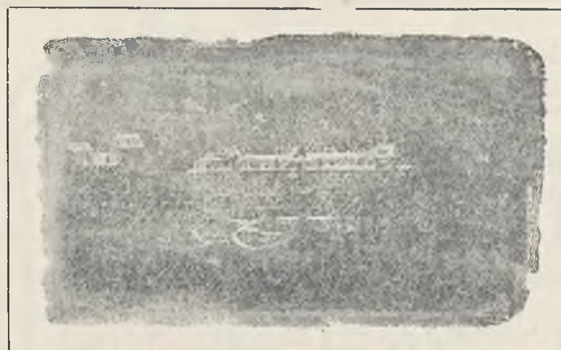
Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski,** radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon.**
Dr **Praschil Tad.,** b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Wisła.

Dr **Zanietowski Józef.**

Zakopane.



SANATORYUM Dra DŁUSKIEGO DLA CHORYCH PIERSIOWYCH.

Zegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz,** lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński,** (Louisenstr. 2a).

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk,** lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon,** b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl").

Biarritz (B. P.) France.

Dr **Bohdanowicz,** („Villa St. Hubert"), („zimą w **Nizzy**").

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.,** lekarz zakładowy.
Dr **Wobr,** lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Engländer Bernard,** (Schwarzer Bär, Kirchenstr.).
Dr **Steinsberg,** (Pensyonat leczniczy we własnej willi).
Dr **Zeitner Józef,** („Stadt-Paris" Kirchenstrasse).

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.,** radca ces., (Villa „Höflinger" VII).

Kissingen.

Dr **Chłapowski Fr.,** radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.

Karlsbad.

Dr **Biernacki E.,** docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").
Dr **G. Gittelmacher-Wilenko,** b. asystent Uniw. lwow. Sprudelstr. Haus Kronprinz.
Dr **Kaufmann Oskar,** („Pascha" Sprudelstrasse).

Marienbad.

Dr **Harajewicz Władysław,** radca ces. („Villa Wahnfried").
Dr **Kwiatkowski St. B.,** („Stadt Hamburg").

Rok XLVI. Kraków, dnia 10. sierpnia 1907. Nr 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Szerzenie się i zwalczanie gruźlicy płucnej.

Podał
Dr Med. Alfred Sokołowski
(Warszawa).

Uważam za zbyteczne rozwodzić się obszerniej i podawać szczegółowe liczby, odnoszące się do szerzenia się gruźlicy w całym świecie. Liczby te dostatecznie są znane. Spopularyzowane zostały one dokładnie i bliżej oznaczone w licznych publikacyach, wahając się w stosunkowo bardzo szerokich granicach. Śmiertelność bowiem z gruźlicy wynosi od 17 do 60 i wyżej w stosunku do 10,000 żyjących. Powyższy jednakże współczynnik śmiertelności nie określa bynajmniej całej ilości chorych dotkniętych jednocześnie gruźlicą w danej miejscowości, wielki bowiem odsetek zapadłych na tę chorobę wylecza się. Istotny więc odsetek dotkniętych wogóle sprawą gruźliczą nie da się wskutek tego ściśle określić, a sądzę, że bez przesady powiedzieć możemy, iż co najmniej czwarta część ogółu ludności dotknięta jest w pewnym okresie życia w mniejszym lub większym stopniu sprawą gruźliczą. Jeśli nawet w krajach Europy zachodniej, w których prowadzone są ścisłe dane statystyczne, trudno jest określić istotny odsetek dotkniętych tą chorobą osób, to cóż dopiero mówić o nas. Statystyki w ścisłem tego słowa znaczeniu odnosić się mogą li tylko do miast i to większych, nie dając bynajmniej wskaźnika istotnego szerzenia się tej ciężkiej zarazy wśród ogółu naszego społeczeństwa.

Istotne dane statystyczne przedstawiają się stosunkowo bardzo smutno. Wedle bowiem sprawozdania protomedyka dr Merunowicza w jego ostatniej pracy »O stosunkach zdrowotnych Galicyi w roku 1903« śmiertelność z gruźlicy poniekąd nawet wzrasta. W roku bowiem 1903 zmarło na nią przeszło 25,000 osób, a na 1,000 ludności wypadło 3,35, wspólnie zaś z zapaleniem płuc, które łączone są w jedną rubrykę, wypadnie liczba 6,3 na 1,000 ludności, a przeszło 24% ilości ogólnej zmarłych. Ze statystyki szczegółowej, zestawionej przez tegoż autora dla miast galicyjskich co do śmiertelności z gruźlicy wraz z zapaleniem płuc, wypadają liczby stosunkowo bardzo wielkie, wahające się w granicach 10 i 39,1%: we Lwowie 39,1 na 100 zmarłych, w Krakowie 34, w Tarnowie 11, w Stanisławowie 22, w Rzeszowie 32 i t. d. Jaki istotny odsetek wypada na samą gruźlicę, statystyka nie podaje, gdyż, jak to słusznie zaznacza Merunowicz, w Galicyi zaledwie w czwartej części wszystkich zgonów śmierć bywa sprawdzona przez lekarzy. W każdym razie twierdzi autor, że żadna inna choroba zakaźna nie pochłania tylu ofiar, ile gruźlica. O wiele mniej dokładne statystyczne dane dają się zebrać w Królestwie, gdzie z wyjątkiem Warszawy i kilku większych miast absolutnie żadnych ścisłych danych statystycznych otrzymać nie można. I tak n. p. w Warszawie wedle ostatniej statystycznej pracy dr Polaka stosunek śmiertelności z gruźlicy przedstawiałby się wcale nie najgorzej. W okresie bowiem między latami 1892—1906 waha się między 2,8 a 2,2 na 1,000 ludności. Powyższe jednakże liczby wydają się mi stanowczo zbyt małe, gdyż, jak sam się przekonać mogłem, aczkolwiek istnieje w Warszawie obowiązkowe zapisywanie przez lekarza przyczyny śmierci, często jednakże, a szczególniej u zmarłych starszych osób, przyczyna bywa podawana nieścisła wobec niekulturalnych warunków ludności, z której znaczny jeszcze odsetek nie zasięga porady lekarskiej. Dane statystyczne, podawane z innych miast, jak: Łodzi, Radomia, Lublina i innych, podlegają w wyższym jeszcze stopniu temu zarzutowi. Co się zaś tyczy ludności wiejskiej Królestwa, to pod tym względem nie posiadamy absolutnie żadnych ścisłych danych. Istniejący zaś materyał jest albo oparty na zbyt małych liczbach, lub też, co gorzej, opiera się li tylko na ogólnikowych wrażeniach autorów. Do prac tej kategoryi zaliczyć należy pracę statystyczną urzędowego komitetu Królestwa, ogłoszoną w roku bieżącym pod tyt.: »Trudy warszawskawo staticzeskawo komiteta« (Warszawa, 1907). Autor tej pracy, prof. Jesipow, opierając się na źródłach urzędowych, dotyka w rozdziale o ogólnej śmiertelności i suchot płucnych, podając dla kilkudziesięciu miast i miasteczek śmiertelność z tej choroby. Liczby jednakże, podane przez autora, oparte są na registracyi, nie obowiązującej na prowincyi i do tego u ludności, której ogromny odsetek, jak sam autor zaznacza, nie zasięga porady lekarskiej. Stąd i dane i wnioski autora wypadają niezwykle dziwnie i tak naprzykład: w Płocku z ogólnej liczby 524 umarłych wogóle, na suchoty wypadło 56, w Radomiu z 661 — 91, w Lublinie na 1,695 — 292, w Kielcach na 788 wypadło 111. Tymczasem n. p. w Miechowie miało umrzeć na suchoty w ciągu roku 1906 tylko dwie osoby z liczby 88 zmarłych, w Kolnie 1 na 44 zmarłych i t. p. Naturalnie najmniejszej wątpliwości nie ulega, że liczby te są nieścisłe. Bardziej jeszcze ulegają temu zarzutowi wnioski autora, dotyczące śmiertelności z suchot w całym kraju, wyprowadza on bowiem współczynnik śmiertelności 5,5‰, opierając się nie na ścisłej registracyi, która jest niemożliwą, lecz na podstawie stosunku śmiertelności z suchot do innych wogóle chorób, podawanych w statystycznych sprawozdaniach lekarzy. By się przekonać, o ile rachunek ten

musi być błędnym, dosyć spojrzeć na tablicę autora, pomieszczoną na stronicy 94, w której podaje, że na 1,000 mieszkańców zasięgało porady u lekarzy: w Warszawie 724, w gubernii Piotrkowskiej 143, Siedleckiej 78, Warszawskiej 64, Łomżyńskiej 49, Radomskiej 44, a Kaliskiej i Suwalskiej 37. To jest najlepszą ilustracyą, jak niewielką wartość może mieć ta statystyka. Bardziej jeszcze, bo już zupełnie na fantazyi, są oparte przypuszczenia autora, n. p. że śmiertelność wyższa, niż średnia dla Królestwa, spostrzegana w trzech powiatach gubernii Lubelskiej, t. j. Lubelskim, Zamojskim i Tomaszewskim, zależna jest od formacyi kredowej i trzeciorzędnej, które sprzyjają rozwojowi suchot (!!), w powiecie zaś Ostrowskim i Szczucińskim gubernii Łomżyńskiej autor zwiększoną śmiertelność z suchot stawia w związku z nizkiem położeniem i wilgotnością gruntu tych miejscowości. Jedynie, mówiąc o znacznie zwiększonej śmiertelności z suchot w gubernii Piotrkowskiej, możnaby się zgodzić z autorem, że jest ona zależną od bardzo rozwiniętego w tej gubernii przemysłu fabrycznego.

Jedynie dla Księstwa poznańskiego posiadamy poniekąd o wiele dokładniejsze dane, dzięki pruskiemu systemowi ścisłej statystyki, wprowadzonej tamże nietylko w miastach, ale i na całym obszarze kraju. Zestawił je szczegółowo dr Karwowski z Poznania na IX. Zjeździe lekarzy w Krakowie. W całem Księstwie umiera średnio na rok 17,3 (1897 r.) na 10,000 m., co stanowi objaw niezwykle korzystny w porównaniu z Galicyą. Natomiast samo miasto Poznań dało liczbę stosunkowo wysoką, bo aż 31,5%, to jest przypominającą śmiertelność Krakowa lub Lwowa.

Aczkolwiek więc, jak z wyż wyłożonego okazuje się, nie posiadamy w Królestwie ścisłych danych, odnoszących się do szerzenia się suchot, to niemniej z zestawienia dotychczasowych w tym kierunku prac i doświadczenia, zaczerpniętego u lekarzy szpitalnych i prowincyonalnych, dojść można do stanowczego wniosku, że suchoty u nas nietylko w miastach i miasteczkach, lecz i pośród ludności wiejskiej szerzą się ogromnie, stanowiąc nie mniejszą klęskę, niż na zachodzie Europy. I słusznie też i obecny Zjazd lekarski, podobnie jak poprzedni, sprawę zapobiegania szerzeniu się tej strasznej plagi postawił na porządku dziennym. Jak jej zapobiedz, jak z nią walczyć skutecznie? Czy na drodze niszczenia źródła zarazka gruźliczego, co zdawałoby się pozornie sprawą najistotniejszą, czy na usuwaniu usposobienia do zapadnięcia na tę chorobę, kładąc główny nacisk, jak to chcą niektórzy autorowie, na wzmacnianie odporności ustroju? Obydwie te podstawowe teorye walki z gruźlicą, aczkolwiek niezależne od siebie, w istocie jednakże są ściśle z sobą związane, jedynie bowiem zespolenie na drodze wielce mozolnej i bardzo konsekwentnej i wytrwałej pracy całych pokoleń wspólnie z udziałem rządów może być w przyszłości uwieńczone pomyślnym skutkiem, o czem najlepiej poucza doświadczenie, oparte na ścisłych danych w Anglii, w której śmiertelność z suchot płucnych stale się zmniejsza w ten sposób, że w okresie między rokiem 1851 a 1895 spadła ona przeszło o 49%, idąc równomiernie niemal ze spadkiem śmiertelności ogólnej, a przedewszystkiem z chorób zakaźnych. Spadek ten śmiertelności ujawnił się w Anglii w okresie, kiedy jeszcze nie przedsiębrano żadnych środków w kierunku profilaktyki, specyalnie skierowanej przeciw gruźlicy, a stosowano jedynie środki ogólno-państwowe ku podniesieniu ogólnych warunków higienicznych, szczególniej u ludności biednej. W Anglii zrozumiano już przed laty kilkudziesięciu, że chcąc walczyć skutecznie z gruźlicą, nie można stosować jakichś środków, jeśli się tak można wyrazić, zdawkowych, ograniczać się na ogólnej filantropii, lub bezradnie załamywać ręce, twierdząc, że wobec choroby tak rozpowszechnionej i będącej w tak ścisłym związku z nędzą społeczną, jesteśmy zupełnie bezsilni, a wszelkie nasze usiłowania w tym kierunku będą tak zw. kroplą w morzu. Anglicy, trzeźwo i praktycznie patrząc na rzeczy, zrozumieli jasno, że w chorobie, mającej swe źródło w wadliwym ustroju społecznym warstw najbiedniejszych, całe społeczeństwo winno pomyśleć o gruntownych reformach, a przedewszystkiem budować od podstaw przez wydanie odpowiednich praw sanitarnych, chroniących biedną ludność od stałego przebywania wśród złych warunków higienicznych. Historya rozwoju owych fundamentalnych praw sanitarnych w Anglii jest wielce ciekawą. I w tym nawet kraju prawodawstwo w kierunku pomienionym miało do zwalczenia niesłychane trudności, oparte na konserwatyzmie jednych, niechęci drugich, braku wiary w skuteczność ustaw u trzecich, a wreszcie na obawie zatracenia na marne olbrzymich sum, które tego rodzaju reformy bezwarunkowo pociągnąćby musiały. Brak miejsca i czasu nie pozwala mi nawet na pobieżne streszczenie historycznego rozwoju tej wielce ciekawej pracy, rozpoczętej w r. 1837 przez wydanie aktu o obowiązkowej registracyi zejść śmiertelnych w całem państwie. Wyniki tej pracy uwydatniły niezbicie fakt, że zwiększenie śmiertelności pozostaje w ścisłym związku z zaniedbaniem elementarnych podstaw higienicznych i doprowadziły do wydania w 1848 r. pierwszego prawa, odnoszącego się do zdrowia publicznego z wytworzeniem centralnego urzędu zdrowia z atrybucyami administracyjnemi, z naznaczeniem w każdej gminie inspektorów i nadzorców zdrowia, posiadających władzę nadzorczą i wykonawczą. Prawo to, stanowiące olbrzymi postęp w kierunku poprawy zdrowotności publicznej, stosowane było z początku tylko w gminach, które wykazywały nadmierną śmiertelność, lub same żądały zastosowania tego prawa i dopiero w r. 1891 prawo to zostało zastosowane jako obowiązujące cały kraj, tak miasta, jak wsie i miasteczka. Akt ten prawodawczy, zwany »Public health London act«, stanowił podwalinę praw zdrowotnych angielskich i wzór, który naśladowały i na którym wzorują się prawodawstwa innych państw. Nie możemy tutaj nawet pobieżnie rozbierać szczegółów tego wiekopomnego aktu, nadmienimy tylko, że cel przewodni prawa, polegający na uzdrowotnieniu miast i wsi, polega na usuwaniu drogą prawodawczą wszystkich tych czynników, które mogą szkodzić zdrowiu nietylko całych grup, ale nawet pojedynczego osobnika. I tak: do kategoryi tych czynników szkodliwych prawodawca zalicza: każdy dom, lub grunt, który wskutek swoich złych warunków higienicznych może wywierać wpływ szkodliwy na mieszkańców, lub ich sąsiadów, każde miejsce ustępowe, kloakę, wodozbiór i t. p., które wskutek zanieczyszczenia, lub wadliwego urządzenia szkodliwie oddziałać mogą na zdrowotność ogólną, zgromadzenie odpadków lub znacznej ilości pyłu, niedostateczne i niedokładne zaopatrzenie w dobrą wodę domu mieszkalnego, nadmierne przepełnienie domu lub jego części mieszkańcami, nieodpowiednie pod względem

higienicznym urządzenia fabryk lub warsztatów, młyny, fabryki, kominy, wydzielające dużo sadzy i t. p. Takie to czynniki szkodliwe mają obowiązek wykrywać umyślnie ustanowieni urzędnicy zdrowia i zmuszać drogą sądową do ich usuwania lub poprawy. W razie zaś niewykonania poleceń spełniane bywają one na koszt właściciela posesyi. Oprócz tego prawo powyższe wymaga, aby każda miejscowość zamieszkała była zaopatrzona w dobrą wodę do picia, żąda asanizacyi miejsc ustępowych, wymaga również ścisłego nadzoru nad dobrocią produktów spożywczych, nad chorobami zaraźliwemi. Dopiero po ogłoszeniu tych praw rozpoczęły się w Anglii gruntowne prace na polu poprawy zdrowotnych warunków kraju. Zaczęto kanalizować miasta, burzyć całe niezdrowe dzielnice w Londynie i innych wielkich miastach, zakładać place, ogrody, skwery, budować dla robotników zdrowe domy i t. p. Państwo i gminy wydały w tym celu w ciągu lat 15 (1875 a 1890) przeszło sto milionów funtów szterlingów (miliard rubli). Olbrzymi ten wydatek, poniesiony w interesie li tylko zdrowia publicznego, okazał się w skutkach niezwykle dobroczynny. Ogólna bowiem śmiertelność spadła z 23 na 17 na 1,000, śmiertelność zaś z suchot z 24 spadła na 17 na 10,000. Powyższe dane, zaczerpnięte ze ścisłych statystyk angielskich, powinny nam służyć za drogowskaz, jakiemi drogami powinno się rozpoczynać i prowadzić walkę z gruźlicą. Walka ta w podstawowych i najkapitalniejszych swoich elementach nie różni się w niczem od walki z innemi chorobami zakaźnemi. A opierać się powinna przedewszystkiem na poprawie warunków zdrowotnych (sanitarnych) całej ludności drogą odpowiedniego państwowego prawodawstwa z jednoczesnem asygnowaniem z funduszów publicznych odpowiednich sum, jako darowizny lub pożyczki dla tych gmin, które owych, zawsze bardzo kosztownych urządzeń, nie mogą wprowadzić z własnych funduszów.

Z dzielnic naszego kraju jedynie w Księstwie poznańskiem obowiązuje częściowo prawodawstwo w tym kierunku, oparte na wzorach angielskich. Stąd też w tej dzielnicy zdrowotność podnosi się stale, a śmiertelność z chorób zakaźnych, jakoteż z gruźlicy się zmniejsza. W Galicyi, a szczególniej w Królestwie, brak podobnego prawodawstwa jest przyczyną wysokiej śmiertelności z gruźlicy. Stąd też obowiązkiem Zjazdów lekarskich będzie: zawsze i stale formułowanie wniosków, dążących do wydania odpowiednich praw, będących podstawowym czynnikiem w walce z gruźlicą.

(C. d. n.)

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala kraj. w Sarajewie.

O sprawności serca i o jej ocenianiu.

Skreślił

Prof. Dr Ludomił Korczyński.

(Dokończenie).

Nie małe znaczenie może mieć przy badaniu wpływ układu nerwowego na krążenie, na nerwy naczynioruchowe. Przez ten wpływ powstawać mogą takie zmiany, że niepodobna badania dokonać. Trafia się to zwłaszcza u kobiet nadmiernie wrażliwych i wstydliwych. Ale w okresie zdrowienia po niektórych chorobach zdarzyć się może i u mężczyzn nadmierna pobudliwość naczynioruchowa, a wtedy powstają przy badaniu zmiany w krążeniu, dla dokładnego ocenienia istotnego stanu bardzo niepożądane.

Prostszym od wszystkich sposobów, o których dotąd mówiliśmy, jest sposób, polegający na śledzeniu wpływu, jaki na czynność serca wywiera zmiana położenia ciała. Znaną jest rzeczą, że u osób leżących uderza serce najrzadziej, a parcie jest najwyższe. U osób stojących opada nieco parcie, a podnosi się liczba tętna. W warunkach prawidłowych, t. j. u ludzi zdrowych, zmiany te są nieznaczne. Inaczej bywa u chorych. Tu proste podniesienie się w łóżku wywołać może tak znaczne przyspieszenie tętna i obniżenie parcia krwi, tak że chorzy wprost doznają bicia serca, uczucia niepokoju i zmieniają się widocznie. Ale na to potrzeba już bardzo znacznego osłabienia mięśnia sercowego i właściwie zbyteczne są osobne sposoby badania, aby takie osłabienie poznać, a objawy, które od niego zależą, właściwie ocenić.

W ostatnich już czasach wystąpił Poczobut[5]) z propozycyą, aby o sile mięśnia serca tworzyć sobie pojęcie na podstawie różnicy między ciepłotą ciała, mierzoną pod pachą, a ciepłotą, oznaczoną w pochwie lub odbytnicy. Spostrzeżenia swe i wnioski przedstawił Poczobut w dłuższej pracy, opartej na wcale znacznym materyale. Ostateczny wynik badań jest ten, że w przebiegu chorób zakaźnych z chwilą słabnięcia serca, lub też z chwilą, gdy serce objęte zostaje zakażeniem bezpośrednio, wynosi różnica między ciepłotą zewnętrzną a wewnętrzną najmniej 1° C, często więcej.

Prosty i łatwy sposób badania, podany przez Poczobuta, zasługiwał w każdym razie na uwagę i dokładniejsze rozpatrzenie. Dlatego w całym szeregu przypadków, gdzie serce było niewątpliwie chore, poleciłem mierzyć przez pewien czas ciepłotę pod pachą i w odbytnicy. Kilka z tych spostrzeżeń przytoczę dla przykładu.

1. J. Z. *Insuff. v. bicuspid. et vv. semilun. aortae, pericarditis. — Mors.*

Dzień	4. V.			5. V.			
Godzina	6	3	7	6	12	3	7
Ciepłota w pasze .	36,6	36,4	36,6	36,0	37,2	36,4	37,5
Ciepłota w odbytn.	37,0	37,3	37,0	36,4	37,6	37,0	37,8

2. R. T. *Pyaemia puerperalis, endocarditis. Mors.*

Dzień . . .	21. V.						22. V.			
Godzina . .	6	9	12	3	6	9	6	9	12	9
Ciepł. w pasze	36,4	36,0	36,4	38,4	37,6	37,0	38,2	37,6	38,3	37,0
Ciepł. w odb.	37,3	37,6	37,8	38,6	38,2	37,5	38,6	38,0	38,6	37,5

3. M. K. *Insuff. v. bicuspid. Tuberculosis pulmonum.*

Dzień	7. V.			10. V.		
Godzina	8	12	9	6	3	9
Ciepłota w pasze .	36,5	37,5	37,0	37,2	37,4	37,8
Ciepłota w odbytn.	37,7	38,4	38,0	37,8	38,0	38,4

4. J. B. *Myocarditis.*

Dzień	21. V.			22. V.			
Godzina	10	3	7	6	11	4	9
Ciepłota w pasze .	36,5	36,5	36,3	36,2	37,1	36,8	36,7
Ciepłota w odbytn.	37,4	37,5	37,0	37,3	38,0	37,3	37,9

Liczba tętna tej chorej leżącej 76, siedzącej zwiększa się o 12.

5. P. T. *Myocarditis, emphysema pulm., bronchitis.*

Dzień	24. V.			25. V.		
Godzina	9	12	3	6	9	7
Ciepłota w pasze .	36,3	36,2	36,5	36,0	36,3	36,2
Ciepłota w odbytn.	37,1	37,2	37,2	36,6	37,0	36,9

---

[5]) Lwowski Tygodnik lekarski, 1907, Nr 9, 10, 11.

6. J. K. *Myocarditis, bronchitis. Mors.*

Dzień	4. IV.		5. IV.		5. IV.		7. IV.	
Godzina . . .	6	3	6	3	6	3	6	3
Ciepł. w pasze .	36,9	37,1	36,8	36,3	36,1	36,4	36,5	36,3
Ciepł w odbytn.	37,7	38,1	37,4	37,0	36,7	37,0	37,3	37,2

W przytoczonych spostrzeżeniach widać istotnie dość znaczne różnice między ciepłotą w pasze, a ciepłotą w odbytnicy, ale nie są one zawsze i wszędzie tak bardzo wybitne, jakby się można było spodziewać na podstawie sprawozdania Poczobuta. Najważniejsze jednak, to to, że różnice te nie są stałe.

Nieco stalsze zmiany widziałem u chorych, którzy w toku grypy przebyli zapalenie płuc, a przytem okazywali w okresie zdrowienia znamiona pewnego osłabienia serca. U nich wynosiła istotnie różnica między ciepłotą wewnętrzną, a zewnętrzną zwykle około 1° C. Dwa z takich spostrzeżeń objaśnią to w liczbach.

1. M. K. *Reconvalescentia post pneumon. in decursu influenzae.*

Dzień	23. V.				24. V.
Godzina	10	12	3	6	10
Ciepłota w pasze . . .	36,1	36,0	36,2	36,2	36,3
Ciepłota w odbytnicy .	37,0	37,0	37,3	37,1	37,4

2. J. B. *Reconvalescentia post pneumoniam in decursu influenzae.*

Dzień	21. V.			22. V.		
Godzina	8	12	1	8	12	7
Ciepłota w pasze .	36,4	36,2	36,7	36,0	36,2	36,4
Ciepłota w odbytn.	37,5	37,1	37,8	37,0	37,3	37,2

W pierwszym z tych przypadków wynosiła liczba tętna w położeniu poziomem 48, u chorego siedzącego podnosiła się do 54; po dwukrotnem podniesieniu w łóżku wzrosła nawet do 68. W drugim przypadku znaleziono w tych samych warunkach liczbę tętna 88, 100 i 120.

Przykłady, które przytoczyliśmy, wystarczą, aby pokazać, że porównawcze mierzenia ciepłoty posiadają pewną wartość, że dostarczać mogą niejakich wskazówek dla ocenienia chwilowego stanu serca. Zwłaszcza wynik dodatni, t. j. pojawianie się wyraźnej różnicy między ciepłotą w pasze i w odbytnicy, może służyć za oznakę osłabienia serca. Wynik ujemny po jednorazowem, a nawet parokrotnem mierzeniu nie dowodzi jeszcze niczego, gdyż może zależeć od przyczyn czysto miejscowych. W każdym jednak przypadku trzeba oceniać rzecz oględnie i liczyć się z wpływem warunków zewnętrznych, a przedewszystkiem zwracać uwagę na wilgotność, a więc i parowanie skóry, a dalej na stan błony śluzowej odbytu, wypełnienie kiszki kałem itd. Badania tego rodzaju, o ile mi się zdaje, byłoby wszakże najlepiej ograniczyć do przypadków chorób zakaźnych, a nie rozszerzać ich wcale na przypadki chorób serca w ściślejszem tego słowa znaczeniu.

Mimochodem wspomnimy jeszcze o sposobie Herza. Polega on na tem, że badana osoba z całem natężeniem uwagi zgina bardzo powoli przedramię. Toześrodkowanie uwagi ma działać w ten sposób, że u osób z sercem słabem zwalnia się tętno, ze zdrowem przyspiesza.

Własnego doświadczenia, opartego na większej liczbie spostrzeżeń, nie posiadam w tym kierunku. Ale w tych niewielu przypadkach, które w powyższy sposób badałem, nie mogłem żadną miarą dostrzedz wybitnych różnic. Wpływ widziałem tylko u osób bardzo wrażliwych. Ale u tych już głośno wypowiedziane zdanie, czy jakakolwiek inna podnieta, wystarczy, aby serce inaczej zaczęło uderzać.

Na tem, co dotychczas powiedzieliśmy, kończy się zakres najważniejszych i najprostszych sposobów badania siły mięśnia sercowego. O innych, bardziej złożonych, wymagających więcej czasu, wprawy i urządzeń, jak np. o kryoskopii [6]), mówić nie będę, gdyż sposoby te mają znaczenie więcej w klinice, niż w praktyce. A nie można żadną miarą od lekarza wymagać, aby dla jednego określenia poświęcał parę godzin czasu, tembardziej, skoro do celu dojść może krótszemi i prostszemi drogami. Ale stanowczo żądać można i trzeba, aby te prostsze i łatwiejsze sposoby znał dokładnie i używał ich w każdym przypadku, gdzie poznanie siły serca jest z jakichkolwiek powodów potrzebne. Tylko pod tym warunkiem ustrzedz się można przed niemiłemi niespodziankami, badanych przed niepowetowaną niekiedy szkodą, a w leczeniu chorób serca przed szablonowem zapisywaniem lekarstw i bezkrytycznem polecaniem sposobów leczenia.

[6]) Obszerniejszą pracę o kryoskopii ogłosił w roku 1902 Cz. Otto w »Kronice lekarskiej« i podał w niej wyniki swych badań sprawności serca i nerek.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Vogel. **Dalsze doświadczenia nad działaniem podskórnych wstrzykiwań fizostygminy celem pobudzenia ruchu robaczkowego.** (*Mitteil. aus d. Grenzgeb.* T. 17, Z. 5). Wstrzykiwania fizostygminy pobudzają znacznie ruch robaczkowy jelit i chronią od tworzenia się pooperacyjnych zrostów. Wstrzykuje się jeden miligram, w danym razie w 4—6 godzin drugi. Bardzo dobrze działa fizostygmina w uporczywych wzdęciach i zaparciach po stłuczeniach brzucha. Przed operacyą najlepiej usuwać tylko dawno zaległy kał, a nie bardzo przeczyszczać chorych, bo silne przeczyszczanie wpływa osłabiająco na jelita. *Klęsk.*

Lanz. **Doświadczalne zastąpienie krezki.** (*Zentralbl. f. Chir.* 1907, Nr 22). L. starał się zbadać doświadczalnie, o ile można krezkę zastąpić siecią, przyszytą do jelita. Zdaje się, że jestto rzeczą możebną, a nawet już raz w praktyce zastosował to L. z dobrym skutkiem. *Klęsk.*

Sauerbruch. **Doszczętna operacya olbrzymich przepuklin pachwinowych.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 24). Wielu operatorów nie podejmuje się nawet zabiegu przy olbrzymich przepuklinach, wychodząc z założenia, że wyniki po operacyi są złe, bo poprostu niema miejsca w jamie brzusznej na odprowadzone jelita, operacya sama jest nieraz trudna. Chorzy tacy potrzebują jednak koniecznie pomocy, a olbrzymie nawet przepukliny można operować, stosując przedtem przedwstępne leczenie, polegające na leżeniu w łóżku (z podniesioną częścią nożną) przez 14 dni przy płynnej dyecie i częstem przeczyszczaniu. Już po 3—4 dniach przepuklina się zmniejsza, jama brzuszna wypełnia się, a jelita przyzwyczajają się powoli do prawidłowego położenia. Czasem przygotowanie to trzeba dłużej przeciągnąć. W ten sposób operował autor 8 chorych w znieczuleniu lędźwiowem. Cięcie prowadzić należy duże, nie starać się o zupełne uwolnienie worka, by uniknąć krwiaków. Celem usunięcia napięcia przy szyciu dobrze jest przesunąć dolny koniec mięśnia prostego, oddzieliwszy jego przyczep, i przyszyć do więzadła Pouparta. *Klęsk.*

Schoemaker. **W sprawie techniki szwu jelitowego.** (*Zentralbl. f. Chir.* 1907, Nr 8). Wbrew zapatrywaniu Freya, który boczne połączenie jelita uważa za najkorzystniejsze, Sch., opierając się na spostrzeżeniach własnych u ludzi i doświadczeniach na psach, oświadcza się stanowczo za szwem okrężnym. Niedogodności przy łączeniu brzegów jelita w okolicy krezki, gdzie blaszki błony surowiczej silnie się rozchylają po przecięciu jelita i nie dają należytego pokrycia surowiczego przy zakładaniu szwu, omija Sch. w ten sposób, że najprzód zakłada dwa szwy węzełkowe, pokrywając błoną surowiczą miejsca obnażone

z niej, jak gdyby chciał zaszyć światło jelita. Następnie odcina przy jednym końcu jelito krótko, szwem zaś od drugiego końca jelita szyje w dalszym ciągu okrężnie poszczególne warstwy jelita, lub całe jelito, w końcu szwem zewnętrznym błonę surowiczą. Szew ten na jelicie cienkiem jest bardzo łatwy, trudny natomiast jest na jelicie grubem z powodu silnego rozchylenia się blaszek błony surowiczej. Wyniki miał Sch. zawsze zadawalniające. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Vogel. **Stosowanie guzika Murphyego na jelicie grubem.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 22). Na podstawie swych spostrzeżeń przestrzega V. przed stosowaniem guzika Murphyego na jelicie grubem. Zatyka on się tam często kałem, jelito powyżej guzika rozdyma się silnie, łatwo tworzy się odleżyna i przedziurawienie. Guzik Murphyego może mieć zastosowanie tylko w górnych częściach przewodu pokarmowego, t. j. tam, gdzie treść jelit jest płynna. *Klęsk.*

Storp. **Rozległe wycięcie jelita cienkiego.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 87, Z. 4—6). S. wyciął u 21-letniego chorego z powodu mięsaka 510 cm. jelita cienkiego. Dotąd opisano przeszło 21 wyleczonych przypadków rozległego wycięcia jelita (ponad 200 cm.). Jeżeli reszta jelit jest prawidłowa, można, zdaniem S., śmiało usunąć przy operacyi $^2/_3$, a nawet i więcej długości jelit. *Klęsk.*

Blumberg. **Pewien rozpoznawczy objaw przy zapaleniu kątnicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 24). W tymczasowem doniesieniu podaje autor nowy objaw ograniczonego zapalenia otrzewnej, polegający na tem, że ucisk na zajęte miejsce jest wprawdzie bolesny, ale daleko boleśniejsze jest nagłe odjęcie uciskającej ręki. Gdy sprawa przebiega mniej ostro, bole przy przyłożeniu i przy odjęciu ręki są sobie równe, gdy ustępuje choroba, ból przy nagłem odejmowaniu ręki jest bardzo mały, a gdy sprawa jest przewlekłą, niema wcale bolu przy odjęciu ręki. Objawem tym kieruje się autor z bardzo dobrym wynikiem, zwłaszcza w ocenie przebiegu i natężenia zapalenia wyrostka robaczkowego. *Klęsk.*

Barącz. **O rodzaju cięcia przy wycinaniu wyrostka robaczkowatego i o cięciu bocznem kiszki grubej.** (*Zentralblatt f. Chir.* Nr 12, 1007). W celu uniknięcia przepuklin w bliznach po zabiegach na wyrostku robakowatym, zaleca B. na podstawie spostrzeżeń, zebranych przez siebie w Ameryce i kilku własnych przypadków t. zw. cięcie międzymięśniowe, podane przez Mc. Burneya w r. 1894. Cięciem skośnem, długości 8—10 ctm., w odległości mniej więcej 3 ctm. od górnego kolca kości biodrowej, wzdłuż włókien m. skośnego zewnętrznego, dochodzi się do powięzi tego mięśnia, rozdziela na tępo jego włókna i powięź, poczem również na tępo, prostopadle do cięcia rozdziela się mięsień skośny wewnętrzny i poprzeczny, nakoniec przecina się powięź poprzeczną i otrzewnę na długości $2^1/_2$ ctm. Cięcie to w miarę potrzeby rozszerza się, rozdzielając włókna mięśni głębokich i nacinając ich powięzie. Po usunięciu wyrostka szyje się katgutem każdą część dla siebie, a skórę jedwabiem. W trudniejszych warunkach poleca R. F. Weir przeciąć odsłoniętą powięź m. skośnego zewnętrznego i prostego aż ku linii białej, odsunąć m. prosty ku linii środkowej, a wtenczas dostęp do jamy brzusznej jest bardzo wygodny; po zabiegu szyje się również każdą blaszkę z osobna. Sposób ten nadaje się także doskonale przy zabiegach na kiszce grubej w każdej okolicy i przy wytwarzaniu odbytu sztucznego, przyczem ułożenie mięśni daje się wyzyskać jako zwieracz, wreszcie przy sprawach ropnych, i nie ustępuje w niczem cięciu zygzakowatemu Riedla. *Kasprzyk* (Berlin).

Sudeck. **Unaczynienie odbytnicy ze względu na pooperacyjną zgorzel.** (*Münch med. Wochs.* 1907, Nr 2). Tętnica krezkowa dolna dzieli się na gałąź, zaopatrującą kiszkę i na tętnicę odbytniczą górną, która głównie zaopatruje odbytnicę. Przy ściąganiu odbytnicy w dół trzeba często jednak ją przeciąć, by uruchomienie było zupełne. W pewnym punkcie, na rycinach dokładnie przez autora zaznaczonym, odchodzi ostatnia gałąź, tworząca boczne połączenia tętnicy odbytniczej górnej; podwiązywać można ją też tylko powyżej tego krytycznego punktu, co można wykonać na pewno jedynie drogą brzuszną. Sposób brzuszno-kroczowy operacyi raka odbytnicy uważa też autor za najodpowiedniejszy, choć, jak obecnie, daje on jeszcze dość niepomyślne wyniki. *Klęsk.*

Ed. Schwartz. **Zwężenie odbytnicy, zwane kiłowem.** (*Presse méd.* Nr 47, 1907). Z okazyi przypadku zwężenia odbytnicy u 33-letniej kobiety, u której S. stwierdził wyraźne zmiany kiłowe, omawia S. sprawę tego cierpienia. S. zwraca uwagę, że nietylko kiła, ale czasem i gruźlica może być powodem zwężeń odbytnicy, które od czasu prac Fourniera zawsze przez wszystkich za kiłowe są uważane. S. odróżnia dwa okresy cierpienia: 1) zapalenie ściany odbytntcy, a 2) zwężenie. Zwężenie radzi S. rozszerzać stopniowo mechanicznie (świeczki Hegara), a gdy to nie wystarcza, pozostaje zabieg operacyjny. Jeśli zwężenie jest pierścieniowe, radzi S. rektoplastykę, którą wykonywa na wzór pyloroplastyki, nacinając odbytnicę podłużnie, a szyjąc poprzecznie. Jeśli zwężenie jest kilka centymetrów długie, radzi S. nacięcie zwężenia (rektotomię). *Stahr.*

Axisa. **W sprawie rozpoznawania ropnia wątroby.** (*Zentralbl. f. innere Med.* 1907, Nr 13). Jestto zasługą Zankarola, że stosowane dawniej nie wystarczające nakłucie ropni wątroby zastąpiono operacyę doszczętną. Śmiertelność jednak dotąd dochodzi do 50 prc., a prawie wszyscy jako przyczynę tego podają zbyt późne rozpoznanie, co pochodzi stąd, że wszystkie objawy ropnia są niestałe i niepewne; nawet nakłucie może wypaść ujemnie, pomijając już połączone z niem niebezpieczeństwo zakażenia, lub gdy zamiast ropnia, napotka się bąblowca. To też Petritis radzi w trudnych przypadkach udostępnić wątrobę dla badania ręcznego zapomocą odpowiedniego cięcia. W przypadkach tych (około 80 prc.), w których hyperleukocytoza występuje obok powiększenia wątroby, można z pewnem prawdopodobieństwem rozpoznawać ropnia wątroby, atoli i te dane w wielu razach zawodzą z łatwo zrozumiałych względów. W braku objawów fizycznych, badanie czynności wątroby łącznie ze stwierdzeniem hyperleukocytozy dostarcza podstaw rozpoznawczych. Wiadomo, że przy zaburzeniach czynności wątroby ilość NH_3 w moczu w stosunku do ogólnej ilości N się zwiększa, ilość U zaś zmniejsza. A. dowodzi na 20 przypadkach ropni wątroby, że ilość NH_3 w stosunku do ogólnej ilości N bywa znacznie zwiększona (14—18 prc.). Równowaga N jest przy ropniu wątroby mimo zwiększonej ilości NH_3 utrzymana, ilość U jest stosunkowo i bezwzględnie zmniejszona. Jeżeli więc w chorobie gorączkowej wystąpi zwiększenie się NH_3, którego N wynosi 10—15 prc. ogólnej ilości N w moczu, przytem brak straty N, nieodpowiadający tej ilości NH_3, a nadto stosunkowo i bezwzględnie zmniejszona ilość U, należy rozpoznawać niedomogę wątroby, wywołaną zmianami anatomicznemi tego narządu. Potwierdzenie tego można następnie znaleźć w lewulozuryi pokarmowej, liczne bowiem badania dowiodły, że występuje ona w 85 prc. chorób wątroby, szczególnie zaś przy ropniach już po dawce 30—40 gr. w bardzo silnym stopniu. W kilku przypadkach, gdzie wszelkie inne objawy ropnia zawiodły, leukocytoza, zwiększona ilość NH_3, a zmniejszona względnie i bezwzględnie ilość U, łącznie z lewulozuryą, pozwoliły autorowi napewno rozpoznać ropień. *Kasprzyk* (Berlin).

Heineke. **Leczenie przetok trzustki.** (*Zentralbl. f. Chir.* 1907, Nr 10). Po operacyach i urazach trzustki pozostają często uporczywe przetoki, za których przyczynę należy uważać działanie trawiące soku trzustkowego. Zgodnie z doświadczeniami Pawłowa na psach stwierdził u człowieka Wohlgemuth (Berl. kl. Wochenschrift. 1907, Nr 7), że na zwiększone wydzielanie soku trzustkowego wpływają pokarmy skrobiowate i kwasy, nieco mniej ciała białkowate, natomiast tłuszcze i alkalia znacznie je obniżają. Na tej podstawie poleca Wohlgemuth stosować przy przetokach trzustkowych dyetę taką, jak w cukrzycy i alkalia, jak dwuwęglan sodowy. Skuteczność tego postępowania stwierdził W. na swym chorym. H. zaleca również gorąco to postępowanie, ogłaszając nowy przypadek, w którym przy zastosowaniu tej dyety powiodło się w 3 dniach doprowadzić do zamknięcia przetokę, która uporczywie sączyła już przez kilka tygodni. *Kasprzyk* (Berlin).

Prof. Kausch. **Dotychczasowe dodatnie wyniki stosowania różnicy w ciśnieniu sposobem Sauerbrucha.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 26). Stosowanie różnicy w ciśnieniu przy operacyach w klatce piersiowej, podane przez Brauera i Sauerbrucha, okazało się rzeczą bardzo użyteczną. Chroni ono przed zakażeniem jamy opłucnej, zwłaszcza gdy płuco jest zakażone, jest bardzo pomocne przy operacyach ropniaków opłucnych i dozwala spokojnie operować w klatce piersiowej. Zmniejszone ciśnienie (Sauerbruch) ma większą podstawę, niż zwiększone (Brauer). Stosowanie różnicy ciśnienia jest konieczne, jeżeli musimy otwierać naraz obie jamy opłucne, zdarza się to jednak rzadko. W zwykłych warunkach można operować bez podanych przyrządów, a powietrze po zamknięciu klatki piersiowej wyssać strzykawką na zewnątrz. *Klęsk.*

Ewald. **Przyczynek do pooperacyjnego leczenia raka sutka.** (*Zentralbl. f. Chir.* Nr 14, 1907). Często po operacyi

raka sutka następuje takie upośledzenie ruchów w stawie barkowym wskutek blizn, że operowane nie mogą dosięgnąć ręką głowy, lub rozczesać włosów. E. zapobiega tym ujemnym następstwom w ten sposób, że układa po zabiegu rękę w silnem odwiedzeniu (abdukcyi), unosząc ją ku górze i przywiązując do drążka, umieszczonego w głowach łóżka, przeprowadzając nadto pętlę pod ramię celem lepszego ustalenia w tem ułożeniu. Po 3—4 dniach, gdy operowana na pewien czas może opuścić łóżko, stosuje E. to ułożenie w czasie leżenia. Przy tem postępowaniu bez znacznych dolegliwości uzyskuje się po 2 tygodniach zupełną swobodę wszystkich ruchów, nadto przez napięcie skóry w okolicy pachy zapobiega się gromadzeniu się krwi i wydzieliny z rany. *Kasprzyk* (Berlin).

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Wiertogradow. **Przyczynek do kazuistyki i etyologii chorób udawanych.** (*Izw. Woj.-Mied. Akademii* 1907, styczeń). Na sądowo-lekarski oddział klinicznego szpitala został przyjęty młody żołnierz, skarżący się na bole w lewem jądrze w ciągu 2 lat. Lewa połowa moszny znacznie powiększona; skóra na tem miejscu z przodu mniej zmarszczona, zwykłej barwy. Przy obmacywaniu czuć z przodu zaraz pod skórą równomiernie twardy, dosyć gładki, wypukły ku przodowi, nieregularnie owalny naciek, wielkości dużego migdała; z przodu i góry niema on żadnego związku z jądrem, w dole zaś związek — niejasny. Naciek ten bardzo przypomina gruźlicze zmiany jądra. Przez dalsze badania, osobliwie po ciągłych wannach, udało się dowieść zupełnej niezależności nacieku od narządów, znajdujących się w mosznie. Dla wyjaśnienia sprawy zrobiono próbne nakłucie (chory nie zgodził się na operacyę) i po mikroskopowem i chemicznem badaniu udało się dowieść, że naciek składał się z parafiny. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Leers. **O stosunku nerwic urazowych do miażdżycy tętnic.** (*Viertelj. f. ger. Med.* 1907). Przebieg i postać nerwicy urazowej zależy od najrozmaitszych warunków. Oprócz rodzaju samego urazu działającego doniosłe znaczenie mają: stan duchowy i fizyczny danej osoby w chwili wypadku, jej materyalne położenie, wzruszenia psychiczne, wynikające z niepewności, czy będzie zdolną do pracy i czy sprawa dla niej pomyślnie się zakończy, wreszcie zboczenia ustrojowe wrodzone i nabyte. W szczególności zajmuje się L. wpływem miażdżycy na nerwice urazowe. Trudno jest nieraz odróżnić nerwicę urazową od tej choroby naczyń krwionośnych. Trudność polega na tem, że dla obu spraw cały szereg objawów jest wspólny, jak n. p. pewne nerwobole, porażenia, zaburzenia umysłowe (ogniska krwotoczne mózgu), objawy dusznicy bolesnej i zaburzenia wzrokowe, polegające na dośrodkowem zwężeniu pola widzenia. Również objawy naczynioruchowe i odżywcze (sine zabarwienie skóry, nadmierne zaczerwienienie lub bladość twarzy, uczucie zimna rąk i nóg, wczesne siwienie i wypadanie włosów, ogólny upadek odżywienia) zdarzają się zarówno w nerwicy urazowej, jak i w miażdżycy, wiodąc do t. zw. przez Hucharda »cachexie artérielle«. Orzeczenie, że w danym przypadku miażdżyca jest przyczyną choroby, jest niepewne, bo nawet stwierdzenie jej w tętnicach, dostępnych badaniu, nie dowodzi, że zmienione są również naczynia narządów wewnętrznych. W tych przypadkach, w których prócz miażdżycy istnieją liczne objawy nerwowe, należy orzec, w jakim stopniu uraz jest przyczyną obecnego stanu chorego. Według L. uraz może szkodliwie wpłynąć na już rozwiniętą miażdżycę, bo pod wpływem urazu czy to psychicznego, czy fizycznego, może nagle podnieść się ciśnienie krwi, wiodąc nieraz do krwotoków, lub wytworzenia się tętniaków. Autor przypuszcza, że u ludzi usposobionych stać się może nawet uraz przyczyną rozwoju miażdżycy. Częste jednak są takie przypadki, w których już przed urazem miażdżyca istniała, przebiegała jednak bez objawów, a dopiero pod wpływem urazu i łączącego się z nim wzrostu ciśnienia krwi, wpływy regulujące (przerost serca, ilość płynu mózgowo-rdzeniowego) przestały działać. Miażdżyca rozwija się wogóle powoli, gdy więc objawy jej występują wnet po urazie, należy przypuścić, że już przedtem istniała, pod wpływem urazu jednak spotęgowała się; gdy zaś objawy wystąpią w kilka lat po wypadku, to po wyłączeniu innych przyczyn, można uraz uważać za przyczynę choroby. W obu razach renta z powodu niezdolności do pracy według L. należy się choremu. Ile położyć na karb samejże miażdżycy, ile zaś na karb urazu, zależy od osobistego przekonania orzekającego. *T. Kleczkowski.*

Prof. Litten. **Zapalenie płuc „kontuzyjne“.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 13). Od zapalenia płuc urazowego, należy oddzielić zapalenie płuc t. zw. »kontuzyjne«. Gdy przy pierwszem prawie zawsze stwierdza się obrażenia zewnętrzne klatki piersiowej, to przy drugiem prawie nigdy na powłokach zewnętrznych nie spotyka się żadnych śladów urazu, który zadziałał na klatkę piersiową. Opisano nawet przypadki przedarcia całego płatu płuca bez żadnych powierzchownych obrażeń. Odwrotnie zaś znowu można czasem widzieć zewnętrznie znaczne podbiegnięcia krwawe, gdy płuco zostaje zupełnie nienaruszone. Autor przytacza następujący przykład zapalenia płuc kontuzyjnego: pewien robotnik spadłszy z drabiny, zemdlał; na 3 dzień po wypadku rozwinęło się zapalenie płuc, które 5-go dnia zakończyło się śmiercią. Na zapalenie płuc kontuzyjne częściej zapadają mężczyźni, niż kobiety. Siedziba zapalenia nie jest zależna od miejsca, na które uraz zadziała, bo niejednokrotnie rozwija się zapalenie płuc po stronie wprost przeciwnej. Części płuc, już poprzednio zmienione n. p. gruźliczo, są mniej odporne i szczególnie łatwo ulegają zapaleniu kontuzyjnemu. — Przyczyną zapalenia płuc kontuzyjnego bywa najczęściej upadek z wysokości na podstawę twardą lub w wodę, ściśnięcie klatki piersiowej między wagonami kolejowymi, uderzenia pięścią i t. d., niekiedy podnoszenie ciężarów. Autor podaje 3 takie przypadki. Podnoszenie ciężarów odbywa się przy głębokim wdechu, zamkniętej głośni i ustalonej klatce piersiowej; płuco może przytem uledz łatwo naderwaniu, w następstwie czego rozwinąć się może zapalenie. — Aby można przyznać w tych przypadkach rentę, potrzeba, zdaniem Demutha, dwóch warunków: 1) ażeby zapalenie wkrótce po wypadku się rozwinęło, 2) ażeby płuco było przedtem zdrowe. Przeciw temu drugiemu warunkowi występuje Litten, twierdząc, że renta nie jest premią za chorobę, ale za niezdolność do pracy. Wielu ludzi jest na płuca chorych, a mimoto są oni zdolni do pracy i zarobkowania, a dopiero wypadek staje się przyczyną choroby w tym stopniu, że od pracy na pewien czas muszą się usunąć. Zdaniem Littena należy więc wyłączyć jedynie, czy już przed wypadkiem nie było zapalenia płuc. Związek przyczynowy wypadku z chorobą jest nieraz bardzo trudno ustalić; oczywiście, im rychlej po wypadku zapalenie się rozwinie, tem jest pewniejszem, że jest to zapalenie kontuzyjne. Litten uważa 6 dni za najdalszą granicę, w której wolno zapalenie odnieść do wypadku. Czy uszkodzony mógł jeszcze przez pewien czas pracować, czy nie, jest dla orzeczenia obojętne, bo tak, jak w zwyczajnem zapaleniu, tak i w kontuzyjnem, może uszkodzony w samym początku choroby być jeszcze zdolny do pracy. — Objawy kliniczne kontuzyjnego zapalenia płuc są zupełnie podobne do zwyczajnego zapalenia; plwocina tylko jest może nieco więcej krwawa i mniej ciągliwa. Dwoinki Fränkla lub prątki Friedländera spotyka się zawsze. Czasem do zapalenia płuc dołącza się suche zapalenie opłucnej, nigdy natomiast nie rozwija się znaczniejszy wysięk. Śmiertelność waha się między 7—60 prc. *T. Kleczkowski.*

Gudden. **O poczytalności przy kradzieżach sklepowych.** (Odczyt na Zjeździe niem. Tow. w Stuttgarcie, 1906). (*Vierteljahrschr. f. ger. Med.* T. 33, 1907). Przedmiotem kradzieży bywają zwykle rzeczy bezwartościowe dla sprawcy i prawie nigdy nie można wykryć pobudki czynu. Przestępstwa tego dopuszczają się w 99 prc. kobiety, niemal wyłącznie miejskie, przeważnie obciążone dziedzicznie, często dotknięte histeryą i zwykle w okresie miesiączkowania lub ciąży. Jeśli stwierdzi się poprzednio przebywane zaburzenia umysłowe, zwykle okresowe, związane z miesiączkowaniem, uznać należy chwilową niepoczytalność. W przypadkach lekkiej histeryi, gdy kradzież zostanie popełniona poza okresem miesiączkowania, niepoczytalności przyjmować nie można. G. domaga się badania stanu umysłowego u każdego sprawcy kradzieży sklepowej i uwzględnienia w kodeksie stanu psychicznego, w którym nie można stwierdzić bezwzględnej niepoczytalności. *Bujak.*

Ledderhose. **Udawanie i wykrywanie jego w chirurgii uszkodzeń.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 24). W chirurgii uszkodzeń rzadko spotyka się czyste udawanie choroby, a najczęściej przesadzanie istniejącego cierpienia, lub odnoszenie do danego urazu innego dawniejszego cierpienia, n. p. wrzodu żołądka, gruźlicy płuc i t. p. W powstawanie takich chorób wskutek urazu chorzy często święcie wierzą i skargi ich nie są zmyślane, lecz pochodzą z przekonania i dobrej wiary; choremu nie powinno się dawać odczuć, że się w jego skargi nie wierzy. Wykrycie udawania lub przesady zależy w pierwszej linii od ostrożnego, a pilnego badania. Badać się powinno już w tej chwili, gdy chory wchodzi do pokoju, gdy się rozbierze i t. p., to jest wtedy, kiedy przypuszcza, że się nań nie zwraca uwagi. Czasem obejść się nie można bez badania w szpitalu przez kilka dni. Udowodnienie bolesności lub jej zaprzeczenie nie jest rzeczą łatwą, bo brak n. p. przyspieszenia tętna lub rozszerzania

się źrenicy przy ucisku nie wyłącza zupełnie braku bólu. Urazy kręgosłupa wywołują u chorych nieraz w następstwie udawanie cierpień kręgów. Chorzy wtedy rzekomo nie mogą się schylać, gdy im się to rozkaże, a przy ubieraniu n. p. zupełnie dobrze się schylają. U udających schylenie kręgosłupa w stronę zdrową jest swobodne, a tylko w rzekomo chorą niby niemożebne. Rzekome zmiany stawu barkowego objawiają się zwykle rzekomą niemożebnością podniesienia ramion do góry. Wtedy najlepiej kazać się badanemu zgiąć i ręce prosto przed sobą trzymać, a potem tak trzymając ręce wyprostować się. Badać staw powinno się w różnych położeniach ciała, a także i w leżącem. Siły mięśniowej nie można badać dynamometrem, lecz najlepiej przez ściskanie ręki badanego swoją, przyczem bezwiednie każdy człowiek stawiać musi pewien opór. Staw biodrowy badać najlepiej co do ruchów w odwiedzeniu i skręceniu na zewnątrz.

Klęsk.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 26. marca 1907 r.

1) Otto wygłosił rzecz p. t. **Zmiany anatomiczno-patologiczne w kępach i gruczołach krezkowych przy durze brzusznym**, opisując zmiany drobnowidowe w sposób następujący: W I tygodniu zmiany w kępkach i pojedynczych gruczołach limfatycznych sprowadzają się do miąższowego zmętnienia i częściowego obumarcia kosmków, potęgującego się ku końcowi pierwszego tygodnia. Kosmki na przestrzeni pomiędzy kępkami i pojedynczymi gruczołami limfatycznymi bez nabłonka, a znajdujące się w bliskości kępek, częściowo obumarłe. W błonie mięsnej śluzówki (*muscularis mucosae*) komórki plazmatyczne małe i małe limfocyty. Grudki limfatyczne i przestrzenie międzygrudkowe ulegają dość mocnemu bujaniu, hyperplazyi. Bujanie to zależy od rozmnożenia się komórek plazmatycznych; w grudkach komórki plazmatyczne zbierają się przeważnie w zatoce chłonnej (*sinus*), a w przestrzeniach międzygrudkowych są one mniej więcej równo rozmieszczone. Podśluzówka początkowo bez widocznych zmian, w końcu tygodnia ulega także rozrostowi, związanemu ściśle z nagromadzeniem się i tutaj komórek plazmatycznych. Naczynia krwionośne mniej lub więcej rozszerzone i przepełnione krwią i dlatego martwicy, spostrzeganej w I tygodniu, nie można objaśniać brakiem odżywczego materyału, jak to dotąd mniemano, a tylko wpływem toksyn lasecznika Ebertha. Laseczniki te znajdowano przeważnie w drogach chłonnych. — W II tygodniu bujanie zapalne w blaszkach i gruczołach pojedynczych limfatycznych bywa jeszcze silniejsze i zależy od tych samych czynników, co i w I tygodniu. Naczynia krwionośne rozszerzone i przepełnione mniej lub więcej krwią. Martwica wyrażona silniej, niż w I tygodniu, i zależy od tych samych czynników, co i tam. Na miejscach obumarłych całe kolonie saprofitów; laseczniki durowe w postaci dość silnie rozwiniętych kolonii przeważnie rozmieszczone w podśluzówce. Warstwa mięśniowa zgrubiała wskutek rozwinięcia się w niej komórek plazmatycznych. — W III tyg. po odpadnięciu strupa wytwarza się wrzód durowy z ostrymi podminowanymi brzegami i nierównem dnem; w okresie tym często krwotoki i przedziurawienie jelita. Oprócz wrzodów na niektórych kępkach rozwija się sprawa zanikowa dzięki częściowemu obumarciu i zwyrodnieniu tłuszczowemu składników postaciowych kępek. Kępki te stopniowo zmniejszają się; wrzodów durowych na nich nie bywa. — W IV tygodniu następuje z jednej strony zabliźnianie się wrzodów, z drugiej zaś strony dalszy rozwój sprawy zanikowej na kępkach bez owrzodzeń. Owrzodzenia durowe zabliźniają się i pokrywają nabłonkiem, narastającym z sąsiedniego gruczołu Lieberkühna; grudek limfatycznych na bliznach po owrzodzeniu durowem nie bywa. Zwężenia światła przy zabliźnianiu się wrzodów durowych nigdy nie bywa. W rozwoju sprawy zanikowej przyjmują czynny udział wielojądrzaste leukocyty i komórki plazmatyczne, odgrywając tutaj rolę nekrofagów. Sprawa ta nie doprowadza nigdy blaszek do ich pierwotnego stanu. Nawrót związany jest z powtórnem wtargnięciem zakażenia durowego do ustroju i zdarza się najczęściej w IV tyg. choroby. Zmiany anatomiczne przedstawiają z jednej strony cechy pierwszego tygodnia choroby, z drugiej zaś cechy IV. — Dur fagedeniczny zależy od zakażenia durowych owrzodzeń paciorkowcami i łańcuszkowcami. Niekiedy na tych owrzodzeniach spotykamy błony dyfterytyczne. — Zwyrodnienie barwikowe, spostrzegane na kępkach w kilka lat po przebytym durze, jest zależne poczęści od wytworzenia się hemosyderyny, poczęści zaś od barwika pochodzenia białkowego. — Zmiany w gruczołach krezkowych sprowadzają się do zajęcia tych samych składowych części narządu limfatycznego, co i w kępkach, są identyczne z niemi i zależą od tych samych przyczyn, co i zmiany w kępkach.

W dyskusyi zwraca Karwacki uwagę, że za mało uwzględniono laseczniki durowe i wyraża wątpliwość, czy bakterye, przyjmowane przez prelegenta za durowe, były rzeczywiście durowemi wobec braku ścisłej metody ich barwienia.

Prelegent w odpowiedzi zaznacza, że bakterye durowe były uwzględniane o tyle, o ile były różniczkowane metodą Gramma; lecz specyalnie nie zwracano uwagi na nie, mając głównie na oku zmiany anatomiczne w kępkach, a nie bakteryologiczne ich badanie.

2) Sędziak odczytał rzecz p. t. **Obustronne porażenie rozwieraczy głośni.** Sprawa ta, wywołując zaburzenia poważniejsze, jak n. p. duszność, dochodzącą niekiedy do konieczności tracheotomii, znana jest od 1877 r., kiedy opisali ją lekarze angielscy. Materyał statystyczny jednak dostarczył zaledwie 97 przypadków. Prelegentowi udało się obecnie zebrać 245 przypadków. Największa ilość zachorowań przypada na lata 20 do 60, i w tem najczęściej między 50—60 rokiem życia; fakt ten, zdaniem prelegenta, objaśnić się daje tą okolicznością, iż w tym okresie życia najczęściej występują choroby, które są przyczyną omawianych porażeń (jak wiąd rdzenia, tętniak t. głównej, rak przełyku i t. d.). Jednak i u dzieci (do 5 r. życia) zdarzyło się 9 razy obustronne porażenie rozwieraczy; tutaj przyczyną był ucisk ze strony powiększonych gruczołów chłonnych lub grasicy. Najmłodszy chory miał 6 miesięcy, najstarszy 65 lat. Mężczyźni o wiele częściej zapadają na omawianą chorobę, niż kobiety. Co do przyczyn — to prelegent rozróżnia ośrodkowe i obwodowe. Pierwsze częstsze (135:110). Wśród nich pierwsze miejsce zajmuje wiąd rdzenia (60:135), a z nieorganicznych histerya (7:135), neurastenia (2) i cierpienia ośrodkowe (bliżej nieokreślone) 38. Co do wiądu prelegent kładzie nacisk na fakt, iż porażenia te na czas dłuższy poprzedzają same objawy przedmiotowe (jak brak odruchów kolanowych, bezład i t. p.). Dlatego też badanie krtani w każdym przypadku nerwowym, choć trochę podejrzanym, uważa prelegent za bardzo potrzebne. Porażenia przy cierpieniach czynnościowych mają zwykle charakter przejściowy; przy cierpieniach organicznych układu nerwowego porażeniu ulegają rozwieracze, a przy czynnościowych zwieracze. Z przyczyn pochodzenia obwodowego prelegent na 110 przypadków znalazł w 15 powiększenie gruczołów tchawiczno-oskrzelowych, w 8—gruźlicę, w 10—uraz, dalej idą guzy śródpiersia, tętniak aorty, jeszcze dalej zatrucia, wreszcie dur, błonica i grypa. Rozpoznanie sprawy opiera się na wynikach badania krtani lusterkiem: położenie strun głosowych fonacyjne, wskutek czego klinicznie głos pozostaje niezmieniony, natomiast istnieje duszność wdechowa. Rokowanie powinno być bardzo ostrożne, raz dlatego, iż w następstwie stałego zbliżenia strun, a stąd zamknięcia głośni, choremu może grozić śmierć z uduszenia, powtóre, że choroby wywołujące samo porażenie należą do b. ciężkich. Leczenie w zależności od przyczyny rzadko daje wyniki pomyślne.

W dyskusyi Kopczyński St. 1) podaje opis spostrzeganego przez siebie przypadku porażenia rozwieraczy u histeryczki, przypominającego ciężkie ostre porażenie opuszkowe; 2) zaznacza, iż mowca niewłaściwie umieścił w etyologii porażenia obustronnego rozwieraczy krtani, porażenie połowicze, jest to bowiem objaw cierpienia, spotykanego przy rozmaitych sprawach mózgu (krwotok, rozmiękczenie, nowotwór i t. p.); 3) umieszczenie w etyologii porażenia obustronnego rozwieraczy krtani neurastenii uważa K. za nie dość uzasadnione, neurastenii bowiem, jako takiej, nie zwykły towarzyszyć porażenia czynnościowe.

Dr Ign. L.

Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1903, oraz 1901/2.

Streścił **prof. dr Stanisław Ciechanowski.**

(Dokończenie.)

(Uwagi sprawozdawcy.)

Ogólne wrażenie, jakie odnosi się z wniosków Rady zdrowia, określiłoby może najlepiej słowo: praktyczność. Nie kreśląc zbyt szerokich planów, trzymają się wnioski w granicach tych

spraw, które są istotnie z pilnych najpilniejsze. Zarazem zaś przestrzegane są starannie szranki wykonalności; w wielu sprawach nawiązane są wnioski do urządzeń już działających, tak, by przez niewielkie rozszerzenie ich agend rzecz dała się znaczniej naprzód posunąć (wniosek 2, 3, 4, 11 i t. p.).

Jeżeli mimoto znajduje się wśród wniosków wiele takich, które przez lat kilkanaście nie mogą doczekać się nietylko całkowitego załatwienia, ale nawet zmierzających do tego prac wstępnych, to nie można chyba o to winić Rady zdrowia, — która w obecnym swoim, doradczym, zakresie zrobiła, jak sądzę, to, co mogła, t. j. wskazała na pilne potrzeby i nakreśliła wykonalny plan ich zaspokojenia, — ale na tych władzach, które na nawoływania Rady zdrowia są głuche. Gdzie przeszkodą do wykonania wniosku jest stanowisko władz centralnych, które dla kraju naszego nie bywa zbyt życzliwe, tam na lepszy skutek liczyćby można chyba wtedy, gdybyśmy mieli w Wiedniu więcej urzędników Polaków, gdyby Galicya miała stosowną liczbę przedstawicieli w Najwyższej Radzie Zdrowia i gdyby reprezentacya polska w parlamencie wiedeńskim chciała i zdołała coś w tych sprawach wywalczyć. Na to jednak trzebaby o wiele większego, niż dotąd zrozumienia potrzeb sanitarnych kraju wśród naszej reprezentacyi parlamentarnej; przytem wchodzi tu w grę wogóle polityka tej reprezentacyi, której omawianie przekracza zarówno ramy »Przeglądu«, jak kompetencyę piszącego. O ile znów nie spełniają się wnioski Rady zdrowia dlatego, że autonomiczne fundusze krajowe istotnie na razie są za małe na całkowite wniosków wykonanie, to trzeba to uznać za »vis major« i z tem do czasu się pogodzić. Nie wynika jednak z tego usprawiedliwienie dla władz autonomicznych, że w wielu przypadkach nie starają się nawet o częściowe zaspokojenie najpilniejszych, przez Radę zdrowia wskazywanych potrzeb, że nietylko czasem nie chcą na nie łożyć »w miarę rozporządzalnych funduszów«, ale nawet nie podejmują prób inicyatywy. Przykładem takiego zaniedbania jest szpitalnictwo, w którem n. p. powstawanie nowych szpitali zależy od parcia »z dołu«, bez śladu zachęty i przewodniej myśli »u góry«, o czem zresztą już obszernie pisałem. A już też niema żadnego tłómaczenia tam, gdzie nie chodzi wprost, albo nie chodzi nawet wcale o fundusze, t. j. w zakresie czysto prawodawczym. Od kilkunastu lat powtarza się n. p. żądanie krajowej ustawy, regulującej opiekę nad ubogimi; mimoto nie poczuwają się do spełnienia tego zadania czynniki, do których należy legislatywa w kraju. Wymieniłbym tu dalej sprawę noweli do ustawy o zwalczaniu pijaństwa; wprawdzie Rada zdrowia o niej nie wspomina, ale chyba i ustawa dotychczasowa i jej wykonywanie nie są dostateczne, skoro z roku na rok notorycznie stosunki się nie poprawiają i z roku na rok powtarza się wniosek Rady zdrowia, dotyczący tłumienia tej klęski. By jednak w tych i innych sprawach wyzyskano inicyatywę prawodawczą, czy Wydziału kraj., czy nawet poselską, na to trzebaby, aby głos Rady zdrowia w kołach sejmowych więcej, niż dotąd, ważył, i aby te koła wogóle baczniejsze, niż dotąd, zwróciły oko na doniosłość spraw sanitarnych kraju.

Ale zarówno z wniosków Rady zdrowia, jak i z mnogich uwag, rozsianych w Sprawozdaniach, wynika, że w sprawach sanitarnych nietylko są zaniedbania prawodawcze, nietylko nie można wykołatać lub niema skąd wziąć funduszów, lecz że w granicach istniejących ustaw i funduszów nie dopisuje nieraz egzekutywa. O ile chodzi o te organa wykonawcze, które zależą wprost od rządu, to przypuszczać należy, że wytknięte przez Radę zdrowia usterki poczęści mogą być usunięte i są istotnie usuwane, jak daleko sięga władza krajowego Referenta sanitarnego i wpływ moralny Rady Zdrowia. Bo i samo już publiczne przez nią wytknięcie tych lub owych zaniedbań może mieć w pewnym zakresie wśród rządowych organów wykonawczych znaczenie i pożądany odnieść skutek. Ale z powtarzania się w pewnych powiatach stale zaniedbań wnosić wolno, że owe wpływy nie zawsze wystarczają, i że byłoby pożądanem, aby uwagi i wnioski Rady i krajowego Referenta sanitarnego wywoływały częściej i rychlej odpowiednie kroki ze strony czynników decydujących, mogących podwładnym władzom administracyjnym uchylenie usterek drobniejszych wprost nakazać, a pewne większe sprawy poczęści we własnym zakresie załatwić. Możeby wtedy nietylko ustały słuszne skargi Rady zdrowia, że np. niektóre starostwa nie delegują lekarzy do zwalczania pewnych epidemii i t. d., ale możeby też rychlej doczekał się spełnienia np. wniosek 6 (o budowę gmachów szkół średnich), 7 (o powołanie delegata Rady zdrowia do Rady szkolnej), 19 (w sprawie więzień) i t. d.

A już też za rzecz pewną można uważać, że wpływowi i słusznym uwagom Rady zdrowia rzadko tylko udaje się przekroczyć próg gmachu sejmowego i że nie często sięga on w obręb rogatek miast »o własnym statucie«. Odwołuję się tu na to, co wyszło na jaw przy sposobności ankiety w sprawach szpitalnictwa w r. 1902 i co, pisząc o szpitalnictwie, w sprawie stosunku władz autonomicznych do Rady zdrowia wspomniałem. Ale nawet, nie sięgając tak daleko, widać z brzmienia wniosków 4 i 5, jak i 11, i wyczytać można z niejednego ustępu Sprawozdań, że jeżeli mają zniknąć usterki w egzekutywie sanitarnej organów autonomicznych, to życzyćby sobie należało, aby i u nich głos Rady zdrowia więcej, niż dotąd, ważył. Stąd wynika konieczność bliższego stosunku Rady zdrowia z Wydziałem krajowym, choćby w tej postaci, o jakiej wspomniałem w artykule o szpitalnictwie (»Przegl. lek.« str. 225). Nie jest to postać jedyna, w jakiej mogłoby to zbliżenie się nastąpić. Nie można też wątpić, że wpływ Rady na cały kraj przez powoływanie jej członków z całego kraju (a nietylko z jego stolicy, jak się dotąd niemal zawsze działo) mógłby się tylko zwiększyć. Ale roztrząsanie tych spraw przekracza ramy niniejszych uwag.

Gdyby nawet jednak czynniki autonomiczne poddały się wpływowi Rady w stopniu pożądanym, to pozostawałby jeszcze do usunięcia szkopuł niemały, o który nietylko w Galicyi, ale w całej Austryi rozbija się mnóstwo najlepszych zarządzeń i wytężonych nieraz wysiłków. Jest nim znana i osławiona mnogość instancyi, do których od każdego rozporządzenia i nakazu odwołać się można, a która umożliwia w najniesłuszniejszej sprawie administracyjnej, jeżeli już nie wygraną, to przynajmniej przewlekanie sprawy nieraz nieprawdopodobnie długo, marnując mnóstwo czasu i pracy tych, którzy usiłują złe usuwać i odbierając nieraz wszelką chęć do dalszych prób naprawy. Ta klątwa ciąży na sprawach sanitarnych równie fatalnie, jeżeli nie fatalniej, niż na całym zakresie administracyjnym i o szybszym postępie dopóty marzyć trudno, dopóki kompetencye niższych instancyi nie zostaną rozszerzone, zdolność ich egzekutywy wzmocniona, cała procedura skrócona, a droga rekursów znacznie ograniczona.

Czego pod tym względem oczekiwać można od projektowanej w Galicyi reformy administracyjnej, dokładniej dziś określić niepodobna, dopóki projekt tej reformy jeszcze się ostatecznie nie skrystalizował. To pewna jednak, że zamierzone w tej, czy innej postaci wzmocnienie pierwszej instancyi administracyjnej (gminy), uproszczenie spraw w drugiej (powiat), odbić się musi korzystnie także i na egzekutywie w sprawach sanitarnych, byleby tylko przy reformie administracyjnej na sprawy te odpowiedni położono nacisk. I dlatego, zanim nastanie pożądana chwila tej reformy, należy pomyśleć o tem, by sprawy sanitarne zostały w niej należycie uwzględnione. Wyłania się tu zadanie ważne, a wdzięczne, przedewszystkiem dla naszych lekarzy-posłów.

W każdym razie godziłoby się przytem wcześnie rozważyć, czy nie byłoby pożądane większe usamodzielnienie organizacyi sanitarnej wobec innych działów administracyjnych, a zarazem nadanie jej większej spoistości. Sprawy zdrowia ludności nie są mniej ważne od spraw technicznych, skarbowości i t. d., a jednak organa sanitarne nie mają stanowiska, wpływu i znaczenia równorzędnego z organami, którym tamte sprawy powierzono. Czas, by to uległo zmianie, bo zdrowie ludności we wszystkich krajach kulturalnych coraz więcej ważyć poczyna i jego poprawa przestała już być tam idealnym, przez lekarzy tylko podnoszonym postulatem przyszłości, a uznaną została przez rządy i społeczeństwa za jedno z najważniejszych zadań doby obecnej. Jak w wielu innych sprawach, tak i tu zapewne wkrótce pocznie się Austrya oglądać za wzorami niemieckimi. Wiadomo zaś, że na szablonowem narzuceniu tych naśladowanych wzorów całej Austryi, — Galicya nie zawsze dobrze wychodzi. A nawet, zanimby w całej Austryi pomyślano o reformach organizacyi sanitarnej, o przyznaniu jej silniejszego, niż dziś, stanowiska, moglibyśmy tylko zyskać, gdyby Galicya w tym względzie całą Austryę, o ile to możebne, wyprzedziła. Niełatwo będzie zapewne praktycznie obmyśleć i uzyskać wyjątek dla naszego kraju wobec tego, że organizacya spraw sanitarnych, przez ustawy zasadnicze dla centralnego rządu zastrzeżonych, jest w całej Austryi na jedną ukształtowana modłę; ale przecież, co powiodło się już w innym zakresie, to powieść się może także i w tym dziale. Podobnie, jak uzyskane np. w zakresie szkolnictwa zdobycze wykroczyły poza ścisłe granice oddanych pierwotnie przez ustawy zasadnicze w ręce kraju działów szkolnictwa, tak i w sprawach sanitarnych możnaby może uzyskać pewne, do naszych warunków specyalnie przystosowane odrębności, choćby nawet miały się one łączyć ze zmianą ogólnopaństwowej ustawy z dnia 30 kwietnia 1870, d. p. p. l. 68. Do-

kładniejsze rozważenie tej myśli należy jednak do kompetentniejszych od nas czynników.

Szybsze tempo postępu na polu sanitarnem u nas wiąże się przeto wogóle z jednej strony z formą i losami reformy administracyjnej, z drugiej, z pewnego rodzaju rozszerzeniem autonomii krajowej.

Tu jednak zaczyna się zadanie, obowiązek i odpowiedzialność tych, którzy mają być »jako głowy ludu, jako stróżowie śpiących i wodzowie nieumiejętnych i świece ciemnych.....« *) — zadanie, obowiązek i odpowiedzialność naszej parlamentarnej i sejmowej reprezentacyi kraju.

*) Skarga: Kazania Sejmowe, I. 1.

Kronika historyczna na sierpień.

Zestawił

Dr Adam Langie.

1. sierpnia 1842 r. umiera w Lyonie Jan Dominik Larrey. Ur. 1766 r. w Beaudeau, po ukończeniu nauk jako lekarz wojskowy towarzyszył Napoleonowi w 25 wyprawach wojennych i 60 bitwach, od kampanii egipskiej począwszy, aż do Waterloo. Uchodzi słusznie za twórcę chirurgii polowej, gdyż pierwszy zorganizował pomoc lekarską na polu bitwy, w czem sam świecił najlepszym przykładem, tak że zjednał sobie w armii przydomek »la providence des soldats«. W r. 1805 zostaje generalnym inspektorem wojskowej służby lekarskiej, a po bitwie pod Wagram otrzymuje tytuł barona od cesarza, który wyraża się o nim, że jest to ze znanych mu ludzi człowiek najcnotliwszy. W r. 1836 przeniesiony w stan spoczynku zostaje Larrey naczelnym chirurgiem paryskiego »Hôtel des Invalides«. Mimo trudów wojennych pracuje też naukowo, wprowadza wiele nowości do ówczesnej chirurgii, jak np. skręcenie jako środek tamujący krwotoki lub własnego pomysłu masę twardą do opatrywania złamań kości. Z dzieł jego najcelniejsze są odnoszące się do chirurgii na polu bitwy. Wielkie zasługi Larreya uczcił naród francuski posągiem, wykonanym przez słynnego Dawida d'Angers, wzniesionym w dziedzińcu paryskiego szpitala Val-de Grace.

2. sierpnia 1869 r. wykonał Gustaw Simon pierwsze wycięcie nerki u żywej kobiety w celu wyleczenia przetoki moczowodu, powstałej po wycięciu jajnika. Zachęcony pomyślnym wynikiem wykonał operacyę tę jeszcze dwukrotnie: z powodu wodonercza (1870 r.) i z powodu kamieni nerkowych (1871 r.) Simon (* 1824 † 1876), profesor chirurgii w Rostoku, później w Heidelbergu, należący do najwybitniejszych operatorów niemieckich, założył niemieckie Towarzystwo chirurgiczne, wydał 2-tomowe dzieło »Chirurgie der Nieren« i ogłosił szereg prac, z których najważniejsze są prace o ginekologicznych operacyach plastycznych.

8. sierpnia 1864 r. zawarcie »konwencyi genewskiej«, mającej na celu złagodzenie okrucieństw wojny przez wzajemną ochronę rannych, szpitali polowych, lekarzy i personalu sanitarnego podczas bitew. Konwencya ta zawarta została w Genewie na zwołanym umyślnie przez szwajcarską Radę związkową kongresie, w którym wzięli udział dyplomatyczni przedstawiciele 16 państw.

9. sierpnia 1805 cesarz Franciszek I. wydaje postanowienie o przeniesieniu uniwersytetu lwowskiego »Józefińskiego« (otwartego uroczyście 16. listopada 1784 r. na mocy dyplomu fundacyjnego cesarza Józefa II.) do Krakowa, a raczej o połączeniu go z krakowską Akademią. We Lwowie pozostaje tylko »liceum«, a przy niem instytut medyko-chirurgiczny z językiem wykładowym niemieckim (tylko dla położnictwa z polskim) dla kształcenia niższych chirurgów-felczerów i położnych. Wprawdzie w 11 lat później aktem fundacyi z dnia 7 sierpnia 1817 r., przywraca cesarz Franciszek I. znów uniwersytet we Lwowie — »Universitas Francisca« —, ale »na razie« bez Wydziału lekarskiego, tylko z niższem studyum medyko-chirurgicznem, jak za czasów liceum. To »na razie« trwa przez 77 lat, bo aż do roku 1894, kiedy uzupełniono wreszcie uniwersytet lwowski także i Wydziałem lekarskim. (Według Kadyja: »Rys dziejów Wydziału lekarskiego we Lwowie«).

12. sierpnia 1762 r. urodził się w Langensalza (Turyngia) Krzysztof Wilhelm Hufeland, profesor uniwersytetu w Jenie, następnie w Berlinie, jeden z najpopularniejszych klinicystów swego czasu, najwybitniejszy przedstawiciel kierunku eklektycznego w medycynie. Założył on 1795 r. »Journal der praktischen Arzneikunde«, który wychodził aż do 1841 r. i wydawał krótko już przed śmiercią »Enchiridion medicum« czyli »Wstęp do praktyki lekarskiej na podstawie 50-letniego doświadczenia«, gdzie niejeden ustęp poświęcono podniesieniu pod względem etycznym, naukowym i materyalnym stanu lekarskiego. Umarł 1836 roku.

14. sierpnia 1897 r. umiera Fritjof Holmgren, profesor w Sztokholmie, znany fizyolog i okulista szwedzki, głośny z prac nad ślepotą na barwy, twórca praktycznej metody badania daltonistów zapomocą różnobarwnych włóczek. Urodził się 1831 r.

22. sierpnia 1828 r. umiera Franciszek Józef Gall. Urodzony w Tiefenbrunn 1758 r., nauki pobierał w Strassburgu i w Wiedniu. W roku 1796 wystąpił w Wiedniu z szeregiem odczytów, głosząc, że poszczególne części mózgu są siedzibą popędów, zdolności, występków i zbrodni, że z pewnych wyniosłości i nierówności czaszki, odpowiadających większemu lub mniejszemu rozwojowi danych okolic mózgu, można rozpoznać psychiczne właściwości człowieka i jego charakter. Naukę tę, zwaną kranioskopią, która narobiła wiele wrzawy w świecie lekarskim, obaliły późniejsze badania fizyologiczne i psychologiczne.

29. sierpnia 1779 urodził się Jan Jakób Berzelius, Szwed, znakomity chemik i lekarz. Medycynę studyował w Upsali. W r. 1807 zostaje profesorem farmacyi w Sztokholmie, 1810 r. prezesem królewskiej Akademii nauk tamże, a 1815 r. profesorem chemii instytutu medyko-chirurgicznego. Składa jednak profesurę 1832 r., aby wyłącznie poświęcić się pracom naukowym. Umarł 1848 r. — Badania jego i odkrycia wraz z ogromnym szeregiem poważnych dzieł naukowych stanowią epokę w chemii i czynią imię Berzeliusa nieśmiertelnem, że tylko wspomnimy o wykryciu selenu, ceru i toru, o oznaczeniu stosunku ciężarowego połączeń chemicznych, o wyjaśnieniu działania prądu galwanicznego na sole metali i t. d.

Pamięci Sebastyana Petrycego.

Uroczystość odsłonięcia tablicy pamiątkowej Sebastyana Petrycego w rodzinnem jego mieście Pilznie w dniu 17. lipca b. r. odbyła się wśród niezwykłej powagi i podniosłego nastroju. Po nabożeństwie w kościele, do którego udano się w uroczystym pochodzie, i odsłonięciu tablicy pamiątkowej, odbyły się dwa odczyty w pięknie przystrojonej sali miejskiej: p. J. Wojtanowskiego, kierownika szkoły: »O Petrycym jako pedagogu« i dra W. Mydlarskiego, lekarza miejskiego: »O Petrycym jako lekarzu«, w którym prelegent na podstawie źródeł scharakteryzował prace Petrycego: »Jak się zachowywać czasu moru« i »De morbo gallico« — i jego osobistość jako lekarza filantropa, pojmującego z jaknajidealniejszej strony swoje obowiązki lekarza praktyka. Uroczystość, podczas której odczytano liczne telegramy od instytucyi i wybitnych osobistości, zakończyło przemówienie Dziekana Wydziału lekarskiego Wszechnicy Jagiellońskiej, prof. Kostaneckiego, który uczestniczył w obchodzie, przybrany w togę i insygnia i poprzedzany przez berło uniwersyteckie z wizerunkiem Petrycego. Przemówienie to brzmiało, jak następuje:

»J. Magnificencya Pan Rektor i Senat Akademicki Uniwersytetu Jagiellońskiego polecili mi, abym wyraził imieniem Uniwersytetu Jagiellońskiego szczerą i gorącą radość z powodu dzisiejszego święta i abym przy tej uroczystości dał wyraz czci pamięci Sebastyana Petrycego. Zarazem, jako tegoroczny dziekan Wydziału lekarskiego, pragnąłbym imieniem bliższych mych kolegów zapewnić, że całem sercem jednoczymy się w tym hołdzie, jaki miasto rodzinne składa wielkiemu swemu synowi, którego nazwisko dodaje blasku przeszłości naszego Uniwersytetu.

W ciągu przeszło pięciu wieków swego istnienia Uniwersytet Jagielloński jednoczył w sobie siły naukowe ze wszystkich ziem polskich. Gdyby było pozostało w zwyczaju, aby przy nazwiskach rektorów i profesorów, tak jak przy nazwisku pierwszego rektora Stanisława ze Skalbmierza, jak potem przy Janie z Kęt, przy Janie z Oświęcima, Pawle z Krosna i t. d., podawano nazwę miejsca ich rodzinnego, przekonalibyśmy się, że każdy prawie zakątek ziem polskich dostarczał Uniwersytetowi naszemu sił, które nad wielką jego budową pracowały.

Wasze miasto oprócz szeregu innych sławnych nazwisk, by wymienić tylko Marcina Glickiego, Szymona Maryckiego, dało nam Sebastyana Petrycego, tego, którego śmiało z kronikarzami możemy nazwać »columna universitatis«.

Sebastyan Petrycy nauczał najpierw w krakowskim Uniwersytecie filozofii, ale potem, jak tylu innych, umysł ten czynny, chciwy wiedzy, poświęcił się studyom nauk lekarskich za granicą. Uzyskawszy w Padwie dyplom doktora medycyny, wrócił Petrycy do kraju i został profesorem medycyny w Akademii krakowskiej. Aby ocenić, co zdziałał jako profesor medycyny, aby ocenić to, co pozostawił w rozprawach swych treści lekarskiej, zajmujących się chorobami, które wówczas głównie pochłaniały uwagę współczesnych lekarzy, trzeba się przenieść myślą do owych czasów, wniknąć w ówczesne zapatrywania, uwzględnić ówczesny stan nauk lekarskich wogóle. Przed chwilą słyszeliśmy trafną charakterystykę jego literackiej spuścizny lekarskiej. Ale znaczenie Petrycego jako lekarza polega nietylko na tem, co pozostawił w rozprawach ściśle lekarskiej treści, polega w równej mierze na jego praktycznej działalności: to pewna, że z historykami stwierdzić możemy, iż jako »medicus sapientissimus« podtrzymywał ustalony zaledwie byt i powagę Wydziału lekarskiego Jagiellońskiego Uniwersytetu. Lecz przedewszystkiem rośnie jego znaczenie jako lekarza, gdy czytamy cały szereg ustępów, wkraczających w zakres medycyny w jego wielkiem dziele treści filozoficznej.

I dla medyka bowiem, dla praktycznego lekarza, filozofia zawsze miała urok nauki, która wszystkie inne gałęzie nauk w jedną całość łączy: »Bawiąc się przy Akademji krakowskiej kilkanaście lat profesją philozophiey przeniosłem się do medycyny: jednak tak, abym zgoła nie opuszczał już dawno przedsięwziętej philozophiey: dałem na to kilka lat godzinę niemal zawzdy jedne......«

Mamy jako spuściznę tej jego pracy wiekopomne tłómaczenie Polityki, Ekonomiki i Etyki Arystotelesa, pierwsze wielkie filozoficzne dzieło polskie. »Pierwszy ważył się tego«..., »Abyśmy my też przykładem narodów inszych mieli polską philozophię«.... bo ludzie, »którzy acz więc i Laciński język umieją, jednak snadniej mogą się dogryźć własnym językiem w naukach arystotelesowych smaku«. Tłómaczy, że przyczyna, która go pobudziła do pisania tej umiejętności o »rzeczach pospolitych«, była: »abym był czymkolwiek pożyteczny na świecie ludziom, ponieważ dla tego wszyscyśmy się narodzili«. »Ludzie wielcy, którzy się na świetle Rplitej dowcipem, pracą, dostatkiem bawią: wielmożni wielmożnie popierają pożytku pospolitego: mnie się na ten czas nie zeszło, jedno pracą swą popisować«.

Pragnąłby pracą tą swoją przyczynić się do rozpowszechnienia nauki filozofii, do podniesienia stanu umysłowego społeczeństwa; wielokrotnie powraca do znaczenia, jakie ma nauka dla społeczeństwa; bije z kart tego dzieła głębokie zrozumienie, głębokie przywiązanie i głęboka cześć dla nauki: »Nauki bardzo ludziom wszelkiego stanu pożyteczne. Bo jako może powinność swą na świecie odprawiać, jeśli nie będzie wiedział, na czem powinność jego, na czem szczęście jego zawisło«.

To przeświadczenie stara się wpoić we wszystkich: Dzieło swe całe poświęca królowi: »Doktor Sebastjan Petrycy, Medyk uniżone służby swe poddaności, a obowiązane w Miłościwą łaskę królewską wiecznie oddawając« powiada: »przednie tych nauk wiedzieć trzeba głowie, a potym członkom jej, tak aby głowa z członkami y członki z głową spólnie zgadzały się, zwłaszcza w Rzpospolitej naszej mieszanej«. Każdą księgę z osobna przypisuje kardynałom, Biskupom, Wojewodom, a przytem przyświeca mu myśl: »Co daj Boże, aby też u nas było, aby ci, którzy mają dostatek, bawili się nauką i philozophią«. W innem miejscu zwraca się do szlachty i senatorów, aby troszczyli się więcej o szkoły: »Jedna jest Akademja w Polsce, a przecie do tych czasów niema opatrzenia słusznego, co wielka sromota i szkoda nam«.

Powraca kilkakrotnie do potrzeby nauki dla młodzieży: »Owszem przestrzeganie poczciwości ma doskonałość swoją brać z nauk głębokich«.... Na zarzut: »ale głębokie nauki przeszkadzają do rzeczy sprawowania: albowiem melancholicznymi ludzi czynią i nie sposobnymi do czynienia, tylko do diskursów«, odpowiada: »nauk głębokich młodzi tak się potrzeba uczyć, aby sobie zaostrzyli rozum, do sprawowania spraw Rzplitej pożytecznych, nie iżby mieli w nich utonąć i ustawicznie się nimi bawić. Tak nie będą przeszkadzać do sprawowania rzeczy«.

Pragnąłby, aby jaknajszersze koła rozmiłowały się w nauce, chociaż widzi przeszkody i trudności: »Przeto jako u narodów inszych, nietylko w przednich, ale w podłych ludzi uszach, już dawno ta, wszelakiej poczciwości nauczycielka, Philosophia, brzmi: tak też przystoi, aby wżdy kiedy z nami własnym naszym językiem rozmawiała. Znam ja to, iż rzecz jest bardzo trudna z Grecycy y z Latium do Polski przenieść, y uczynić Philosophię pospolitą«. »Wiem, że dowcipy polskie w czytaniu o ważnych rzeczach są tęskliwe: chcą prędko co porwać, bez pracy chcą być w lot uczonemi: rychlej czytają fraszki dworskie, niźli poważne rzeczy, łacne, niźli trudne«.

Aby filozofię Arystotelesa uczynić przystępniejszą, dodaje do każdego rozdziału »przykłady«, »dyskursy«, »przestrogi« »dokłady« i »przydatki«, ściągając jego teorye filozoficzne do zasad chrześcijańskich, do stosunków ówczesnych, a specyalnie do stosunków i obyczajów polskich. I te liczne przydatki, które same przez się tworzyłyby wielkie dzieło, są dla nas dzisiaj może najcenniejszą częścią jego literackiej spuścizny. Widnieje z nich dokładna znajomość starych filozofów, olbrzymia erudycya, wszechstronność zdumiewająca; uwagi jego tyczą się wszystkich dziedzin życia publicznego, zajmują się ustrojem Rzeczypospolitej, wojną, warunkami życia społecznego, prawem, przemysłem, handlem, zdrowiem publicznem, wychowaniem i nauczaniem, szkołami, sztukami pięknemi.

Porusza sprawy tak różnorodne, a wszędzie znać sąd jego bystry, wytrawny i gruntowny, tak, iż te księgi stawiają go w rzędzie pierwszych statystów owego wieku. W niejednym kierunku wygłasza pierwszy zapatrywania zupełnie nowe, np. o wychowaniu, szczególnie o wychowaniu fizycznem, zapatrywania, które napisane w języku, ogólniej przystępnym dla świata naukowego, byłyby mu zyskały szeroki rozgłos. A i obecnie jeszcze, czytając jego uwagi, ma się uczucie, iż poruszał on już wtedy sprawy, które jeszcze i dzisiaj są aktualne i wypowiadał o nich sądy, które i dzisiaj jeszczeby się ostały.

Petrycy mówi, jak widzieliśmy, iż dał na pracę tę »przez kilka lat godzinę niemal zawzdy jednę«, ale czytając te księgi czuje się, iż są one owocem głębokich rozmyślań całego życia. A są tam zawarte rzeczy nietylko głęboko przemyślane, ale i szczerze odczute, jak całe ustępy, w których mówi o sztuce, choćby tylko te proste słowa przytoczyć:

»Muzyka do ochłody umysłu i ciała pożyteczna jest, iż ma w sobie wdzięczną uciechę umysłu i ciała, iż jest słodkie lekarstwo wszelkiego bolu, iż jest ulżeniem wszelakiej prace, czasu złodziejem y wszelakiej nędze y przykrości uleczeniem«. »Wiersze są jakby tajemną muzyką«...... »Podobnie, jak i muzyka, ma i poezja w sobie coś boskiego i podobnie działa na duszę, pobudzając ją do żalu, wesołości, miłosierdzia lub gniewu«.....

A wszystko pisane tym pięknym, czystym, prostym a jędrnym językiem, który czyta się z taką rozkoszą, że oderwać się od tych kart trudno. Petrycego tłómaczenie Ksiąg Arystotelesowych jest podstawą polskiej terminologii filozoficznej. Wprawdzie mówi: »Jam się nie oglądał na ozdobę mowy: ale jakobym mógł nałacniey i nakrócey rzecz oddać, w tak wielkich zabawach moich, jakąkolwiek choć grubą wymową«. Sądzi tylko: »drugim dodam przyczyny i materiey, aby co tu nie dostaje, dostateczniey, wymowniey, łacniey, ozdobniey opisali«.

Owe zaś »przydatki« do tłómaczenia Arystotelesowej filozofii zasługują na to, aby im poświęcić gruntowny naukowy rozbiór; wówczas dopiero wydobędzie się całe skarby wiedzy, w nich zawarte, ujawni się kulturalne ich znaczenie i postać Petrycego tem większa przed nami stanie.

Ze stanowiska lekarskiego pragnąłbym jeszcze podnieść, iż wśród tych »przestróg« i »przydatków« rozrzuconych jest mnóstwo uwag, które Petrycy pisał jako lekarz i te właśnie, jak nadmieniłem, w wyższym stopniu, aniżeli jego ściśle lekarskie dzieła, podnoszą jego znaczenie jako lekarza. Jest tam cały szereg trafnych, godnych i dzisiaj zapamiętania uwag o higienie w małżeństwie, a przedewszystkiem głębokich, powiedzieć można nowoczesnych i dzisiaj jeszcze aktualnych uwag o wychowaniu cielesnem dzieci, o ćwiczeniu ciała, o zabawach fizycznych; szkoda, że zasługi Petrycego na tem polu, jego myśli i zapatrywania za mało były i są ogólnie znane. Śmiało powiedzieć możemy, że trafne uwagi jego i dzisiaj nawet skreślone stawiałyby go w rzędzie współczesnych przodowników na polu fizycznego wychowania młodzieży.

Piękne i podniosłe są te ustępy, w których Petrycy pisze o obowiązkach, o znaczeniu i o godności stanu lekarskiego.

Znać z niejednego miejsca tych ksiąg, iż pisał je »medyk«, rozmiłowany w swym zawodzie i stawiający wysoko godność »doktorów w lekarstwach«.

W ustępie: »Doktorowie w lekarstwach mają miejsce w Rzeczypospolitej?« pisze: »Dobra ludzkie są trojakie: duszne, około których teolog się bawi, cielesne, jako zdrowie, koło których się Medyk bawi; szczęścia i majętności, około których jurista.....« Powołuje się na świadectwo pisma świętego, Eccl. 38: »Od Pana Boga są wszelkie leki: nawyższy z ziemie lekarstwo i lekarza stworzył. Ty zaś szanuj i czci Medyka dla potrzeby«.

»Z tych słów znać, iż Medyk nietylko w Rzpospolitej ma miejsce, ale pierwsze miejsce, gdyż go sam Pan Bóg ludziom na pożytek stworzył i podał: materiey mu rozmaitej dodał, którejby miał w ratunku ludzkim używać. Kazał go szanować, dla wielkiego, który czyni Medyk ludziom, pożytku. Czego ani o teologu, ani o juriście, ani o innych profesjach ludzi tak znacznie w piśmie św. nie powiedziano«.

»Kto zawżdy potrzebien jest Rzeczypospolitej, ten ma w Rzeczypospolitej miejsce. Bo potrzeba jest wielka rzecz, zwłaszcza przez której obeśdź się nie możem na wszelki czas«.

Również i w innem miejscu (Etyka) mówi: »..... Po nich miejsce mają Doktorowie Medycy, którzy z głębokiej nauki y Philosophiey zdrowie ludzkie opatrują, chore uzdrawiają (nie barwierze z doświadczenia i zwyczaju lecząc), wielkiej czci i z zalecenia pisma świętego godni: zwłaszcza którzy nie względem zysku i wziątku leczą, co jest rzecz sprosna«.

Wiemy, że Petrycy leczył »nie względem zysku i wziątku«, ale leczył przedewszystkiem ubogi lud, który go też kochał, czcił i uwielbiał. Mawiał, jak słyszeliśmy: »bogaty dziesięciu Petrycych mieć może, ubogi żadnego«. Słyszeliśmy, że wzywany do Wojewody łęczyckiego wolał pozostać w Krakowie, bo: »Wojewoda nie zostawi po sobie, tylko majętności, a ja tu mam kilku rzemieślników chorych, którzyby wiele sierót zostawili«.

Z dobytku, który zyskał, pragnął pozostawić pamiątkę tej Akademii, w której się profesją nauki lekarskiej i filozofii »bawił«; uczynił dwie fundacye, które do dziś dnia noszą jego nazwisko, jedną »na wsparcie uczących się ziomków«, drugą dla historyografa Uniwersytetu, któryby ważniejsze zdarzenia Uniwersytetu zapisywał.

A teraz, gdy po trzech wiekach przerzucamy karty dzieł Petrycego, gdy rozpamiętywamy czyny jego, dziwny urok bije od tej postaci, która w nas budzi podziw i cześć; czujemy, że życie to jest zakonem, z którego dla potomności płynie nauka. Rozumiemy też, dlaczego postać jego, jako podniosły wzór, zdobi berło dziekańskie Wydziału lekarskiego Jagiellońskiego Uniwersytetu.

Sebastyan Petrycy na nagrobku pragnął mieć napis: »Professor in Lycaeo, Philosophus in vita«. To, czego nauczał, wprowadzał w życiu w czyn, stwierdzając, jak głosił, że »żywot ludzki zależy na umiejętności, którą dochodzimy do doskonałości i ozdoby«, i że »przestrzeganie poczciwości ma doskonałość swoją brać z nauk głębokich«, bo: »dobre życie na rozumu najprzedniejszej części człowieka zależy; tak, iż kto rozum ma, dobrze żyć może... zaś przeciwnym sposobem: kto rozumu niema, abo snać mając, rozkazania jego w tajemnym sumieniu grzmiącego słuchać nie chce: taki źle żyje«.

Z rozpamiętywaniem życia i zasług wielkich ludzi z minionych dawno lat nie miesza się już ból i żal, jaki odczuwamy, tracąc wybitnych współczesnych ludzi. To też i dzisiejsza uroczystość nie jest obchodem żałobnym, lecz świętem radosnem, jest uroczystem stwierdzeniem nieśmiertelności pamięci Sebastyana Petrycego. A Uniwersytet Jagielloński, oddając jego nieśmiertelnej pamięci hołd i cześć, z dumą wspomina, że tacy ludzie jego przeszłość zdobią«.

Po obchodzie odbyło się zebranie, w którem wziął udział prof. Kostanecki i wiele osób, urodzonych w Pilznie, zajmujących obecnie wybitne stanowiska społeczne, umyślnie na obchód przybyłych. *M.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza następujące:

Ostrzeżenie.

Lekarze: 1) powiatowej Kasy chorych w Brodach, zamieszkały w Szczurowicach, 2) powiatowej Kasy chorych w Śniatynie, zamieszkały w Horodence i 3) powiatowej Kasy chorych w Bóbrce, zamieszkały w Przemyślanach, podjęli starania celem poprawy warunków pracy w tych kasach. — Wzywa się wszystkich Kolegów, aby w razie ewentualnego zatargu tych lekarzy z Zarządami kas i skutkiem tego wypowiedzenia im tych posad, nie obejmowali tychże bez poprzedniego porozumienia się z Izbą.

Prezydent *Dr Festenburg.*

Lekarze przemyscy ogłaszają następujące:

Ostrzeżenie.

Na zebraniu lekarzy przemyskich w dniu 2. VIII. 1907 uchwalono ostrzedz Kolegów, aby się nie ubiegali o posadę lekarza powiat. Kasy chorych w Przemyślu, rozpisanej konkursem z dnia 15. lipca 1907 i 29. lipca 1907, tak długo, dopóki Izba lekarska wsch.-gal. nie zadecyduje, o ile warunki konkursu i wynagrodzenie pozostaje w odpowiednim stosunku do wymaganej pracy i nie uwłacza etyce lekarskiej. O czem Kolegów zawiadamiamy, upraszając równocześnie, aby ewentualnie już wniesione podania wycofać zechcieli.

Za Wydział:

Dr Süsswein sekretarz. *Dr Kramarzyński* prezes.

Ujednostajnienie przepisów etycznych dla lekarzy polskich we wszystkich zaborach, do którego według uchwały sekcyi spraw zawodowych X. Zjazdu lek. i przyr. polskich zmierzać należy, uzasadniał wnioskodawca, dr Mikołajski, szeregiem przykładów, dowodzących, że pod wpływem różnicy praw pisanych, obowiązujących w trzech zaborach, mogłaby się wytworzyć niepożądana rozbieżność poglądów etycznych wśród lekarzy polskich. I tak np. co do tajemnicy lekarskiej: w Prusach może się nią lekarz zasłonić nawet wobec sądów, w Austryi musi lekarz według prawa zdradzić ją na żądanie władzy właściwej, w Rosyi zaś bywa nawet przyniewalany do tego i nakłaniany do donosicielstwa. Podobnie wielkie różnice istnieją w ustawach co do przymusu lekarskiego. Nadto w każdym z zaborów oddziaływają na lekarzy polskich pojęcia etyczne i obyczajowe, panujące wśród lekarzy w danem państwie, a znacznie się różniące (np. sprawa odprzedawania praktyki, odbierania prawa praktyki przez Izby lekarskie, bojkotowania lekarzy przez kolegów i t. d.). Przygotowaniem wspólnego kodeksu etycznego dla lekarzy polskich zajmą się istniejące organizacye zawodowe, między któremi pośredniczyć ma, jako biuro centralne, Izba lekarska wschodnio-galicyjska. Izba ta przygotuje także na przyszły Zjazd regulamin Związku organizacyi lekarzy polskich. Prócz tego uchwaliła sekcya spraw zawodowych zalecić wszystkim polskim organizacyom lekarskim wzięcie pod obrady i ewentualne prowizoryczne przyjęcie kodeksu deontologicznego, uchwalonego przez Izbę lek. wschodnio-galicyjską. *R.*

Państwowy Związek organizacyi lek. austr. ogłasza, co następuje: 1) Przekształcenie luźnych organizacyi dolnoaustryackich na organizacye ścisłe postępuje szybko naprzód na zasadzie uchwały, powziętej przez Walne Zgromadzenie tych organizacyi w d. 12. VII. 1907. 2) Luźna organizacya lekarzy gminnych i okręgowych na Śląsku rozwiązała się i weszła w skład ogólnej organizacyi lekarzy śląskich. 3) Powstaje organizacya lekarzy w Dalmacyi. — Związek ostrzega lekarzy, którzyby ubiegali się o posadę w Odrawie na Śląsku austr., by zwrócili się o wyjaśnienia do prezesa organizacyi śląskiej, dra Stillera w Niklasdorf. — Prezes: *Dr Janeczek.*

Lekarze dolno-austryaccy uzyskali wprawdzie przez konferencyę swych przedstawicieli z wysłannikami kraju i rządu w d. 6. VII. 1907 podstawę do dalszych rokowań, postanowili jednak na razie w dalszym ciągu prowadzić bierny opór aż do pomyślnego ukończenia rokowań. *R.*

Organizacya lekarzy gminnych dolno-austryackich wzywa wszystkich kolegów, aby posady w Austryi Dolnej przyjmowali tylko pod następującymi warunkami: 1) Posada stała po roku służby próbnej. 2) Coroczny 2—3-tygodniowy urlop, zastępstwo na wypadek choroby, jedno i drugie na koszt gminy. 3) Gdzie niema innego odpowiedniego mieszkania — przyzwoite bezpłatne mieszkanie służbowe. 4) Zobowiązanie się gminy, że starać się będzie wszelkimi sposobami (przez petycye i swych dosłów), by Sejm dolno-austr. jaknajrychlej wprowadził emeryturę dla lekarzy i fundusz pensyi wdowich. — Prezes: *Dr Reh.*

Żądanie honoraryum od kolegi uznała czeska sekcya Izby lekarskiej morawskiej za uchybiające godności stanu lekarskiego. *R.*

Szczególny wyrok uzyskały w sądzie krajowym w Kolonii tamtejsze Kasy chorych w sporze z lekarzami. Mianowicie sąd orzekł, że wykonywane na zlecenie lekarzy czynności pomocnicze (stawianie baniek, miesienie i t. d.), jakoteż specyalne zabiegi lecznicze (elektryzowanie, rentgenizacya, ortopedya) należy

zaliczać do zakresu ugodzonych czynności lekarskich, że więc koszta tego wszystkiego..... należy strącać lekarzom Kas chorych z ich płacy! *R.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 28. VII. do 3. VIII. 1907 przypadków: płonicy 2 † 1, nagminnego zapalenia ślinianek 1, róży 1. *W.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 28. VII. do 3. VIII. 1907 urodziło się dzieci żywo 50, nieżywo 3; zmarło osób 42 (w tem obcych 11), z nich z gruźlicy 11 (6), zapalenia płuc 3 (1), płonicy 1. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 28. VII. do 3. VIII. 1907 przypadków: błonicy 7 † 1, krztuśca 4, płonicy 4, odry 2, duru brzusznego 4 † 1 (w tem obcych 1 † —), czerwonki 2 † 1 (1 † 1), nagminnego zapalenia opon 1. *L.*

Na cholerę w Samarze z 27 chorych zmarło 8. Za dotknięte cholerą ogłoszono gubernie astrachańską, samarską, saratowską, symbirską, uwską, kazańską i niżno-nowogrodzką.

Mór miał pojawić się w gub. saratowskiej, pow. cyrycyńskim, ogłoszono go jednak niemal zaraz za wygasły. W Odessie dalszych przypadków nie było.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Kursa feryalne dla lekarzy odbędą się w Krakowie w grudniu r. b. Szczegółowy program ogłoszony będzie w październiku.

— Łaźnia ludowa (zbudowana kosztem krakowskiej miejskiej Kasy oszczędności) wydała od dnia otwarcia do 1. VIII. b. r. 33,347 kąpieli; korzysta z niej obecnie dziennie 320 osób.

— *Otrzymujemy następujące pismo z prośbą o ogłoszenie:* 74 lekarzy polskich, zwiedzających po Zjeździe lwowskim zakłady zdrojowe w Żegiestowie, złożyło z okazyi przyjęcia, urządzonego dla nich przez Zarząd zdrojowy, 116 K 8 hal. na cele Towarzystwa Szkoły Ludowej, za co Zarząd Główny T. S. L. składa im serdeczne podziękowanie.

Zdrojowiska polskie. Do 30. VII. b. r. w Iwoniczu osób 3,650, do 24. VII. w Ciechocinku 6,082, w Zakopanem 5,639, w Krynicy 5,522, w Rabce 2,316, do 20. VII. w Szczawnicy 1,688, w Rymanowie 1,676.

Warszawa. Nie są jeszcze określone szczegółowo warunki, na jakich szpitale warszawskie przejdą w ręce zarządu miejskiego, co, jak donosiliśmy, w zasadzie już zostało postanowione przez radę ministrów. Władzom przedstawiono wniosek, aby przy przejściu szpitali w ręce miasta rozwiązać zupełnie Radę dobroczynności publ. i zwinąć posadę naczelnika zakładów dobroczynnych; w kancelaryi gubernatorskiej powstałoby natomiast biuro nadzorcze. Zakład obłąkanych w Tworkach, dom wychowawczy i zakład szczepienia ospy, jako instytucye, przeznaczone dla całego kraju, przejść mają w zarząd ministerstwa spraw wewnętrznych. W magistracie warszawskim zarządzać ma szpitalami osobny »Wydział dobroczynności publ.«, do którego powołanych ma być 6 obywateli miasta.

Z różnych stron. Prof. Chantemesse przedstawił Akademii lekarskiej w Paryżu (23. VII.) odkrytą przez siebie »oftalmodyagnostykę« duru brzusznego, która jest postępowaniem, analogicznem do ocznego odczynu tuberkulinowego. Strąciwszy toksynę durową zapomocą wyskoku, wkraplał Chantemesse 0,00002 gr. jej w rozczynie wodnym do oka, poczem u osób zdrowych lub chorych na rozmaite choroby pojawiało się lekkie zapalenie spojówki, znikające po 4—6 godzinach, natomiast u chorych na dur ten odczyn był znacznie silniejszy i trwał do następnego dnia. Ani u zdrowych, ani u chorych, próba ta nie wpływa na stan ogólny i ciepłotę.

— Międzynarodowy V. Zjazd ginekologiczny, który miał się odbyć w Petersburgu, został ponownie odroczony.

Mianowani: dr Witold Ziembicki chemikiem szpitala krajowego we Lwowie;

profesorami nadzw. docent pedyatryi Koeppe w Giessen i docent anatomii Lubosch w Jenie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Jodofan, nowy środek zastępujący jodoform, wyrabiany w instyt. chem. dra A. Horowitza w Berlinie N. 24, uważa dr Piorkowski (Berl klin. Wochenschr. 1907, Nr 20) za pierwszorzędny przetwór. Już wyniki, osiągnięte przez Eisenberga, wskazują, iż obok działania leczniczego na rany, odznacza się jodofan brakiem działania drażniącego i trującego, brakiem smaku i zapachu. Piorkowski przeprowadził badania bakteryologiczne, z których wynika niewątpliwie, iż jodofan pod każdym względem przewyższa jodoform. Jodoform powstaje przez połączenie jodu z methanem, jodofan zaś z benzolem. Tworzy on proszek czerwonawo-żółty, krystaliczny, nierozpuszczalny. Działanie polega na odszczepieniu się jodoformolu i na lekkiem zakwaszeniu przy zetknięciu się z alkaliczną wydzieliną rany. Z badań P. wynika, iż 0·3 gr. jodofanu działa tak energicznie na hodowlę gronkowców w bulionie, iż, gdy kontrola wykazywała 60 zarodków, po 20 minutach spotyka się tylko 2, a po 40 m. następuje zupełne zniszczenie mikrobów. Na płytach agarowych widać, jak w odległości 5 mm. i więcej od miejsca, gdzie leży jodofan, nie rośnie żadna kolonia (fotogramy). Silne działanie odwaniające i przeciwgnilne jodofanu sprawia, iż przy dodaniu 2 prc. jodofanu do substancyi cuchnących, posokowatych, po paru minutach znika przykry zapach i nie powraca po 3—4 tygodniach. Na myszach przekonał się P., iż nie następowało zakażenie rany gronkowcami, jeżeli w 2 godziny po wprowadzeniu bakteryi posypano ranę jodofanem (zwierzę kontrolne ginęło). Ten szereg wyników każe się spodziewać, iż jodofan odda w praktyce wkrótce rzeczywiście wielkie usługi. *Hr.*

Rok XLVI. Kraków, dnia 17. sierpnia 1907. Nr 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Szerzenie się i zwalczanie gruźlicy płucnej.

Podał

Dr Med. Alfred Sokołowski
(Warszawa).

(Dokończenie).

Owe podstawowe sanitarne przepisy, przyczyniające się do podniesienia zdrowotności, powinny iść ręka w rękę z inną jeszcze kategoryą ogólno-społecznych środków, dążących z jednej strony do podniesienia dobrobytu, z drugiej zaś do usuwania smutnych objawów tak zwanego pauperyzmu. Suchoty bowiem, jak to powszechnie wiadomo, stanowią chorobę *par excellence* biednych, a przedewszystkiem fabrycznej miejskiej ludności. Podstawowym więc postulatem będzie usuwanie mieszkań złych i niedostatecznie przewietrzanych, poprawa w odżywianiu się ludności, zwalczanie nadużywania napojów wyskokowych, wogóle poprawa warunków higienicznych w fabrykach i warsztatach, więzieniach, ograniczenie godzin pracy, szczególniej małoletnich, przeznaczanie robotników do odpowiedniego zajęcia, zależnie od ich konstytucyi, budowanie na szeroką skalę dla robotników tanich mieszkań z ogródkami, budowa dobrze pod względem higienicznym urządzonych szkół, szczególnie ludowych. Wszystkie powyższe postulaty, związane ściśle z podniesieniem ogólnej kultury, mogą być urzeczywistnione tylko bardzo powoli w społeczeństwach, w których istnieją szerokie miejscowe samorządy. I one to, idąc ręka w rękę z całem społeczeństwem, przejętem ogólną zasadą podniesienia dobrobytu i kultury wszystkich warstw społeczeństwa, mogą stopniowo i powoli w ciągu całych dziesiątków lat doprowadzić do pożądanych wyników, których skutkiem będzie również i zmniejszenie suchot płucnych.

W tych to kierunkach niesłychaną doniosłość odgrywa i czysto filantropijna działalność bogatych jednostek lub też stowarzyszeń, jak to widzimy n. p. w Anglii, gdzie jednostki i stowarzyszenia poświęcały olbrzymie sumy na budowę tanich mieszkań dla robotników, zakładanie przytułków dla ozdrowieńców (w Anglii i Niemczech), budowę sanatoryów dla suchotników, tworzenie kolonii letnich dla biednych dzieci, towarzystw wstrzemięźliwości i t. p. Niepospolitą również w tym kierunku rolę odgrywać może szkoła, przedewszystkiem ludowa, w której umiejętnie dobrany i odpowiednio z higieną obeznany nauczyciel powinien zaszczepiać w umysły najmłodszych już dzieci zasadnicze podstawy ogólnego zdrowia, kierując poniekąd i dając rodzicom wskazówki wzmacniania wogóle ustroju dziecięcego, a przedewszystkiem wątłego, co tak przepięknie niemal przed 100 laty sformułował nasz wielki lekarz i przyrodnik Jędrzej Śniadecki, pisząc jeszcze w roku 1802 w swej pracy: »O fizycznem wychowaniu dzieci« następujące wyrazy: »Od wychowania po większej części zawisło, że te przyrodzone usposobienia do suchot albo trwają, rosną i w chorobę się zmieniają, albo się powściągają, ograniczają, lub niszczą zupełnie«. Wprowadzenie więc nauki higieny o gruntownym wykładzie do seminaryów powinno być jednym z podstawowych postulatów walki z gruźlicą. Aczkolwiek bowiem w seminaryach w Galicyi, o ile mi wiadomo, istnieją wykłady higieny, są one jednakże zupełnie zaniedbane w Królestwie i należałoby w tym kierunku wprowadzić zasadnicze reformy ze ścisłem określeniem wykładu tej ważnej gałęzi wiedzy wychowania narodowego.

Na trzecim wreszcie planie postawiłbym środki, polegające na istotnej walce z samym zarazkiem gruźliczym. Ze spełnienia bowiem postulatów, poprzednio omówionych, samo przez się wypływa, że drogą ogólnych środków sanitarno-higienicznych usuwanie gruźliczego, że tak się wyrażę, materyału (produktów choroby) z jednej strony, z drugiej zaś podniesienie ogólnej zdrowotności i odporności ustroju, wpływają pośrednio na zmniejszenie się skłonności do zarażenia się. W kierunku niszczenia i unieszkodliwienia zarazka gruźliczego powinny być zachowane powszechnie znane zasady, poniekąd również w dwóch ostatnich dziesiątkach lat dostatecznie spopularyzowane, abym je potrzebował bliżej szczegółowo omawiać, a więc: walka z plwociną, jej odkażanie i niszczenie. Ten ostatni problem był jednym z pierwszych i najważniejszych czynników olbrzymiego entuzyazmu, jaki powstał po wykryciu przez Kocha laseczników. Przypuszczano, że walka z lasecznikiem będzie łatwa, a przez jego usunięcie zniknie owo straszne widmo gruźlicy ze świata. Niestety doświadczenie praktyczne dowiodło, że zniszczenie tego, tak łatwo ujawnić się dającego czynnika, bynajmniej nie jest łatwe, że drogi, któremi wnika lasecznik do ustroju, są liczne, że pasorzyt ten znajduje się wszędzie tam, gdzie przebywa człowiek lub zwierzę, dotknięte gruźlicą, a walka z zarazkiem jest ciężką i trudną, w grę bowiem wchodzą właściwości biologiczne zarazka, jeszcze nie wyjaśnione ściśle i warunki, przy których dany osobnik ulega zakażeniu. W każdym razie z praktycznego punktu widzenia pozostaje dla nas istotnym i żadnej wątpliwości nie ulegającym fakt, że lasecznik gruźliczy jest owym czynnikiem, bez udziału którego gruźlica rozwinąć

się nie może. Należałoby więc przypuszczać, że przy umiejętnem usunięciu i niszczeniu laseczników możność rozwoju gruźlicy u człowieka byłaby zupełnie wykluczoną. Logicznym wynikiem tego twierdzenia będzie, że abstrahując od wątpliwej i jeszcze niejasnej sprawy, dotyczącej samego aktu zarażenia się człowieka, powinniśmy stale dążyć do niszczenia i unieszkodliwiania zarazka. Walka więc z plwociną, odkażanie jej, niszczenie, stanowi poniekąd czynnik podstawowy nietylko walki z gruźlicą, lecz i zapobiegania tej chorobie. W tym więc kierunku stosowane być powinny pedantycznie, znane dziś, spopularyzowane powszechnie prawidła:

1) nieplucia na podłogę, lecz w odpowiednie spluwaczki, co szczególnie winno mieć szerokie zastosowanie nietylko w mieszkaniu chorego suchotnika, ale we wszystkich miejscach, w których przebywa czasowo lub stale znaczna ilość osób, gdyż zawsze wśród nich znajdzie się pewno sporo osób, dotkniętych gruźlicą (schody domów, warsztaty, wozy kolejowe i tramwajowe, kościoły, teatry, koszary i t. p.).

2) Odkażanie przedmiotów, używanych przez suchotników, a szczególniej bielizny, systematyczne odkażanie mieszkań, w których przebywali, a bardziej jeszcze, w których umarli suchotnicy.

3) Ze względu, że nie ulega dziś najmniejszej wątpliwości, iż źródłem zakażenia się mogą być wydzieliny nietylko człowieka, lecz i zwierzęcia, dotkniętego gruźlicą, przedewszystkiem mleko, w pierwszej linii krowie, rzadziej mięso, to pierwszorzędnem zadaniem zapobiegania będzie usunięcie z handlu przy pomocy ścisłej sanitarno-policyjnej kontroli mięsa wołów lub krów, dotkniętych tak zwaną perlicą. Ze względu zaś na to, że mleko, ten najistotniejszy pokarm dla dzieci, może być niesłychanie łatwo przenośnikiem zarazka gruźliczego i ma odgrywać, jak to przypuszcza Behring i jego szkoła, pierwszorzędną rolę w patologii powstania gruźlicy wogóle u człowieka, to też i na zapobieganie gruźlicy w tym kierunku należy zwrócić niesłychanie baczną uwagę, poddając nadzorowi weterynaryjnemu, drogą wstrzykiwań tuberkuliny, krowy w oborach, dostarczających mleko na targi. Należałoby nawet dążyć, aby, podobnie jak w Danii, wprowadzoną została taka ścisła kontrola na drodze prawodawczej. Tymczasem trzeba starać się zapomocą odpowiednich publikacyi uświadamiać właścicieli, szczególniej małych gospodarstw, o cechach, właściwych gruźlicy krów i o sposobach uchronienia ich od jej rozwoju. W tym kierunku energiczną akcyę prowadzić powinny towarzystwa rolnicze, szczególniej ich filie prowincyonalne. Należy zalecać używanie mleka gotowanego, szczególniej, jeżeli ono pochodzi z niepewnego źródła, a w tym kierunku niesłychanie pożyteczne okazują się instytucye tak zwanej »Kropli mleka«, szeroko rozgałęzione za granicą, a głównie we Francyi, i u nas również rozwijające się w ostatnich czasach pomyślnie (Kraków, Warszawa, Łódź, Lublin), a mające za zadanie dostarczanie biednej ludności darmo lub za bardzo nizką opłatą dla niemowląt mleka, uprzednio pasteryzowanego.

Co do dotkniętych gruźlicą jednostek, a szczególniej osób biednych, również należałoby starać się, o ile można, o ich odosobnienie i pomieszczanie w odpowiednio urządzonych zakładach leczniczych. Zadanie to niesłychanie trudne i skomplikowane ze względu na olbrzymią ilość suchotników powinno również na drodze współudziału państwa i społeczeństwa stopniowo być wprowadzane w życie. Akcyę tę należy prowadzić w podwójnym kierunku: 1) starając się otwierać, zapomocą funduszów państwowych, jaknajwiększą liczbę uzdrowisk w różnych miejscowościach kraju, w których biedni suchotnicy znajdowaliby bezpłatnie lub za niewielką opłatą odpowiednie pomieszczenie; 2) otwierając specyalne oddziały przy szpitalach dla ciężko chorych suchotników, tą drogą usuwając ich z ciasnych mieszkań, przepełnionych zdrowymi członkami rodziny. W niektórych państwach (Saksonia, Szwecya) istnieje prawo, na mocy którego suchotnik, nie mający odpowiedniego pomieszczenia w domu i mogący przeto być niebezpiecznym dla otoczenia, jest zmuszonym do wstąpienia do odpowiedniego państwowego zakładu lub szpitala. Naturalnie prawo to, wysoce rozumne i humanitarne, może być zastosowane tylko w krajach i państwach, w których istnieje odpowiednia liczba zakładów, gdzie suchotnik chory miejsce w danym razie znaleźć będzie musiał. U nas przed wydaniem podobnego prawa należy przedewszystkiem domagać się ciągle zwiększenia ilości szpitali z osobnymi oddziałami dla suchotników, co stanowi palącą potrzebę w Galicyi i Królestwie. W Niemczech, gdzie istnieje obowiązkowe ubezpieczenie od nieszczęśliwych wypadków, choroby i ubezpieczenie na starość, dokonano w ostatnim dziesiątku lat pod tym względem olbrzymich i zdumiewających, niejako epokowych przewrotów. Doświadczenie bowiem dowiodło, że u połowy przeszło niezdolnych do pracy robotników fabrycznych główną przyczynę stanowiła gruźlica płuc. Stąd też instytucye te rozwinęły niezwykłą, a zarazem wysoce pożyteczną w tym kierunku działalność, otwierając swoim kosztem liczne sanatorya, lub pomieszczając chorych na koszt instytucyi w innych sanatoryach, a tą drogą wpływając skutecznie nietylko na wyleczenie, lecz i na zapobieganie gruźlicy, usuwając o ile można wcześnie chorych z fabryk i ich bliższego otoczenia. W ostatnich latach wytworzono w Niemczech jeszcze liczne tak zwane miejsca odpoczynku w lasach w ciągu dnia dla lżej chorych, w których przebywają oni cały dzień, dostając tamże za niezmiernie umiarkowaną cenę pożywne jedzenie. W innych społeczeństwach, w których nie istnieją powyższe instytucye, akcyę w tym kierunku prowadzą instytucye państwowe i gminne, popierając i subwencyonując rozgałęzione szeroko w ostatnich dziesiątkach lat we Francyi, Anglii, Belgii, Danii i innych państwach tak zwane ligi, to jest stowarzyszenia przeciwgruźlicze. Ligi te, drogą ofiarności publicznej, organizują niezmiernie pożyteczną działalność w kierunku nietylko walki z gruźlicą, lecz i jej zapobiegania. One bowiem wchodzą za pośrednictwem swych członków w bliższą znajomość, bliższy stosunek z rodzinami chorych, dotkniętych gruźlicą. Starają się nietylko o umieszczenie chorego, jeżeli się to okaże potrzebne, w odpowiednim zakładzie, lecz jednocześnie udzielają lżej chorym rady i pomocy lekarskiej w odpowiednio urządzonych ambulatoryach, wspierają chorych i ich rodziny, pouczają o właściwem zachowaniu się i zabezpieczaniu zdrowych członków rodziny od zapadnięcia na tęż chorobę i t. p.

Jeżeli po skreśleniu powyższych postulatów, na jakich powinna się opierać walka z gruźlicą, zapytamy się na zakończenie, co w tych podstawowych kwestyach, odnoszących się do tej niezwykle ważnej sprawy, zrobiono u nas

w Królestwie, to przedewszystkiem wspomnieć musimy, że jedynie w Warszawie, a potrochu i w innych miastach Królestwa cośkolwiek w tym kierunku zrobiono. Mimo fatalnej obręczy, która zaciskała życie naszego społeczeństwa, w walce z gruźlicą w ciągu ostatnich lat 20 dokonano jednakże, zdaniem naszem, wielu bardzo doniosłych urządzeń i tak: Z ogólno-społecznych przeprowadzono w Warszawie, dzięki przedewszystkiem staraniom i dobrej woli wyjątkowego prezydenta miasta, generała Starynkiewicza, znakomicie urządzoną i wybornie działającą kanalizacyę i wodociągi, których sieci stopniowo i metodycznie rozszerzają się, obejmując nietylko miasto, lecz i przedmieścia. Te to wzorowe urządzenia stanowią epokową pracę i one to bezspornie przez skanalizowanie niezwykle brudnego miasta i dostarczenie nawet odległym przedmieściom w obfitej ilości wybornej wody filtrowanej, stały się fundamentem poprawy ogólnej zdrowotności miasta, wynikiem czego jest zmniejszająca się śmiertelność ogólna, jakoteż i z chorób zakaźnych, a także i z gruźlicy.

Z objawów filantropii społecznej, będącej pośredniem ogniwem w walce z gruźlicą, wspomnieć należy w pierwszej linii o czynnym od lat 4 Instytucie Higieny Dziecięcej fundacyi warszawskiego filantropa, barona Lenvala. Instytut ten, o bardzo szerokim zakresie, ma przedewszystkiem za zadanie podniesienie poprawy zaniedbanych zupełnie warunków higienicznych u dzieci biednej ludności. Przez stosowanie darmo lub też za bardzo umiarkowaną opłatą kąpieli, natrysków, gimnastyki leczniczej, pielęgnowania zębów i t. p., jednocześnie przez urządzanie odpowiednich pogadanek dla matek, wszczepiane bywają racyonalne podstawy higieny wśród biednej ludności. Obok tego w instytucie powstała w ostatnich latach, drogą ofiarności prywatnej, instytucya t. zw. »Kropli mleka«, mająca na celu dostarczanie pasteryzowanego mleka darmo, lub za bardzo umiarkowaną zapłatę, dla karmienia niemowląt lub chorych dzieci [1]). Instytucya ta rozwija się stopniowo. Natomiast w Łodzi przyjęła bardzo szerokie rozmiary, zawdzięczając je również ofiarności prywatnej. W ostatnich czasach zorganizowano również i w Lublinie »Kroplę mleka«.

Kolonie letnie, założone przez naszego niepospolitego w tym kierunku działacza społecznego doktora Markiewicza, w ciągu swojej 25-letniej działalności, dzięki również hojnym darom wielkich filantropów (Rau i wielu innych), rozwinęły się szeroko, dając możność przebywania na świeżem powietrzu przeszło 3,000 biednych i słabowitych dzieci rocznie, wzmacniając ich ustrój i tą drogą, pośrednio, chroniąc od gruźlicy. Kolonie letnie wzorem Warszawy rozwinęły się również w Łodzi, Lublinie, Radomiu i Częstochowie. Do instytucyi tej kategoryi zaliczyć jeszcze należy ogródki do letnich zabaw dla biednych dzieci, powstałe również z zapisów Raua, kąpiele ludowe imienia Chałubińskiego. Do instytucyi, wprost skierowanych ku walce z gruźlicą, należy dodać sekcyę przeciwgruźliczą, powstałą przy Towarzystwie higienicznem, w której pod kierunkiem sprawozdawcy odbywają się raz na miesiąc posiedzenia, poświęcone rozbiorowi teoretycznemu różnych zagadnień, odnoszących się do walki z gruźlicą.

W kierunku szpitalnictwa zapisać należy zbudowanie przy niektórych oddziałach szpitalnych leżalni, przeznaczonych do leczenia chorych gruźliczych (szpitale: św. Ducha, Dzieciątka Jezus, Żydowski), ufundowanie pięknego oddziału dla chorych piersiowych, dzięki zabiegom niezmordowanego działacza na polu walki z gruźlicą płuc, dr Sterlinga w szpitalu im. Poznańskich w Łodzi, a wreszcie koroną tej sprawy nazwać można kończące się obecnie sanatoryum w Rudce pod Warszawą, zainicyowane przez dr Dunina. Budowa tego sanatoryum kosztowała prawie ćwierć miliona rubli, zebranych wyłącznie tylko drogą ofiarności prywatnej. Na zakończenie wspomnieć muszę o organizującej się obecnie w Warszawie Lidze Przeciwgruźliczej, która, o ile sądzę, działalność swoją praktyczną w walce z gruźlicą już w niedługim czasie rozpocząć będzie mogła.

Tymczasem zresztą na przestrzeni całego 10-milionowego kraju (t. j. Królestwa) literalnie nic a nic w sprawie walki z gruźlicą nie zrobiono, ani w sensie prawodawczym, ani społeczno-ekonomicznym, a nawet filantropijnym. Na nasze usprawiedliwienie powiedzieć możemy, szczególniej my lekarze, że wielokrotnie ludzie dobrej woli, a nawet całe towarzystwa (higieniczne) nawoływały w tym kierunku, ostrzegając społeczeństwo o strasznej klęsce, jaka grasuje stale w kraju, wzywając do walki z gruźlicą. Słowa te jednakże zawsze były głosem wołającego na puszczy, którego echo odbijało się, jak o opokę, o nasze władze państwowe, których hasłem było nie budować — lecz niszczyć, nie pomagać — lecz szkodzić nawet w takiej sprawie, jaką jest zdrowie publiczne. I po dziś dzień nic się nie zmieniło w tym kierunku! Świtające jednakże zaranie swobody politycznej winno przypomnieć całemu społeczeństwu, że obok podniosłej walki w sprawie ogólnej swobody nie należy zapominać i o walce z tak wielkim wrogiem społecznym, jakim jest gruźlica, którą słusznie można nazwać istotną klęską narodową. Ogólna więc autonomia kraju, a z nią samorząd miejscowy, winien się zająć w pierwszej linii opracowaniem, na wzór Anglii, ustawy zdrowia publicznego, zakładając tą drogą kamień węgielny do walki z gruźlicą.

[1]) W ciągu roku 1906 wydano w instytucie dzieciom 44,501 kąpieli, 2,188 godzin gimnastyki, ostrzyżono 4,411 głów, zaszczepiono ospę 1,221 dzieciom, wydano 143,445 buteleczek (ćwierćlitrowych) pasteryzowanego mleka, udzielono 2,000 porad dentystycznych.

Zadania i tory spółczesnej dyagnostyki chorób wewnętrznych.

Podał

Prof. dr Witold Orłowski.

Wykład wygłoszony 4/17. maja przy objęciu katedry dyagnostyki lekarskiej w Kazaniu).

(Ciąg dalszy, ob. Nr 31.)

Jeśli teraz zestawimy wszystko, com powiedział, to dojdziemy do wniosku, że dążenia do poznania zmian anatomicznych, towarzyszących sprawom chorobowym, i do wyświetlenia ich patogenezy, znalazły dostateczne dla siebie zadośćuczynienie w szeregu nowszych metod badania. Zdawałoby się, że na tem można ograniczyć zadania dyagnostyki. Spostrzeżenia jednak dowiodły, że poznanie tylko morfologicznych zmian w chorym narządzie i patogenezy choroby jeszcze nie wystarcza dla głębszego pojmowania

sprawy chorobowej i jej znaczenia dla chorego ustroju. Dowiedzieliśmy się mianowicie, że stopień zmian anatomicznych nie zawsze idzie w parze z obniżeniem czynności chorego narządu, że zejście choroby w wielu przypadkach zależy nietylko od stopnia zmian narządu, lecz i od stopnia sprawności innych narządów, nieraz nawet takich, w których zadanie nie wchodzi zrównoważenie czynności chorego narządu. Tak n. p. S. Botkin w swych wykładach klinicznych rozwijał tę myśl, że zejście śmiertelne we włóknikowem zapaleniu płuc następuje »czasami w okresie rozejścia się sprawy, gdy znaczna część tkanki płucnej jest już dostępną dla powietrza, gdy czynność serca o tyle jest dobrą, że daje praktycznemu lekarzowi prawo niezłe rokować, gdy ciepłota obniża się«; śmierć w tych przypadkach »nieraz przy dobrem tętnie« zależy od »samozatrucia ustroju jakimiś przetworami, prawdopodobnie rozwijającymi się wskutek rozwoj udwoinek, a zatrzymanymi w ustroju i sprowadzającymi porażenie ośrodków nerwowych«. »Żywo przypominam sobie«, — mówi w innem miejscu tenże klinicysta — »naradę lekarską u chorego na zapalenie płuc, u którego tętno było dość silne, pełne, nie bardzo przyspieszone, jednem słowem, tętno, które nie wzniecało żadnych obaw. Skończywszy badanie chorego, przeszliśmy do sąsiedniego pokoju dla narady. Nie skończyliśmy jej jeszcze, gdy nam doniesiono, że chory umarł. Nie upłynęło ani pół godziny od czasu, gdy go zostawiliśmy. I nie jest to odosobniony wypadek«. Doświadczenia Cloëtta, który wywoływał u królików sztucznie ostre zapalenie nerek, wstrzykując im aloinę, kantarydynę i chromian potasu, i badał stosunek zmian anatomicznych do sprawności nerek, również dowiodły, że jednakowe zmiany tkanki nerkowej nie zawsze idą równolegle z odpowiedniem obniżeniem czynności nerek. Wreszcie codzienne doświadczenie kliniczne poucza również, że w jednej i tej samej chorobie, n. p. w wadzie serca, wystarcza w jednych przypadkach już tylko odpoczynek dla usunięcia zaburzeń wyrównania, w innych zaś razach niezbędnem jest zastosowanie środków leczniczych, do tego nie zawsze z wynikiem pomyślnym. W zapaleniu nerek jeden chory czuje się wyśmienicie w gorącym i suchym klimacie, drugi zaś pędzi w takim klimacie żywot godny pożałowania. W chorobach żołądka narząd ten nieraz z łatwością trawi niewielką ilość pokarmu, a niedomaga, gdy mu dano do przetrawienia znaczniejszą jego ilość; w stosunku do czynności wydzielniczej przejawia się to w ten sposób, że po próbnem śniadaniu sok żołądkowy zawiera dostateczną lub nawet nadmierną ilość wolnego kwasu solnego, po próbnym zaś obiedzie kwasu solnego w nim niema lub znajdzie się w niewielkiej ilości. (Riegel, Dörner). Wszystkie te i podobne dane przekonały nas, że anatomicznie zmieniony narząd może zachować w dostatecznej mierze swą sprawność, anatomicznie zaś zdrowy być niedostatecznie sprawnym. Jeśli tak, to dla dyagnostyki powstaje nowe zadanie, mianowicie rozwiązanie pytania, o ile została zachowaną czynnościowa zdolność narządów zarówno chorych, jak i zdrowych. Ten spółczesny kierunek dyagnostyki, któremu dali początek Rosenbach i Martius, nosi miano kierunku czynnościowego lub potencyalnego.

Przewód pokarmowy był pierwszym punktem ustroju, do którego skierowała swe kroki dyagnostyka potencyalna. W dziedzinie chorób żołądka wydały pod tym względem nasze dążenia wyniki wyśmienite. Dzięki zastosowaniu zgłębnika żołądkowego możemy w obecnym czasie wytworzyć sobie dostateczne pojęcie o sprawności żołądka zarówno wydzielniczej, jak i ruchowej. Podając ściśle oznaczony pokarm (różnego rodzaju próbne śniadania i obiady) i zmieniając go w badaniach wtórnych, śledzimy przebieg pracy żołądka i w ten sposób zapoznajemy się ze stopniem sprawności tego narządu. Ogromne postępy w patologii żołądka, zdobyte dzięki dyagnostyce czynnościowej, naprowadziły Schmidta i jego ucznia Strassburgera na myśl, by w takiż sposób badać jelita. W ostatnich swych pracach badacze ci starają się poznać nietylko poszczególne czynności jelita, — ruchową, wydzielniczą i wchłaniającą, lecz i odgraniczyć śród zaburzeń ruchowych zaburzenia ruchowe jelita cienkiego i grubego, a śród zaburzeń wydzielniczych zaburzenia różnych soków trawiennych, mianowicie soku żołądkowego, trzustkowego, jelitowego i żółci. W tym celu Schmidt i Strassburger podają próbny pokarm, składający się przeważnie z mleka, ściśle oznaczonej ilości substancyi skrobiowatych (100 grm. biszkoptu, 80 grm. krup owsianych i 190 grm. ziemniaków) i mięsa, mianowicie siekanego kotleta, w środku koniecznie surowego. Oddany po takim pokarmie kał poddają Schmidt i Strassburger badaniu, oglądając go gołem okiem i pod drobnowidem i przerabiając próbę sublimatową i fermentacyjną. Z tych badań (Schmidt i Strassburger, ostatnio Hess) okazało się, że obecność w kale po próbnym pokarmie resztek tkanki łącznej, widzialnej pod drobnowidem, świadczy o zaburzeniu trawienia żołądkowego, jego wydzielniczej lub ruchowej czynności, przemawiając w ten sposób za tem, że żołądek nie potrafi wypełnić pracy, od niego wymaganej. Taki stan niesprawności żołądka podmiotowo nie przejawia się wcale, lub wywołuje dolegliwości żołądkowe lub wreszcie zaburzenia jelitowe, jużto szybko przemijające, jużto tak znaczne, że przeważają w obrazie choroby, jak to widzimy np. w przypadkach braku soku żołądkowego (*achylia gastrica)*, przebiegającego nieraz bez wszelkich dolegliwości podmiotowych ze strony żołądka. Obecność w kale widocznych gołem okiem resztek mięśni świadczy zawsze o obniżeniu którejkolwiek czynności jelit cienkich. Dodatni wynik próby fermentacyjnej, zależny od rozkładu białkanów, świadczy niewątpliwie o silnem zaburzeniu czynności jelit, połączonem z anatomicznemi zmianami ich błony śluzowej. Wreszcie niedostateczne przetrawienie substancyi skrobiowatych, przejawiające się wczesnem kiśnieniem, stoi w związku z naruszeniem wydzieliny soku jelitowego. Stan ten cechuje t. zw. »fermentacyjną niestrawność jelitową« Strassburgera i Schmidta. Wszystkie te badania rzucają światło na stan jelit pod względem czynnościowym. Wyniki te co prawda nie są tak ścisłe, jak dane, uzyskane dzięki czynnościowej dyagnostyce w patologii żołądka. Ta różnica w wynikach tłómaczy się zawilszymi stosunkami w jelitach, w porównaniu do żołądka. Przypomnijmy tylko sobie, jak ściśle powiązane między sobą są wydzielnicza, ruchowa i wchłaniająca czynności jelit i z jak rozmaitymi sokami trawiennymi spotykają się w jelitach różne rodzaje pokarmów. W samej rzeczy, z fizyologii wiadomo, że białko ulega strawieniu przez trypsynę i pepsynę, że tłuszcze, rozkładające się jeszcze w żołądku od zaczynu, wykrytego przez Volparda i stwierdzonego następnie przez Garbera i Stadego, ulegają w jelitach trawieniu przez sok trzustkowy i żółć, że wreszcie węglowodany, zmienione już pod działaniem ptyaliny śliny, napotykają w jelitach sok trzustkowy. Do tego należy dodać kinazę soku jelitowego, wykrytą u psów przez Szepowalnikowa i stwierdzoną przez Delezenna i Frouina, prof. Popielskiego, Bołdyrewa, Sawicza, Camusa i Gleya, Lepera i innych, zaś u ludzi przez Hamburgera i Hekma i Glässnera. Kinaza ta przeprowadza zaczyny soku trzustkowego ze stanu utajonego w stan czynny; co prawda w badaniach Hamburgera i Hekma sok jelitowy nie wywierał wpływu na diastatyczny i lipolityczny zaczyn soku trzustkowego. Oprócz tych głównych soków trawiennych wlewają się do światła jelit (przynajmniej, o ile można sądzić z doświadczeń na zwierzętach) jeszcze soki dodatkowe. Do tych należą sok kątnicy, zawierający zaczyny diastatyczny i proteolityczny (Berłacki, Strażesko) i zwiększający zaczynowe działanie amilazy i lipazy soku trzustkowego (Pożerski, Strażesko); soki gruczołów Brunnera i odźwiernikowych (Szemiakin, Ponomarew, Dobromysłow), zawierające zaczyny, które rozpuszczają białko, ścinają mleko i zawieszają tłuszcze, a sok

gruczołów Brunnera oprócz tego i enterokinazę (Ponomarew); sok jelitowy, zawierający lipazę (Bołdyrew), wreszcie żółć, sprzyjająca działaniu zaczynu diastatycznego soku trzustkowego (Martin, Williams, prof. Pawłow, Bruno Kładnicki) i przeprowadzająca oleopsynę soku trzustkowego w stan czynny (Babkin). Trzeba mieć również na względzie możliwość zastąpienia trawienia żołądkowego trzustkowym wskutek dostawania się do żołądka mieszaniny soków trzustkowego, jelitowego i żółci (Bołdyrew, Arbekow). Do tego wszystkiego należy jeszcze dodać obecność w błonie śluzowej jelit wykrytej przez Cohnheima erepsyny, która rozkłada albumozy i peptony; erepsynę tę wykrył również w soku jelitowym u psów prof. Sałaskin, Kutscher i Seemann, a u ludzi Hamburger i Hekm. Wreszcie w błonie śluzowej żołądka i jelit zawiera się antypepsyna i antytrypsyna (prof. A. Danilewski, Genzel, Weinland). Co się tyczy innych czynności jelit, to nie mamy niestety dotychczas metod dla oceny wchłaniającej zdolności jelita i czasu przebywania miazgi pokarmowej w jelitach cienkich; ta okoliczność ma tem większe znaczenie, że, jak wykryli Berłacki, Troicki i Strażesko, zarówno ruchowa, jak i wchłaniająca czynności jelit są niejednakowe względem różnych pokarmów. Tak n. p., według doświadczeń Strażesko po spożyciu mięsa przechodzenie treści do jelit grubych rozpoczyna się już po upływie 2 godzin i dosięga najwyższego stopnia po 7, 8, 9 godzinach; po spożyciu chleba przechodzenie rozpoczyna się po 4 godzinach i dochodzi do najwyższego natężenia po 9, 10, 11 godzinach i t. d. Trudność oceny sprawności jelit wzrasta tembardziej, że metody oznaczania zaburzeń wydzielniczej pracy trzustki (kapsułki glutoidowe Sahliego, jądrowa metoda Schmidta, glicerynowa Cammidgea i inne) nie są bez zarzutu. Sama trzustka wreszcie odznacza się zdolnością do odradzania się (prof. J. Pawłow i Smirnow). Wszystkie te okoliczności[1]) w wysokim stopniu utrudniają nasze dążenia do obznajomienia się ze sprawnością jelit. (C. d. n).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

G. Leven i G. Barret. **Określenie rozszerzenia żołądka oparte na radyoskopii.** (*Presse méd.* Nr 46, 1907). Na podstawie radyoskopii oświadczają autorowie: 1) że żołądek prawidłowy leży najczęściej pionowo i mieści się cały w podżebrzu lewem. Z 2 odcinków żołądka tylko krótki odcinek przyodźwiernikowy leży poziomo i może bardzo nieznacznie przekraczać ku stronie prawej linię środkową ciała. 2) Granica dolna żołądka odpowiada wysokości pępka u zdrowych, badanych naczczo i w położeniu poziomem. U ludzi stojących obniża się ta granica o 1—2 ctm. 3) Stosunek dolnej granicy żołądka do pępka ma tylko względne znaczenie z tego powodu, że położenie pępka nie jest stałe. 4) Czy żołądek pusty, czy pełny, to niema u człowieka zdrowego wpływu na położenie dolnej granicy żołądka. Jeśli żołądek jest pełny, to się rozszerza, jeśli pusty, to się zwęża, jednak tylko odcinek pionowy, a nie poziomy, stanowiący dno żołądka. 5) Pluskanie może istnieć w żołądku prawidłowym, naodwrót może go nie być w żołądku rozszerzonym. 6) Tylko badanie radyoskopowe wypełnionego żołądka może rozstrzygnąć, czy jest on rozszerzony, czy nie. Jeśli zdrowy dorosły człowiek wypije 40—50 ctm.^{3} wody, albo i więcej, to górna powierzchnia płynu w żołądku układa się wogóle bardzo wysoko. Powierzchnia górna nie podnosi się dalej, choćby badany wypił i 250—300 ctm.^{3}. Jeśli wypije jeszcze więcej, to zmieniają się bardzo obrysy żołądka, bo odcinek pionowy bardzo się rozszerza. — W przypadkach rozszerzenia żołądka płyn gromadzi się na dnie i trzeba podać badanemu kilkaset ctm.^{3} płynu, by płyn sięgał w żołądku do wysokości, jaką znajdujemy u człowieka zdrowego po wypiciu tylko 40 ctm.^{3}; w miarę przybywania płynu w żołądku rozszerzonym, górna powierzchnia płynu podnosi się. Jednem słowem żołądek zdrowy ma zdolność przystosowywania się do swej treści, rozszerzony zaś nie. — Autorowie zwracają uwagę, że żołądek rozszerzony, wypełniony płynem, może w radyoskopowym obrazie wyglądać, jakby w środku przewężony. Jest to jednak zjawisko przyrody mechanicznej, które z opróżnieniem żołądka znika. Znika ono też i wśród radyoskopowania, jeśli okolicę dna żołądka uniesie się ku górze. — Wogóle biorąc, chorobowe rozszerzenie żołądka należy oceniać nie według wymiarów żołądka, ale według sposobu jego wypełniania się. *Stahr.*

L. Cheinisse. **Śluzotok żołądkowy.** (*Sem. méd.* Nr 28, 1907). Śluzotok żołądkowy, który sam przez się nie stanowi »jednostki chorobowej«, ale tylko objaw chorobowy, tak samo, jak n. p. sokotok żołądkowy, nadmierna kwaśność i t. d., może być ciągłym lub przerywanym. Śluzotok stały towarzyszy najczęściej przewlekłym nieżytom żołądka i nerwicom żołądka, przebiegającym z wybitnem upośledzeniem lub brakiem wydzielania kwasu solnego. Przeważnie tłómaczą autorowie śluzotok jako objaw nieżytu, inni jednak upatrują przyczyny tego objawu bardzo często w nerwicy (*myxoneurosis gastrica*). Jeśli ilość śluzu dobytego z żołądka przekracza 5 ctm.^{3}, to uważa się to za objaw już chorobowy, prawdziwy jednak śluzotok zaczyna się powyżej 25 ctm.^{3}. Trzeba jednak zawsze pamiętać i o tem, że śluz, dobyty wśród pompowania żołądka, może pochodzić także z przełyku, gardła i ust. Ludzie, cierpiący na przerywany śluzotok żołądkowy, zapadają zwykle nagle wśród najlepszego zdrowia, i to najczęściej rano po zbudzeniu się zaczynają gwałtownie wymiotować. Żadne leki nie pomagają. Z początku wymiotują chorzy tylko płyn klejki, a potem żółć i sok dwunastniczy; nigdy nie zawierają wymiociny miazgi pokarmowej. Chorzy nie skarżą się na żadne bole w okolicy żołądka; w czasie napadu nie znoszą żadnego pokarmu, ani stałego, ani płynnego, połknięty pokarm natychmiast zwracają. Napad trwa zwykle dzień, rzadko dłużej, i nagle mija. Między napadami chorzy czują się zupełnie dobrze. Częstszym jest śluzotok stały, który jednak nie przejawia się niczem znamiennem; w obrazie klinicznym przeważa choroba zasadnicza, stanowiąca podłoże sprawy (nerwica, nieżyt żołądkowy). Rozpoznając śluzotok przerywany, należy wyłączyć zatrucie np. wyskokiem (*vomitus matutinus*), chloranem potasu (przypadek Penznera, opisany w Berl. klin. Wochs. 14 i 21. I. 1907) i t. d. Śluzotok stały usuwa się, lecząc chorobę główną, a przerywany radzi autor leczyć przepłukiwaniem żołądka w czasie pozornego zupełnego zdrowia. Wśród napadu pomaga jedynie morfina z atropiną, wstrzykiwane podskórnie. *Stahr.*

E. Bernoulli. **Rak żołądka i jelit w 20 pierwszych latach życia.** (*Arch. f. Verdauungskr.* 1907, XIII, 2). Autor spostrzegał sam trzy przypadki raka u osób młodych (lat 15, 17 i 18), a z piśmiennictwa zdołał zebrać 47 pewnych przypadków raka żołądka lub jelit u osobników, liczących niżej lat dwudziestu. Z tych 50 przypadków usadowił się nowotwór 13 razy w żołądku (z tego 5 razy w odźwierniku), 3 razy w jelicie cienkiem, 5 razy w grubem, 8 razy w kiszce esowatej, a 21 razy w odbytnicy; ani razu nie znaleziono raka w dwunastnicy. Częstość raka odbytnicy da się wytłómaczyć i tem, że rak tej części jelita, łatwiejszy do rozpoznania, jest też częściej leczony, niż nowotwory innych części przewodu pokarmowego. Na 13 raków żołądka trzy wyszły z wrzodu okrągłego. Co się tyczy utkania, to najczęstszą odmianą u osobników młodych był rak galaretowaty (16 na 50). Objawy nie odróżniały się zasadniczo niczem od raków u osób dorosłych z wyjątkiem tego, że chera zjawiała się nieco rzadziej — dość często natomiast stwierdzano zwykłą niedokrwistość bez poważniejszych zresztą zaburzeń w odżywieniu. Choroba przebiegała przeważnie nadzwyczaj gwałtownie. I tak w 19 przypadkach trwała choroba średnio 5 miesięcy i 21 dni. W niektórych z tych przypadków dokonano zabiegu łagodzącego (paliatywnego). W innych 9, w których nowotwór wyłuszczono, trwała choroba średnio 21 miesięcy i 12 dni. Raz tylko w przypadku raka odbytnicy na 11 przypadków nieoperowanych trwała choroba wyżej roku. *Stahr.*

E. Leyden i P. Bergell. **O zastosowaniu leczniczem trypsyny (pankreatyny) w raku.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* 1907). Autorowie wyrażają przekonanie, iż wzrost nowotworów rakowych odbywa się w sposób swoisty, a ich przemiana materyi jest zupełnie odrębną od przemiany materyi prawidłowego ustroju. Substancye, z których buduje się nowotwór, są istotami białkowemi; istoty te powstają drogą zawiłych procesów,

---

[1]) Patrz również: Witold Orłowski. Przegląd prac w dziedzinie narządów trawienia. Izwiestija Imperatorskoj Wojenno-Medicinskoj Akademii 1901, t. 3, Nr 1, str. 56; 1902, t. 4, Nr 1, str. 45—46.

jeszcze nam nieznanych i tworzą, zdaniem autorów, swoiste białko rakowe, które cechuje się wielką złośliwością. Mimo, iż *in vitro* trypsyna szybko strawia substancyę rakową w przeciwieństwie do pepsyny, a nawet wstrzyknięta w miąższ nowotworu powoduje ograniczone strawienie, to jednak nie spostrzegano wcale trwałych, zupełnych wyleczeń przy użyciu tego środka. *Nowaczyński.*

Crämer. **O wpływie nikotyny, kawy i herbaty na trawienie.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 19 i 20). Ciekawe dane, dotyczące tego przedmiotu, zaczerpnął C. ze spostrzeżeń bądź na sobie samym (zatrucie wskutek palenia), bądź na chorych. Uwzględnia dalej C. doświadczenia, wykonane przez siebie *in vitro*, a dotyczące przebiegu trawienia przy dodaniu wymienionych używek. Ogólne wnioski C. są następujące: kawa, jak to już doświadczenia Sasakiego i Pinkussohna dowiodły, podnieca wydzielanie kwasu solnego w żołądku; odwrotnie działa herbata. Wynika stąd, że kawa jest przeciwwskazana w nadkwaśności i że tam lepiej działać będzie herbata. Przy chorobach, przebiegających ze zmniejszonem wydzielaniem kwasu solnego, należy dyetę regulować w odwrotnym kierunku. Najciekawsze dane, dla praktyka ważne, a zupełnie dotąd nie uwzględnione, dotyczą wpływu palenia tytoniu na narząd trawienia. Nikotyna wpływa i na czynność wydzielniczą żołądka i na czynność ruchową przewodu pokarmowego. Zrazu sprzyjając obfitszemu wydzielaniu soku żołądkowego, wywołuje wkrótce, najprawdopodobniej przez znużenie narządu gruczołowego, zupełny brak kwasu solnego w żołądku. Taki brak HCl spotyka się szczególnie często u marynarzy, nawykowo żujących tytoń. Trawienie białka jest pod wpływem nikotyny upośledzone, prawdopodobnie skutkiem tego, że znaczna część kwasu solnego wolnego zostaje związana przez zasady pirydynowe, zawarte w tytoniu. Nikotyna wywołuje też, — jak to i w doświadczeniach na zwierzętach stwierdzono, — skurcz toniczny mięśni gładkich tak naczyń, jak też i samych ścian przewodu pokarmowego. Stąd bole w brzuchu i upośledzenie sprawności ruchowej narządu trawienia, stąd objawy kurczowego zaparcia stolca i skłonności do krwawnic. *Dr M. Godlewski.*

J. Foucaud i L. Salignat. **Niestrawność wyrostkowa.** (*Presse méd.* Nr 42, 1907). Zbiór przypadłości żołądkowych, towarzyszących lub też maskujących, czasem aż do niepoznania, zapalenie wyrostka robaczkowego, nazwali badacze francuscy »la dyspepsie appendiculaire«. F. i S. starają się na podstawie swoich spostrzeżeń podać charakterystykę tego cierpienia: Na 37 chorych na przewlekłe zapalenie wyrostka wystąpiły zaburzenia żołądkowe jako skutek zapalenia wyrostka 24 razy (65 prc.). F. i S. odróżniają trzy typy zaburzeń: 1) najczęstszy typ hypsteniczny (58 prc.). Chorzy tego rodzaju narzekają na gniecenie w dołku po jedzeniu, wzdęcie brzucha, odbijanie, wiatry i nudności, wyjątkowo na zgagę lub kurcze żołądkowe. Tym objawom miejscowym towarzyszą czasem ogólne: uczucie lęku, kołatanie serca, zawroty głowy, nawały krwi do głowy i migrena. 2) Typ hypersteniczny, mniej częsty (25 prc.). Dolegliwości zaczynają się w 3—5 godzin po spożyciu jadła i bardzo często kończą się wymiotami wodnistymi lub zjedzonymi potrawami. 3) Typ gastralgiczny, najrzadszy (12 prc.), cechuje się gwałtownymi napadami kurczów żołądkowych, albo migreny. Zaburzeniom tym towarzyszą często i zaburzenia jelitowe, najczęściej zaparcie, czasem rozwolnienie, albo też naprzemian jużto zaparcie, już biegunka. 14 razy widzieli F. i S. kolkę jelitową, a w 11 przypadkach występowała ona jakby odruchowo w chwili zaostrzenia się sprawy w wyrostku. Objawy te wszystkie odnoszą F. i S. do samozakażenia ustroju i tem tłómaczą, że chorzy tacy rychło chudną, że ich cera przybiera odcień ziemisty, często podżółtaczkowy. Wreszcie wśród objawów śledziennictwa rozwija się charłactwo (w $^1/_3$ przypadków). Rozpoznanie łatwe, gdzie zapalenie wyrostka łatwo rozpoznać, ale czem się kierować w tych przypadkach, w których zapalenie wyrostka przebiega niewyraźnie lub skrycie, skąd wtedy wpaść na myśl, że właściwą przyczyną sprawy jest chory wyrostek? F. i S. zwracają uwagę na opór w dole biodrowym prawym, na bolesność w punkcie Mac Burneya i w okolicy kiszki ślepej, na nudności, a nawet wymioty, występujące po obmacywaniu kiszki ślepej, dalej zwracają uwagę, że bole, wychodzące z wyrostka, łagodzi łatwiej makowiec, zaś kolkę jelitową łatwiej beladonna. — Przyczyny tych zaburzeń dopatrują się autorowie za innymi lekarzami jużto w zrostach około wyrostka, utrudniających mechanicznie krążenie kału, jużto w zakażeniu, wychodzącem z chorego wyrostka, jużto tłómaczą sprawę odruchami. Dla leczenia polecają dyetę przeważnie roślinną, peryodycznie środki wypróżniające i przepłukiwanie jelit, dalej leczenie wodą, bromki, kodeinę, beladonnę, kozłek. Chociaż wycięcie wyrostka przeważnie usuwa dolegliwości, jednakże nie zawsze tak bywa. Często jeszcze po operacyi trzeba leczyć żołądek, który skutkiem choroby wyrostka stał się wrażliwszym. *Stahr.*

Kayser. **W sprawie techniki hodowania prątków durowych zapomocą probówek żółciowych.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 22). Autor jest obecnie na zasadzie osobistego doświadczenia tego zdania, że trzymanie zakażonych prątkami durowymi probówek żółciowych w cieplarce w ciągu 20 godzin wystarcza zwykle, ale nie zawsze; nieraz dopiero po 1 lub 2 dobach otrzymać można wynik dodatni. *Dr M. Godlewski.*

Hirschfeld. **Zastosowanie zasady odchylenia komplementu** (Komplementablenkung) **do rozpoznania duru.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* Z. 3 i 4, 1907). Znane badania nad przyrodą spraw hemolitycznych, które utrwaliły teoryę odporności Ehrlicha, stały się źródłem licznych dalszych odkryć. I tak niedawno zwrócono uwagę na t. zw. odchylenie ciała uzupełniającego, polegające na tem, iż w razie działania dwu różnych spraw hemolitycznych wobec jednego ciała uzupełniającego, czynnym staje się właśnie ten komplement, gdyż łączy się z amboceptorem drugiego systemu hemolitycznego. Zjawisko to postarano się zużytkować praktycznie w celu rozpoznawania chorób zakaźnych, a autor pierwszy próbował metody tej w rozpoznaniu duru brzusznego. Jako surowicy hemolitycznej użył surowicy królika, potrzebny zaś wyciąg z ciał prątków durowych sporządził z 24-godz. hodowli agarowej. Wynik dodatni odchylenia komplementu, t. j. brak hemolizy za dodaniem wyciągu prątków durowych i surowicy durowej do pierwotnego systemu hemolitycznego surowicy króliczej dowodzi obecności niweczników durowych we krwi danego osobnika; natomiast u zdrowego osobnika próba ta wypada ujemnie, t. j. otrzymuje się zupełną hemolizę. Badania przeprowadził autor na 15 chorych na dur i otrzymał wyniki następujące: najwcześniej pojawił się dodatni wynik próby w trzech przypadkach, bo już w 6—10 dniu choroby, kiedy jeszcze odczynu Widala nie było; odczyn ten pojawił się dopiero po dłuższem trwaniu choroby; w innych zaś później, bo w 13—49 dniu, z czego wynika, iż w durze już bardzo wcześnie pojawiają się niweczniki i długo we krwi się utrzymują. Może więc wśród pewnych warunków metoda ta upewnić rozpoznanie wcześniej, niż próba Widala, czy jednak zawsze tak jest, to wyświetlą dopiero dalsze badania. Stopień odczynu bywa różny, a to zależy znów zapewne od różnej koncentracyi niweczników we krwi poszczególnych chorych; czy znów z tego przypuszczenia można wysnuwać jakie wnioski co do rokowania, to także dopiero dalsze badania wyjaśnić muszą. W każdym razie z doświadczeń autora wynika, iż metoda odchylenia komplementu jest swoistą, w innych chorobach nigdy nie daje dodatnich wyników, wreszcie może upewnić rozpoznanie duru wcześniej, niż próba Widala. *Nowaczyński.*

N. Jagić. **Marskość wątroby na tle gruźliczem.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr 28, 1907). Spostrzeżenia kliniczne w związku ze zmianami, spotykanemi na stole sekcyjnym, wskazują, że przewlekła gruźlica u człowieka może wywoływać marskość wątroby, podobnie jak ją wywołuje nadużywanie wyskoku. Obraz anatomiczny w obu przypadkach bywa ten sam, przebieg kliniczny różny: przy marskości na tle gruźliczem niema żółtaczki i kolki wątrobnej, których to objawów nigdy nie brak przy marskości wątroby, powstałej wskutek nadużywania wyskoku. *Kostrzewski.*

G. Grund. **Torbiel trzustki i cukromocz trzustkowy.** (*Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* 1907, XVII, 3—4). Autor opisuje przypadek, dotyczący kobiety 25-letniej, cierpiącej na torbiel trzustki i cukrzycę; powikłanie to stosunkowo rzadkie, skoro na 119 przypadków torbieli tego gruczołu, zebranych przez Körtego, stwierdzono tylko w 8 cukromocz. W przypadku G. zasługuje na uwagę, że cukrzyca, z początku stosunkowo lekka, przeszła w postać ciężką, kiedy chorej torbiel wyłuszczono. Na podstawie bardzo ścisłych rozbiorów pokarmów, spożytych przez chorą i jej wydzielin, doszedł G. do wniosku, że siła trawienna trzustki u chorej tej nie uległa żadnym zaburzeniom. Już Minkowski doświadczalnie udowodnił, że niema żadnego związku między czynnością wydzielniczą trzustki, a czynnością zużywania cukru. Dotąd jednak nie było na poparcie tego twierdzenia żadnego spostrzeżenia klinicznego. Przypadek G. wypełnia tę lukę. *Stahr.*

C. Lian. **Skaleczenie tętnicy nabrzusznej wśród nakłucia brzucha.** (*Presse méd.* 1907, Nr 42). L. opisuje przypadek śmiertelnego powolnego krwotoku po skaleczeniu tętnicy

nabrzusznej w czasie nakłucia brzucha. Nakłucia dokonał L. w środku linii, łączącej pępek z kolcem biodrowym górnym. Radzi więc obecnie nakłuwać w tej samej linii, a w miejscu, gdzie się schodzi dolna trzecia część tej linii z trzecią środkową. W razie skaleczenia radzi okłuć krwawiącą tętnicę powyżej i poniżej nakłucia, albo spróbować, jak to zrobił Trzebicky, ucisku na tętnicę biodrową zewnętrzną. Trzebicky uciskał przez 3 godziny, a kiedy się tem zmęczył, założył opatrunek uciskający; chory wyzdrowiał (por. Arch. f. klin. Chir. 1891, T. 41, str. 850). *Stahr.*

Pedyatrya.

Wernstedt. **W sprawie skurczu odźwiernika u niemowląt ze szczególnem uwzględnieniem pytania, czy to jest stan wrodzony.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, VI). Autor krytykuje dowody, które przytaczano na poparcie twierdzenia, że chodzi tu o przerost wrodzony. Także przypuszczenie Thomsona, że chodzi o skurcz wrodzony z następowym przerostem, nie wytrzymuje krytyki; w przeważnej bowiem liczbie przypadków objawy skurczu (wymioty, zaparcie stolca, podupadanie odżywienia) zjawiają się dopiero w kilka tygodni, niekiedy dopiero w parę miesięcy po urodzeniu. Jednak nie można także udowodnić, że choroba nie jest wrodzoną, a okoliczność, że rozpoczyna się ona wyłącznie tylko we wczesnem niemowlęctwie, przemawiałaby wprost za pewnym podkładem wrodzonym, na tle którego powstaje po urodzeniu skutkiem objęcia nowych czynności przez żołądek skurcz odźwiernika, a następnie przerost. Zboczenie jest czynnościowem, przyczyny zatem należy upatrywać w zaburzeniu czynności nerwowego mechanizmu, regulującego ruchy żołądka. *Lewkowicz.*

Hob. **Kliniczne uwagi nad 12 przypadkami zapalenia osierdzia, doprowadzającego do zarośnięcia, jako zjawiska częściowego ciężkich chorób sercowych w wieku dziecięcym.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, VI). Obraz ten nie jest zbyt rzadki: równocześnie spostrzegano 10 przypadków ostrego gośćca stawowego, 63 przyp. pląsawicy, 3 przyp. plamicy z gośćcowymi objawami. Zajęcie osierdzia stanowi prawie zawsze ostatni okres choroby serca. Przebiega ono bardzo często bez wybitniejszych objawów i tylko w przypadkach dobrze i długo śledzonych można stwierdzić pojawienie się tarcia, które utrzymuje się parę dni. Nie jest jednak wyłączone, że jest to tylko ostatni atak (»Schub«), po którym następuje całkowite zarośnięcie osierdzia. Podobne zarośnięcia wywołuje także gruźlica. Rozpoznanie tego zboczenia jest o tyle trudne, że nie sprawia ono żadnych znamiennych objawów miejscowych, cechuje się raczej pewnym szczególnym typem zastoin: odosobniona puchlina brzuszna, powiększenie wątroby, ciastowaty obrzęk twarzy, sinica warg i płatków usznych, tętno słabe i częste. Przy gruźlicy wynik badania serca prawie prawidłowy, przy zboczeniu na tle gośćca objawy wad zastawkowych, które jeszcze więcej utrudniają rozpoznanie zrostów osierdziowych. Objawy, które stwierdzał autor przy badaniu fizycznem serca (znaczne powiększenie stłumienia, nieruchomość granic przy zmianach położenia, wypuklenie okolicy serca, silne rozlane wstrząśnienia klatki piersiowej, skurczowe zaciągania międzyżebrzy) zależą od przerostu serca. Ten typ zastoju nie jest ściśle dla zrostów osierdzia cechujący, zdarza się bowiem przy wadach sercowych bez zrostów osierdzia, podobnie jak z drugiej strony możliwe jest zarośnięcie (znajdowano je przypadkowo przy sekcyach) bez objawów zastoinowych. Jeżeli się zatem niema sposobności stwierdzenia świeżego zapalenia, rozpoznania pewnego wypowiadać nie można. *Lewkowicz.*

L. F. Meyer. **W sprawie przemiany materyi przy zatruciu pokarmowem.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, V). Jako cechujące dla t. zw. zatrucia przy ostrych nieżytach jelit u oseskó w przytacza autor: toksyczny rozpad białka, objawiający się znacznem zwiększeniem wydzielanego azotu, zwiększenie się współczynnika amoniakalnego w moczu, zaburzenie w wytwarzaniu mocznika przy wprowadzaniu wewnętrznem glikokolu i cukromocz pokarmowy. *Lewkowicz.*

Stirnemann. **Ostra białaczka i adenotomia.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, V). Przypadek autora i dwa inne znane z piśmiennictwa dowodzą, że powiększenie migdałka trzeciego może zależeć od białaczki, nietypowo przebiegającej. Operacya w takich razach jest przeciwwskazana, podobnie jak przeciwwskazane jest wycięcie białaczkowej śledziony. Wycięcie migdałka wywołać bowiem może śmiertelny krwotok, albo też być pobudką do rozwoju ostrych objawów białaczki, wiodących szybko — w przypadku autora w 9 dni — do śmierci. *Lewkowicz.*

Wieland. **Przyczynek do patologii dystroficznej postaci wrodzonego częściowego wzrostu olbrzymiego.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, V). W przypadku W. dotyczyły zmiany dwóch wewnętrznych palców i przyległej części stopy. Granica wzrostu olbrzymiego była ostra i zaznaczała się rowkiem, który podczas obserwacyi się pogłębił. Wzrost stał się w końcu tak znacznym, że wykonano odjęcie zmienionych części w wieku 12½ miesięcy. Części odjęte zbadano bardzo dokładnie histologicznie. Okazało się, że nie chodzi o prosty przerost, jak to dotychczas ogólnie przyjmowano lecz o jakościowe zaburzenie swoistej przyrody, przebiegające ze zmianami częściowo przerostowemi (hyperplastycznemi), częściowo dystroficznemi, względnie wstecznemi. Jako takie zmiany wymienia autor nadmierną łamliwość kości i miękkość ich, stwierdzaną przy krajaniu, małą zawartość wapna w beleczkach, rozrzedzenie kości z wytworzeniem się obszernych przestrzeni szpikowych, tłuszczową przemianę szpiku kostnego. Co do części miękkich, to największe zmiany stwierdzono w podskórnej tkance tłuszczowej w postaci rozrostu wprost tłuszczakowego. Przeciwnie w skórze był zanik. *Lewkowicz.*

Heimann i Potpeschnigg. **O kostnieniu ręki dziecięcej według zdjęć Röntgenowskich.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, IV). H. i P. badali przeważnie dzieci zdrowe, zgłaszające się do szczepienia w wieku od 0—13 lat. Wyniki ze 100 przypadków zestawiane są graficznie i w tablicach. Okazuje się z nich, że przyjmowana przez dawniejszych autorów, przedewszystkiem Rankego, który pierwszy zajmował się tą sprawą, prawidłowość w pojawianiu się jąder kostnych nie istnieje, a przynajmniej nie istnieje w tym stopniu, żeby można ilość jąder zużytkować do ocenienia wieku dziecka, np. w celach sądowo-lekarskich. Większa prawidłowość istnieje w porządku pojawiania się poszczególnych jąder. Jądra kości główiastej (*os capitatum*), a następnie k. haczykowatej (*os hamatum*) pojawiają się pierwsze, potem jądro k. trójkątnej (*os triquetrum*), półksiężycowatej (*os lunatum*), dalej większej kości wielokątnej (*os multangulum maius*), które może jednak dwa poprzednie wyprzedzić. *Lewkowicz.*

Wzorowy szpital na prowincyi.

(Wedle wykładu wygłoszonego na X. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie).

Podał

Dr Józef Kadyi z Jasła.

Stan szpitali w kraju naszym pozostawia bardzo wiele do życzenia. Sprawił to poczęści ząb czasu, a poczęści znamienity postęp nauk lekarskich, stawiający dużo większe wymogi lekarzom i leczeniu. Co roku też kraj łoży znaczniejsze sumy na konieczne inwestycye szpitalne; ale braków jest tak wiele, iż niemożebną jest rzeczą odrazu wszystkiemu zaradzić. Domaga się naprawy prowincya, domagają się jeszcze natarczywiej miasta stołeczne. Szpitale stołeczne i wogóle szpitale miast wielkich różnią się pod wielu względami od szpitali małomiasteczkowych, które w Galicyi noszą miano powszechnych. Duże szpitale rozporządzają siłą maszyn, obfitością gotowej wody, gazem, prądem elektrycznym, mają osobnego mechanika i wiele sił różnorodnych. Lekarz sprawą administracyjną i techniczną urządzeń zajmuje się jak najmniej; przychodzi, że tak powiem, do gotowego, a nawet w medycynie tylko specyalny swój dział uprawia. Tymczasem na prowincyi i szpital i lekarz to istne omnibusy. Tu niema i być nie może ściśle odgraniczonych oddziałów; lekarz objąć musi w swoją opiekę chorych wszelkiego rodzaju, a prócz tego troszczyć się musi o wodę i powietrze, pożywienie i budżet, pralnię i odkażanie i wiele, wiele spraw innych. Już z tego krótkiego zestawienia wynika, że budowa, rozkład i urządzenia szpitala na prowincyi różnić się muszą pod wieloma względami od szpitali wielkich, t. j. takich, gdzie istnieje podział pracy.

Od lat wielu pracuję w takim właśnie niedużym szpitalu jako sekundaryusz (w Jaśle). Jest to jeden z najgorszych w Galicyi szpitali, ale że niema nic złego, coby na dobre nie wyszło, więc strony ujemne sprawiły, że zamierzona jest budowa nowego szpitala. Pragnę gorąco, aby ten przyszły nowy szpital wypadł zadowalniająco i wzorowo pod każdym względem i w tym celu poświęciłem niemało trudu, czasu i pracy na stu-

dyum szpitali, tak teoretyczne, jak i praktyczne. Zwiedziłem w ostatnich czasach znaczniejszą liczbę rozmaitych szpitali, zwłaszcza u zamożnych Niemców, a wynik mych studyów pragnę tu przedłożyć.

Ułożenie pewnych zasad, skrystalizowanie żądań lekarskich, jakim szpital na prowincyi odpowiedzieć powinien, jest tem potrzebniejsze, że nawet najnowsze w kraju naszym budowy nie bez błędów i usterek powstały, zapewne z powodu przeważającego wpływu budowniczego, któremu wypadnie nieraz budować szpital tam, gdzie jeszcze lekarza szpitalnego niema. A tylko współdziałanie budowniczego z lekarzem wydać może wyniki pożądane.

Ze stanowiska higieny myślą przewodnią przy budowie szpitala musi być: światło, powietrze i czystość.

Już przy wyborze miejsca pod budowę należy w pierwszym rzędzie te postulaty mieć na oku. Szpital powinien stanąć zdala od zgiełku miejskiego, na wolnej, a bardzo obszernej przestrzeni. Podawano tu różne cyfry i formuły, ile liczyć potrzeba powierzchni gruntu na jednego chorego i jakie jest minimalne oddalenie okolicznych zabudowań od szpitala. Cyfr tych dla prowincyi stosowaćbym nie chciał; powinno się dużo poza »minimum« wykroczyć. W małych miastach nabycie kilkumorgowej przestrzeni nie przychodzi ani tak trudno, ani tak drogo, jak w miastach dużych. Dlatego na prowincyi obfitość wolnej przestrzeni, zielonych ogrodów i świeżego zewsząd powietrza wynagradzać powinna brak innych urządzeń, o których później wspomnę. Zapewnić się też odrazu potrzeba co do obfitości i jakości wody, boć woda jest prawdziwym *nervus rerum* dla szpitala. Już tutaj wspomnę, że wiele szpitali cierpi dlatego na brak wody, bo ją trzeba ręcznie ciągnąć; a wody tak ciężką pracą uzyskanej musi się oszczędzać. Brak zaś wody w szpitalu, to prawdziwe nieszczęście. Sądzę, że sprawę rozwiąże najlepiej wiatrak powietrzny, dostosowany do wodociągu. Jednorazowy koszt instalacyi opłaci się sowicie w ciągłem oszczędzaniu sił roboczych.

Przy wyborze gruntu zwrócić też odrazu uwagę należy na ewentualne odwodnienie i zdrenowanie, na sposób możliwej kanalizacyi, na łatwy dojazd i t. p. miejscowe stosunki. Nie jestem za tem, iżby dla oddzielenia szpitala od miasta odsuwać go gdzieś aż o parę kilometrów za miasto. Lekarz w szpitalu nie mieszka i nie mógłby doraźnie jawić się na każde zapotrzebowanie, jeżeli droga do szpitala, to podróż prawdziwa. Prócz opieki lekarskiej wiele innych spraw natury administracyjno-domowej musiałoby cierpieć na takiem znacznem oddaleniu.

Gdy się nabyło grunt dostatecznie obszerny, to zwrócenie dowolne budynku wedle stron świata nie sprawia zazwyczaj trudności. Dużo zdań się skrzyżowało na pytanie, jak należy skierować oś budynku, czyli ku jakiemu słońcu ma być wystawa sal chorych. Pewnem jest, że żadna sala chorych nie powinna być czysto ku północy zwrócona. Mojem zdaniem najlepiej obierać kierunek nieco pośredni, t. j. aby główna wystawa sal była ku południowemu wschodowi, bo wtedy panuje najmilsza różnorodność światła, a przytem nawet przeciwległym oknom nigdy nie przypadnie światło całkiem północne. Sprawa silniejszego lub słabszego nagrzewania się ścian w różnych kierunkach, jako mało ważna, może być pominięta. Ważniejsze być mogą miejscowe właściwości i kierunek wiatrów, które na pewną zmianę frontu wpłynąćby mogły.

Każdy szpital powszechny zasadniczo musi się składać z dwóch oddziałów: męskiego i kobiecego. Dwa te oddziały najlepiej rozłożyć symetrycznie po obu stronach środkowego trzonu, o którym później będzie mowa.

Wyraźnie tu zaznaczam, że w szpitalu małym można i powinno się koniecznie uniknąć budowy piątrowej, bo schody, to rzecz wcale nie obojętna. Klatka schodowa, gdy nie jest dość przezornie odosobniona, staje się jakby kominem, którym wyziewy chorych jednego oddziału dostają się i zapowietrzają oddział drugi. Musi ona być szeroko, wygodnie, a więc dość kosztownie budowana, aby kaleki i operowanych można wnosić, a i tak czuć się daje potrzeba windy, a więc znowu dosyć drogiego i skomplikowanego mechanizmu. Schody, to znaczne utrudzenie dla służby, zwykle zbyt szczupłej, utrudzenie dla Sióstr, dla chorych i lekarzy. Daleko łatwiej ozdrowieniec lub kulawy dostanie się do ogrodu, gdy schodów na drodze nie spotka. A parterowy budynek ma także jeszcze ważne bardzo zalety ze względu na odnowę powietrza zużytego. Każdy to przyzna, że im większe nagromadzenie chorych na danej przestrzeni, tem powietrze musi być gorsze. Gdy okna pootwierane, to zaduch parteru napływa przez okna do sal górnych. Niechajże więc w każde okno wpływa prawdziwie czyste, dziewicze ogrodowe powietrze. W szpitalu małym nie można urządzać kosztownych, a skomplikowanych sposobów wentylacyi czynnej. Tu musi wystarczyć wentylacya naturalna i prosta; a taka, prócz okien, właśnie najskuteczniej da się urządzić na dachu zapomocą szeregu dachowych okienek: to co Niemcy nazywają »Dachreiter«. Do tego jednak potrzeba, aby sufit graniczył z dachem, a nie z salą wyższego piętra.

Dalszym bardzo żywotnym warunkiem szpitala jest jak najstaranniejsze i szczodre rozprowadzenie wody po całym gmachu. Każda sala i kurytarz powinny być zaopatrzone w kurek wodociągowy i w muszlę odpływową z syfonowem zamknięciem. Wychodki urządzić należy koniecznie ze spłukiwaniem i wodnem zamknięciem. Pissoiry nawet bez przerwy powinna woda spłukiwać. Przedpokój wychodkowy, w zimie ogrzewany, powinien mieścić zlew i płuczkarnię do mycia spluwaczek, basenów, kubłów itp. naczyń. Koniecznem jednak jest, aby każdy nietylko wychodek, ale i najpośledniejsza komórka lub schowek, miał swoje własne, a nie drugorzędne światło, bo brud i nieczystość tylko pod kontrolą światła ustąpić musi. — Łazienka wystarczy jedna osobna na każdym oddziele. Musi ona mieć dwie wanny, z tych jedną ruchomą, dalej kąpiel nasiadową, nożną, natrysk i leżak. Jeżeli niema umywalni w salach chorych, to wcale stosownie da się umywanie chorych urządzić w przedpokoju łazienkowym. Trzeba tylko zawczasu to w planie przewidzieć, aby było miejsce i światło. — Do niezbędnych ubikacyi w pawilonie chorych zalicza się jeszcze podręczna kuchenka ze stosownem urządzeniem. Tu odbywa się rozdział potraw na porcye, tu odgrzewa się o każdej porze jedzenie, przyrządza herbatę, ziółka, ciepłe okłady, myje się i chowa naczynie i t. p. Naturalnie i tu musi być kurek wodociągowy.

A teraz zastanówmy się, jak zbudować i podzielić właściwe sale chorych.

Jako typ zwykły szpitala prowincyonalnego przyjmuję 80 łóżek. Naturalnie niektóre szpitale będą większe, inne znów jeszcze mniejsze. Bardzo atoli strzedz się należy, aby od początku nie był szpital za mały. Widziałem szpitale, gdzie z powodu przepełnienia umieszczano chorych w różnych ubikacyach, ba nawet do pawilonu zakaźnego przeprowadzano chorych niezakaźnych. Są to dotkliwe nieprawidłowości. Lepiej mieć miejsca za dużo, niż za mało, a to tem bardziej, że podczas niskiego stanu chorych przedsiębierze się zwykle roboty około odnowienia i oczyszczenia sal, a do tego potrzeba właśnie opróżnienia tych sal. Wahania stanu chorych bywają znaczne i nawet obszerny szpital miewa co roku porę swego przepełnienia. Jeżeli więc za punkt wyjścia przyjmujemy 80 łóżek, to z liczby tej wydzielić przedewszystkiem potrzeba 6, które przypadną na osobny, a konieczny pawilonik zakaźny. Reszta 74 łóżek rozdzieli się po połowie na oddział męski i kobiecy, które są sobie całkiem równe, więc wystarczy opisać jeden oddział na 37 łóżek.

Otóż, jak już wspomniałem, od środkowego trzonu budynku biegnie kurytarz oddziałowy, co najmniej 2 m. szeroki, w zimie ogrzewany, oświecony od jednej strony szeregiem dużych okien; zaś z drugiej strony daje on wstęp do mniejszych sal chorych, któremi są: salka o 4 łóżkach dla chorób skórnych i cuchnących, salka o 3 łóżkach dla wenerycznych, salka o 2 łóżkach, t. zw. separatka, na różne potrzeby i jeszcze jedna salka o 2 łóżkach dla chirurgii aseptycznej. Na oddziale kobiecym ta aseptyczna salka może służyć zarazem położnictwu. Na końcu zaś kurytarza po jego obu stronach będą jeszcze dwie sale: jedna o 6 łóżkach dla gruźliczych i wreszcie sala duża, czyli główna na 20 łóżek, w której mieścić się będzie wszelka reszta chorych. Taki podział chorych uważam za najodpowiedniejszy. Tworzenie więcej oddziałów i sal utrudniałoby opiekę i obsługę chorych. Jak wiadomo, oświetlenie sali chorych z jednej tylko strony jest najmniej korzystne. Dlatego więc kilka tylko małych takich salek będzie, bo być musi; a cała przeważna większość chorych znajdzie umieszczenie w dwóch salach, które dlatego muszą być na końcu korytarza, aby mieć z dwóch stron okna. A mianowicie sala dla gruźliczych posiadać będzie okna z dwóch stron przyległych, sala zaś główna zyska światło i przewiew powietrza najidealniejszy, bo od dwóch stron, sobie przeciwległych.

Opiszę, jak ma być zbudowana ta sala główna, bo wszystko, co tu nadmienię, *mutatis mutandis* odnosić się też będzie i do reszty sal. A więc najpierw co do rozmiarów. Higiena wymaga na jedno łóżko 9 m.² powierzchni podłogi, a 45 m.³ przestrzeni; i przy tych liczbach należy stać twardo i nie schodzić poniżej nich. Wiem, że w krajowych szpitalach, a nawet w klinikach, nie dosięgnięto tej miary i że za dobre się uważa, gdy na jedno łóżko wypadnie mniej więcej 30 m.³ przestrzeni. W szpitalu naszym, gdzie, jak powiedziałem, brak będzie wszelkiej czynnej i sztucznej wentylacyi, tembardziej żądać należy, aby już od

początku była obfitość powietrza na sali. Żądać tego można tem śmielej, że sposób budowy dla braku piwnic i sklepień będzie dosyć tani, a więc przyczynienie kilku metrów zabudowanej powierzchni nie podwyższy przesadnie kosztorysu. Są szpitale za granicą, gdzie nie 45, ale przeszło 70 m.^{3} wypada na 1 łóżko. Liczba 45 m.^{3} nie jest więc wcale wymaganiem przesadnem. Wynika z tego, że sala na 20 łóżek będzie 21 m. długa[1]), 9 m. szeroka i 5 m. wysoka. Wówczas przy przeciwległych ścianach i o pół metra od nich odsunięte staną dwa rzędy łóżek; każde o 1 m. od sąsiada odległe, a środkiem wolne przejście, 4 m. szerokie. Podłoga powinna koniecznie być z terazza lub podobnego materyału kamiennego, osadzonego na nieprzepuszczalnem podłożu, a to tembardziej, że sklepień piwnicznych pod spodem nie będzie. Że taka podłoga jest cokolwiek zimna, to niema znaczenia. Póki chory w łóżku leży, kamienna posadzka nie szkodzi, na dłuższy zaś pobyt poza łóżkiem będzie umyślna sala. Zresztą wiem, jak trudno wielu chorych do pantofli przyuczyć, wszak idą boso na zimny i kamienny kurytarz. A za to łatwe utrzymanie czystości, brak szpar i wieczny porządek, oto zalety rozstrzygające. Ściany mają być gładko wyszpachlowane i na wysokość 1$^1/_2$ do 2 m. od dołu pokostową farbą polakierowane na kolor jasny. Niedawno wyczytałem, że do tego celu wprowadzono w użycie umyślne pokosty (pod nazwą witralina, witralpot i pefton), które dają gładką powierzchnię, nie pękają i dają się dobrze zmyć mydłem. Krawędzie przecięcia się ścian ze sobą, z sufitem i z podłogą mają być na okrągło wyrobione, aby się nigdzie śmieci i brudy nie ostały. Dla łatwiejszego oczyszczania muszą także ramy okien i drzwi i odrzwia być gładko i okrągło wyrobione, unikać wreszcie trzeba progów. Okna ustawione być mają wprost naprzeciw siebie i powinny wydawać na jedno łóżko 2 m.^{2} powierzchni światła. W salach, jednostronnie tylko oświetlonych, liczyć trzeba przynajmniej 1$^1/_2$ m.^{2} światła na jedno łóżko. Drzwi dostatecznie szerokie, aby łóżko wtoczyć można, a więc przynajmniej na 120 ctm. szerokości. Piece kaflowe gładkie ze szczytem dla czystości skośnie ściętym.

Ze sali głównej chorych powinno się jeszcze wchodzić do sali, przeznaczonej na dzienny pobyt dla tych chorych, których choroba do łóżka nie przykuła. Niemcy nazywają taką salę »Tageraum«, — ja myślę ją nazwać świetlicą. Świetlica spełnia bardzo dobroczynną rolę i dla tych chorych, co w niej przebywają i dla ciężko chorych na sali. Ozdrowieniec szybciej przyjdzie do sił i zdrowia, gdy się dźwignie na duchu, gdy odwyknie od łóżka, gdy nie będzie ciągle patrzył na te łoża boleści i męki konania nieszczęśliwszych swych towarzyszy. Tu ma sposobność do swobodnej zabawy i pogadanki, tu nabiera apetytu przy wspólnym stole. Ale ta swoboda w świetlicy jednych chorych staje się zbawienną zarazem i dla ciężko chorych, pozostałych na sali, bo niema tam wówczas wrzawy i niepokoju, a co więcej przypada teraz daleko więcej powietrza na benefis pozostałych. Świetlica taka wystarczy, gdy ma $^1/_5$ powierzchni sali głównej. Podłoga w świetlicy powinna być dębowa lub wyłożona linoleum, bo siedzącym zimna kamienna posadzka wnet przykro uczuć się daje. Widziałem w niejednym szpitalu, że z konieczności użyto świetlicy na łóżka dla chorych z wielką naturalnie szkodą dla chorych. Dlatego raz jeszcze zwracam uwagę na to, jak to haniebnie mści się później plan, zasadniczo za szczupły. Dobrze jest, jeżeli z świetlicy jest jeszcze wyjście na otwartą werandę.

W ten sposób zbudowane dwa jednakowe oddziały, t. j. męski i kobiecy, stanowić mają jakby dwa skrzydła środkowego budynku. Środkowy zaś ten trzon będzie gmachem piątrowym, bo nie jest przeznaczony na sale chorych, więc ustają powody, dla których wymaga się parterowych tylko pawilonów. Tu znajdą pomieszczenie następujące ubikacye: przedewszystkiem pokój przyjęć chorych i kancelarya administracyjna. Ponieważ tędy popłynie cała fala chorób i nędzy ludzkiej, więc pokoje te muszą być urządzone wedle znanych już zasad do łatwego i częstego zmywania. Potrzebny jest w pobliżu wychodek wraz z pissoirem. Dalej kancelarya lekarska, a obok pracownia naukowa i pokoik trzeci na skład opatrunków, bandaży, przyrządów i zapasów aptecznych. Na parterze ma być umieszczona sala operacyjna z uboczną przygotowawczą i sterylizacyjną. Najstosowniejsze światło dla tej sali jest północne, bo nigdy nie olśni i nie razi. Dla dokładnego i wszechstronnego oświetlenia pola operacyjnego dobrze jest wysunąć salę operacyjną nakształt werandy poprzed główną fasadę budynku i część wysuniętą oszklić nietylko od frontu, ale od góry i boków. Koszt takiego urządzenia będzie znaczniejszy, bo duże tafle szkła i żelazne żebra wymagają pewnego nakładu. Materyał drzewny jest stanowczo wyłączony z budowy sali operacyjnej; zastosowanie ma tu tylko materyał twardy i gładki, a więc szkło, żelazo, terazzo, beton i t. p. Z wielką też skrupulatnością przeprowadzić należy zasadę, aby każdy istniejący tu przedmiot, a w szczególności drzwi i okna nie miały profilów łamanych. Krawędzie ścian i podłogi będą naturalnie wyokrąglone. Podłoga z lekkim spadem, aby wody spływały ku otworowi o syfonowem wodnem zamknięciu. Jeżeli oświetlenie jest elektryczne, to lampa łukowa nie jest odpowiednia, bo daje zbyt silne cienie i kontrasty, najlepiej kilka silnych lamp żarowych stałych i ręcznych. Dla szpitala małego i skromnego, o jakim mowa, nie śmiem żądać drugiej sali operacyjnej, aby rozdzielić operacye septyczne od aseptycznych. Sądzę, że przy sumienności można i w jednej sali wszystko operować ze znakomitym wynikiem, zwłaszcza, gdy niema zbytniego nawału pracy operacyjnej.

Osobnym pawilonikiem musi być oddział zakaźny. Nie widzę potrzeby, aby w nim więcej, niż sześć łóżek przygotować. Najlepiej urządzić trzy salki, każda po dwa łóżka, każda z osobnem wejściem od kurytarza. Oddzielenie płci dokona się tu jedynie przez oddzielne pokoje, a to dlatego, aby w miarę przypadkowej potrzeby ten sam pokój mógł raz służyć mężczyznom, drugi raz kobietom. Inaczej na tak szczupłym oddziałku mógłoby się zdarzyć, że n. p. oddział męski jest przepełniony, a tymczasem kobiecy stoi pustką i bezużytecznie, lub odwrotnie. Naturalnie prócz pokoi dla chorych musi tu być również choć mała łazienka, wychodek ogrzewany i kuchenka. Kurki wodociągowe obficie rozmieszczone; umywalnia dla lekarza i posługi. O drewnianej podłodze w pawilonie zakaźnym nawet myśleć się nie powinno; ściany najlepiej całe od góry do dołu wylakierować. Przestrzeń na jednego chorego powinna być jeszcze szczodrzej wymierzona, a mianowicie 60 m.^{3}, a 12 m.^{2} na jedno łóżko. W tym to pawilonie najstosowniej umieścić dezynfektor w ten sposób, iżby odbieralnia odkażonych już rzeczy miała oddzielny przystęp z dworu.

Osobno i w oddali od chorych powinien stać dom przedpogrzebowy tak, aby był łatwy przystęp od ulicy, którędy orszak pogrzebowy podąża, a naodwrót, aby jaknajmniej był widzialny przez chorych, bo to dla nich widok złowrogi i przygnębiający i może częstokroć niekorzystnie wpływać na przebieg choroby. Prócz sali do wystawiania zwłok ma się tu znajdować salka do sekcyi z wodociągiem, odpływem i t. d.

Sprawy gospodarcze wymagają także osobnego budynku. Kuchnia, odpowiednio urządzona, musi posiadać obok płuczkę i obieralnię jarzyn, spiżarnię, a wreszcie pokoik jadalny dla służby. Osobne wejście prowadzi do pralni. Tu znajdą umieszczenie kadzie, kotły, wyżymaczki i t. p., a w dalszych izbach magiel, prasowanie i wreszcie skład bielizny. Tu znaleźć może miejsce osobny skład odzieży chorych. Piwnice pod tym budynkiem potrzebne są na skład węgli, ziemniaków i t. p.

O kanalizacyi szczegółów nie można w krótkości omówić, bo zależy ona od miejscowych warunków. Naturalnie system spławny jest najpożądańszy. Śmietnik betonowy szczelnie zamknięty musi być w odpowiednim miejscu.

Telefon łączy szpital z mieszkaniami lekarzy. Cały szpital powinien tonąć w zieleni dobrze założonego ogrodu, unikać tylko trzeba zacienienia budynków przez drzewa. W ogrodzie da się urządzić werandowanie chorych gruźliczych zapomocą ustawionej w tani sposób konstrukcyi drewnianej.

[1]) Ten dwudziesty pierwszy metr jest dlatego potrzebny, aby żadne z krańcowych łóżek nie przylegało do ściany.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza następujące:

Ostrzeżenie.

Lekarze przemyscy podjęli starania celem poprawy warunków pracy w powiatowej Kasie chorych w Przemyślu. — Wzywa się wszystkich Kolegów, aby nie obejmowali, względnie nie ubiegali się o posadę lekarza tejże Kasy, rozpisanej konkursem z dnia 15. VII. i 29. VII. 1907, przed poprzedniem porozumieniem się z Izbą lekarską wschodnio-galicyjską.

Prezydent *Dr Festenburg.*

Państwowy Związek organizacyi lekarskich austryackich ogłasza, co następuje: 1) Prezydyum austr. Izby Panów, uznając reformę spraw sanitarnych za nadającą się do przedłożenia w tej Izbie, wezwało rząd do przedstawienia tej reformy. 2) Prezydyum austr. parlamentu (Izby posłów) przyrzekło 23. VII. b. r. uwzględnić wniosek dra Kindermanna o utworzenie komisyi sanitarnej z 26 członków. 3) Za staraniem prezydyum P. Zw. O. L. A. powstać ma w parlamencie austr. Związek lekarski. 4) Prezesów organizacyi lek. w Austryi uprasza się, by o postępie przekształcania się tych organizacyi w organizacye na zasadzie ekonomicznej donosili niezwłocznie prezesowi P. Zw. O. L. A. 5) Wszystkich lekarzy w Austryi ostrzega się, by przed podawaniem się o jakąkolwiek posadę w Dalmacyi zasięgali wiadomości u dra Pajo Matica w Ragusa-Vecchia. — Prezes: *Dr Janeczek.*

Prawnicy i lekarze. Jeden z dzienników niemieckich (Breslauer Zeitung) pomieścił w sprawie tej następujące uwagi: Niektóre procesy z ostatnich czasów rzucają ciekawe światło na to, jak przez prawników przyjmowane i oceniane bywają orzeczenia lekarzy sądowych. W Berlinie żołnierz, który wyrywał się aresztującemu go patrolowi i przytem został ciężko postrzelony tak, że jest kaleką, odpowiadał przed trybunałem wojskowym. Mimo, że znawca, sztabowy lekarz wojskowy oświadcza, iż oskarżony cierpi na ciężką padaczkę i że działał widocznie w stanie umysłowego przyćmienia, sąd żołnierza skazuje. Odwołanie się do wyższej instancyi nie odnosi skutku, mimo, że owo orzeczenie lekarskie najzupełniej potwierdzają dwaj lekarze wojskowi wysokiej rangi i dwaj profesorowie. Sąd przyjął bowiem, że podsądny chciał uciekać przed grożącą mu karą, tem samem posiadał pewną wolę. Drugi przypadek zdarzył się na Śląsku. Pewnego młynarza skazano za oszustwo na 3 lata ciężkiego więzienia. Małą część kary odbył, kiedy uznano go umysłowo chorym, oddano go pod kuratelę i dlatego wznowiono proces. Mimo oświadczenia znawcy, że podsądny w czasie badania okazywał niewątpliwe objawy obłędu i mimo orzeczenia drugiego znawcy, (dyrektora zakładu dla umysłowo chorych w Tost dra Schuberta), że trudno o bardziej typowy przypadek przewlekłego obłąkania, twierdził prokurator »na podstawie osobistego wrażenia«, że podsądny jest zdrów i wnosił o skazanie na 3 lata więzienia. W przypadku tym jednak trybunał oskarżonego uwolnił. Wobec takich faktów nasuwa się pytanie, po co sądy pytają znawców, jeśli nawet w przypadkach, gdzie oni powinni rozstrzygać, pomija się ich orzeczenie? A należy zważyć, że w przypadkach tych nie było żadnej sprzeczności w oświadczeniach znawców. *Stahr.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	po 1 h.
Od r. 1904 do końca r. 1906	314,765	112,950
W r. 1907 do 30. VI.	24,448	31,900
W miesiącu lipcu 1907	6,925	—
razem .	346,138	144,850

Dr Żydłowicz, administrator.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 28. VII. do 3. VIII. 1907 doniesiono o 22 nowych przypadkach duru plamistego w 8 gminach, a mianowicie pow. Drohobycz (Łastówki 3), Horodenka (Horodenka 1), Jaworów (Przyłbice 3), Lisko (Wołosate 7, zawleczono z Węgier), Nadwórna (Pniów 3), Rawa (Smolin 1), Stanisławów (Czerniejów 3), Tarnopol (Proszowa 1); o 1 przypadku ospy w pow. Kałusz (Jasień 1, zawleczony z Węgier). — W czasie od 4 do 10. VIII. 1907 doniesiono o 15 nowych przypadkach duru plamistego w 10 gminach, a mianowicie w m. Lwowie 1, pow. Drohobycz (Łastówki 2), Jaworów (Zawadów 1, Podłuby 2), Brzeżany (Brzeżany 1), Nadwórna (Pasieczna 1, Pniów 3), Peczeniżyn (Utoropy 2), Stryj (Hutar 1), Tarnopol (Proszowa 1); o 2 przypadkach ospy w pow. Kałusz (Jasień 2). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 4. do 10. VIII. przypadków: płonicy 3 † 1, błonicy 4, ospówki 1, róży 4. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 4. do 10. VIII. przypadków: błonicy 6 (w tem obcy 1), płonicy † 1, odry 6 (1), duru osutkowego 1, duru brzusznego 8 † 1 (2 † 1), czerwonki 1 † 1 (1 † 1), nagminnego zapalenia opon † 1. *L.*

Cholera w gubernii samarskiej i symbirskiej szerzy się.

Mór wybuchnął w gubernii astrachańskiej.

Wiadomości bieżące.

Lwów. Jak donosi »Tygodnik lekarski« (Nr. 33), rozpoczęła się budowa kliniki pedyatrycznej; o budowę szpitalnego pawilonu zakaźnego toczą się układy między Wydziałem krajowym, a Zarządem miasta Lwowa. Nowy budynek uzyska też prywatny Dom zdrowia dr Soleckiego.

Warszawa. Towarzystwo odontologiczne liczyło w roku 1906/7 61 członków, odbyło 20 posiedzeń, na których wygłoszono 7 wykładów i 3 demonstracye. Dochody wynosiły 387 rb., wydatki 233 rb., biblioteka liczyła 151 dzieł i 173 roczników.

Z różnych stron. O X. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich umieszcza »Časopis lek. českych« obszerniejszą korespondencyę dr L. Černickyego. Autor artykułu z wielkiem uznaniem pisząc o Zjeździe i o wystawie, wyraża żal, że w Zjeździe nie uczestniczyli przedstawiciele innych narodów słowiańskich.

— W II międzynarodowym Zjeździe dla higieny szkolnej w Londynie uczestniczyło kilkunastu Polaków, głównie z kół pedagogicznych. Z lekarzy polskich brali udział i wygłosili wykłady pna dr Joteykówna z Brukseli i dr Eugeniusz Piasecki ze Lwowa. Przyszły zjazd ma się odbyć w r. 1920, prawdopodobnie w Paryżu.

— Akademię lekarską w Düsseldorfie otwarto uroczyście 27/VII. b. r.

— Rektorem uniwersytetu w Glasgowie wybrano po raz pierwszy od założenia tej wszechnicy (t. j. od r. 1450) profesora medycyny, mianowicie patologa Mac Alistera. Dotąd bywali tam rektorami zawsze teologowie.

— W Genewie ma Robert Odier założyć szwajcarski zakład badania raka. *E. S.*

— Zjazd »Kropli mleka« oraz »Opieki dzieci« odbędzie się w Brukseli między 12 a 16 IX. b. r. Wyjaśnień udziela E. Lust, sekretarz jeneralny w Brukseli (rue de la Limite 27). *E. S.*

— Drugi międzynarodowy kongres dla fizyoterapii odbędzie się w Rzymie między 13 a 16 X. r. b. pod przewodnictwem prof. Baccelliego. *E. S.*

Mianowani: prof. Sellheim z Düsseldorfu dyrektorem kliniki położniczej w Tübingen (na miejsce Döderleina); psychiatra doc. Dannemann w Giessen profesorem nadzwyczajnym; w Paryżu mianowani: profesorem anatomii (po zmarłym Poirier), prof. Nicolas; histologii (po zmarłym M. Duvalu), prof. Prenant, obaj z Nancy; profesorem chirurgii operacyjnej dr Quenu; profesorem położnictwa dr Bar.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Rok XLVI. Kraków, dnia 24. sierpnia 1907. Nr 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zadania i tory spółczesnej dyagnostyki chorób wewnętrznych.

Podał

Prof. dr Witold Orłowski.

Wykład wygłoszony 4/17. maja przy objęciu katedry dyagnostyki lekarskiej w Kazaniu).

(Ciąg dalszy.)

Jeszcze staranniej zajmowano się w ostatnim czasie czynnościową dyagnostyką wątroby. Wskutek prac przeważnie francuzkich klinicystów (Lancereaux, Hanot, Carnier, Ducamp i inni) powstało nawet pojęcie niedomogi wątroby *(insuffisance hépatique)*, jako zupełnie odrębnej postaci klinicznej. Do patologii wprowadzono pojęcie już nietylko *hyperhépathie*, *hypohépathie* i *anhépathie*, lecz i *parhépathie*, t. j. jakościowej zmiany czynności wątroby (Ducamp). Tak, n. p. Pick przypisuje powstanie kamicy żółciowej nieprawidłowemu wydzielaniu żółci, skazę moczanową łączy w związek z obniżeniem mocznikotwórczej czynności wątroby i t. d. Carrier odróżnia nawet utajoną postać niedomogi wątroby. Odpowiednio do różnorodności czynności wątroby i metody, polecone dla oznaczenia jej sprawności, są nader liczne. Przez dłuższy czas uznawano za pewną metodę, polegającą na ilościowem określeniu w moczu mocznika, równocześnie z solami amonowemi, w warunkach zwykłych i po wprowadzeniu do ustroju soli amonowych lub substancyi azotowych. Dziś jednak wiemy, że ta metoda nie jest ścisłą i pewną, ponieważ mocznik wytwarza się nietylko w wątrobie, lecz i w innych narządach ustroju (prof. Fawicki, prof. J. Zaleski, prof. M. Nencki i prof. J. Pawłow, Meister, prof. Sałaskin i prof. J. Zaleski i inni) przy utlenianiu i rozkładzie białka i w mniejszym stopniu nuklein (Kossel, Kerner, Sieberowa i prof. M. Nencki [2]). Nothnagel tłomaczył czasowem obniżeniem czynności wątroby, dotyczącej wytwarzania żółci, zjawianie się bezżółciowych (acholicznych) wypróżnień bez ogólnej żółtaczki. Levy przypisuje ogromne znaczenie urobilinuryi, jako jednemu z objawów niedomogi wątroby. Jakkolwiek istotnie urobilina, według nowszych danych, może powstawać w wątrobie z rozpuszczonych krwinek czerwonych, mimo to jednak ocena urobilinuryi, jako metoda rozpoznania sprawności wątroby, jest nadzwyczaj trudna wobec tego, że głównem źródłem powstania urobiliny jest bilirubina żółci, ulegająca w jelicie grubem odtlenianiu (Macfadyen, prof. Nencki i Sieberowa, Müller). Zdolność wątroby zatrzymywania i zobojętniania substancyi trujących (Schiff, Lauterbach, Heger, Lussana, Roger, Charrin-Eiger, Heidenhain, Chrząszczewski, Schmiedeberg, prof. Nencki i Leśnik, prof. Pawłow, prof. Nencki, prof. Massen i Hahn i inni) może być również zużytkowana dla zbadania jej sprawności. W tym kierunku polecono cały szereg metod, jakoto: ilościowe oznaczenie indykanu, oznaczenie jadowitości moczu (Bouchard i inni), badanie charakteru wydzielania się z moczem błękitu metylenowego po podskórnem jego wstrzykiwaniu (Castaigne i Chauffard), wprowadzenie do ustroju strychniny (Schapiro), oleinianu sodowego (Phillipson, Strauss), kwasu mlecznego (Schwarz) i innych substancyi, połączone z badaniem ich losu. O wiele więcej płodne w wyniki okazało się badanie wytwarzającej glikogen czynności wątroby, która, według Rogera, bierze czynny udział w jej czynności odtruwającej. Wprowadzając do ustroju ściśle oznaczoną ilość cukru gronowego, przekonali się Bischoff i Voit, Colrat, Cl. Bernard, Worm-Müller, prof. Popielski (na psach z przetoką Ekkowską) i inni, że wątroba jest zdolną przerobić go na glikogen tylko do pewnej granicy, zwanej granicą przyswajania cukru (Moritz, Rosenberg, Worm-Müller, Hofmeister, Kraus i Ludwig, v. Noorden, Bloch, Strasser, Chauffard i w. i.). Wobec tego zdawało się, że z obniżenia tej zdolności można sądzić o stopniu niedomogi wątroby (Roger, Hanot, Chauffard, Gilbert i Carnot i inni). Dalsze badania jednak dowiodły, że cukromocz pokarmowy nie zawsze towarzyszy chorobom wątroby (Robineaud, Valmont, Landouzy, Herard, Déjerine, Hardy, Colosanti, Moscatelli, Kraus i Ludwig, Strauss, de Haan, Troicki i inni), nawet w przypadkach zupełnego jej zwyrodnienia (Frerichs i inni), a z drugiej strony daje się spostrzegać przy innych sprawach, n. p. w chorobach układu nerwowego (Strauss, Strasser, Rosenberg i inni), w stanach gorączkowych (Poll, de Compagnolle, Maksimow, Achard), następnie, jako objaw prawie swoiście znamienny w chorobie Basedowa (Chwostek) i t. d. Ogromny wpływ na wyniki badania wywierają również warunki wchłaniania się cukru z jelit (Linoissier i Roque, Strümpell i Krehl, Maksimow), stan nerek (Achard i Castaigne) i trzustki (Minkowski, Oser, Wille, Szabad i inni), glikolityczna zdolność tkanek (piśmiennictwo w rozprawie Larésa, 1886; oprócz tego Külz, Paszutin, Krawkow, Bienvenuti, Strauss, Linoissier), dziedziczne usposobienie do skazy moczanowej (Linoissier i Roque) i t. d. I tak, w jednym z przypadków zanikowej marskości wątroby bez puchliny brzusznej, który spostrzegałem w klinice lekarskiej Akademii wojskowo-lekarskiej, a w którym wątroba była w znacznej mierze wyłączoną z ogólnego obiegu krwi wsktek utworzenia się obocznego krążenia przez nadzwyczaj (do grubości pióra gęsiego, nawet małego palca) rozszerzone żyły, przyswajanie cukru gronowego, jak stwierdziły moje jeszcze, nie ogło-

[2]) Białko wśród wytworów rozpadu i utleniania daje substancye z grupy monoamidokwasów i substancye, należące do grupy zasad heksonowych; tak jedne, jak i drugie dają mocznik, nukleiny zaś rozkładaja się na kwas moczowy i zasady nukleinowe; część tych zasad nukleinowych przechodzi w kwas moczowy, część wydziela się z moczem, wreszcie część przechodzi w mocznik. Ponieważ zaś zasady nukleinowe powstają wtenczas, gdy przeważają sprawy rozkładowe, nie zaś utleniania, więc mocznik, wbrew utartemu zdaniu, nie może być uważany również za bezwzględnie ścisły wskaźnik energii spraw utleniających w ustroju. Tworzenie się mocznika z nuklein świadczy, że mocznik może powstawać nietylko w wątrobie, lecz we wszystkich narządach, zawierających pierwiastki jądrowe.

szone badania, nie uległo żadnym zboczeniom[3]). Wszystko to obniżyło doniosłość metody, opartej na stwierdzaniu cukromoczu pokarmowego. Gdy wobec tego doświadczenia dowiodły, że przyswajanie cukru owocowego (lewulozy) zachodzi prawie wyłącznie w wątrobie (Moritz i inni, z nowszych prac badania Schrta), Sachs, następnie Strauss polecali badać zamiast cukromoczu pokarmowego lewulozuryę pokarmową. Istotnie doświadczenia Sachsa, Straussa, Bayloca i Arnauda, Bruininga, Ferrarini, Steinhausa, Lépine, Crisafi, Landsberga, Troickiego, de Rossi, Chajesa, Sambergera, Rebandi, Sabatowskiego i in. dowiodły, że lewulozurya pokarmowa zdarza się znacznie częściej, niż dekstrozurya w chorobach wątroby i o wiele rzadziej od glikozuryi w innych chorobach, zjawiając się z pomiędzy nich częściej w żółtaczce kiłowej (Samberger, Sabatowski) i ostrych chorobach zakaźnych (Rebaudi, Sabatowski). Tak, według statystyki, zebranej przez Chajesa, dodatni wynik tej próby w chorobach wątroby stwierdza się w 86,9%, jeśli zaś wziąć w rachubę tylko ściśle przeprowadzone spostrzeżenia, to liczba ta wynosi, według mojego obliczenia, 77%; u chorych bez zmian wątroby lewulozorya pokarmowa zdarza się, według statystyki Chajesa, w 15%, jeśli jednak wyłączyć przypadki Bayloca i Arnauda, uznawane przez samych tych badaczy za niezupełnie pewne, to otrzymamy liczbę 8,8%. Przy organicznych chorobach wątroby poszukiwania lewulozy mogą dać wyniki ujemne, jeśli pozostały jeszcze resztki tkanki wątrobnej z zachowaną zdolnością wytwarzania cukru (Sitta). Z drugiej zaś strony lewuloza może być często wykrytą już wtenczas, gdy jeszcze niema innych objawów toksycznych, więc wcześniej od innych oznak niedomogi wątroby. Metoda więc Straussa, jako najczulsza, stanowi znaczny nabytek dla czynnościowej dyagnostyki wątroby.

Pomimo wartości danych, które można otrzymać przy pomocy wszystkich omówionych metod, trzeba jednak wyznać, że są one jeszcze zbyt oderwane i nie wyczerpują całej istoty przedmiotu. Łatwo to zrozumieć, jeśli się zważy zawiłość czynności wątroby, zdolność jej komórek do odradzania się (Ponfick, v. Meister, Plöck, Kretz, Kohn u zwierząt; Dürig, Chauffard u ludzi przy bąblowcu wątroby) i różne nerwowe wpływy, które za pośrednictwem nerwów błędnych, splotu i nerwów trzewnych działają na obieg krwi w wątrobie, stan jej dróg żółciowych i t. d. Wreszcie budowa samej komórki wątrobnej, jak się okazuje, jest zawilsza, niż przypuszczaliśmy dotąd. Przynajmniej badania prof. Browicza (1897—1899), potwierdzone niedawno przez prof. Schäfera (1902 r.) wskazują, że kanaliki żółciowe biorą początek w samych jądrach komórki wątrobnej, łącząc się z takimiż kanalikami, przebiegającymi w jej cytoplazmie i opisanym i jeszcze przez prof. Popowa (w 1880 r.), następnie Kuliabkę (w 1897 r.), że do jądra idą przypuszczane również przez Nauwercka (w 1897 r.) kanaliki odżywcze, łączące się z naczyniami włoskowatemi, że jądro komórek bierze bardzo czynny udział w czynnościach wątroby i t. d. Wszystkie te dane rzucają nowe światło na naszą wiedzę, dotyczącą czynności wątroby, i nie mogą nie wywrzeć wpływu na nasze dążenia i zdobycze w dziedzinie czynnościowej dyagnostyki wątroby.

Jeszcze staranniejszemu badaniu pod względem dyagnostyki czynnościowej poddano w ostatnich czasach nerkę. Od czasu, kiedy doświadczenia Maasa, Tilmannsa, prof. W. Podwysockiego, Tuffiera, Wolffa, Dołgowa i innych dowiodły, że ustrój ma zbytek tkanki nerkowej i może obejść się nawet $1/3$ jej częścią (według Tuffiera minimum potrzebnej tkanki nerkowej wynosi 1—1,5 gramów na 1 kilogram wagi), i chirurdzy i interniści wystąpili z szeregiem metod, mających na celu oznaczenie sprawności nerek. W tej myśli prostą było rzeczą zwrócić się najpierw do oznaczenia zwykłych składowych części moczu, ponieważ z obniżenia ich ilości można, zdawałoby się, wysnuć wnioski o obniżeniu czynnościowych zdolności nerek. Kierunkowi temu dał początek chirurg Israël, który polecił dla oceny sprawności nerek ilościowe określenie mocznika. Dalsze spostrzeżenia jednak dowiodły, że ta metoda, jak również inne, osnute na określeniu w moczu chlorków, fosforanów, siarkanów i t. d., nie są pewne, ponieważ ilość tych składników w moczu już i w warunkach zwykłych ulega znacznym wahaniom, a oprócz tego zależy nietylko od stanu nerek, lecz i od stanu ogólnego stopnia odżywiania i t. d. Pewniejszą mogłaby być metoda ilościowego określenia kwasu hipurowego, który wytwarza się syntetycznie w nerkach z glikokolu i kwasu bedźwinowego (Wöhler), lecz rozpowszechnieniu tej metody stoi na przeszkodzie niełatwość ilościowego określenia wobec nader skąpej ilości kwasu hipurowego w moczu. Nie będę tu omawiał metody, osnutej na urotoksycznej teoryi Boucharda, ponieważ, jak to wywodzę w jednej z prac moich[4]), uważam ją za wytwór wyobraźni. W ostatnim czasie Achard i Castaigne wystąpili z nowym poglądem, podług którego czynność nerek ocenia się z ich zdolności wydzielania substancyi, nie będących wytworem przemiany materyi, lecz wprowadzonych do ustroju sztucznie, n. p. błękit metylenowy, tionina, fuksyna kwaśna, rozanilina (Lépine), indygokarmin (Kapsammer), jodek potasowy (Desprez, Bard, Bonnet i inni). Badając szybkość wydzielania się błękitu niezmienionego i jego chromogenu, czas zjawienia się i stopień największego zabarwienia moczu, charakter krzywej wydzielania i czas trwania wydzielania zarówno błękitu, jak chromogenu, wreszcie ogólną ilość, wydzieloną z moczem, można, jak dowiodły liczne badania, wytworzyć sobie w wielu przypadkach dość ścisłe pojęcie o stopniu sprawności nerek. Zresztą Lipmann, Wolf, Senator, Baginsky, Majewski, Landau i inni nie zgadzają się na to zapatrywanie, uznając, że wydzielanie się obcego dla ustroju przetworu nie może być probierzem sprawności nerek. Inni zaś (Bard, Bernard, Strauss, Pedenko i inni) są skłonni upatrywać w tej metodzie doniosłą kliniczną metodę badania nie czynnościowego, lecz anatomicznego stanu nerek. W ostatnim czasie Casper i Richter polecili metodę florydzynową, opartą na tem, że florydzyna ma własność sprowadzać cukromocz pochodzenia nerkowego (v. Mering, Uszyński, Klemperer, Achard, Delamare, Zuntz, Minkowski, Szabad i inni): czynnościowo niesprawne nerki nie dają cukromoczu wcale lub tylko nieznaczny. Metoda ta wiedzie do dobrych wyników w razie porównawczego oznaczenia ilości cukru, wydzielonego przez każdą nerkę zosobna, więc w połączeniu z cewnikowaniem moczowodów (Casper i Richter, Kümmel, Strauss i inni). Według najnowszych spostrzeżeń Clairmonta, badanie próbą florydzynową nieraz wykrywa zaburzenia czynności nerek już wtenczas, gdy inne metody dają wynik ujemny. Trzeba jednak mieć zawsze na względzie, że choroby pęcherzyka żółciowego mogą również opóźniać wytworzenie się cukru (Clairmont).

Najwięcej jednak nadziei pokładano we wprowadzonej przez prof. v. Koranyiego metodzie kryoskopowej. Jak wiadomo, ciecze naszego ustroju przedstawiają pewne zgęszczenie drobinowe rozpuszczonych w nich substancyi. To zgęszczenie utrzymuje ustrój zawsze na stałej wysokości, na wzór stałości ciepłoty ciała (v. Koranyi, Strauss, Grossmann, Landau, Rumpel, Hamburger, Dreser, Winter, Köppe, Lindemann, M. Senator i inni). Okoliczność ta zależy od tego, że w miarę nagromadzania się w ustroju drobin wskutek przemiany materyi, połączonej z rozkładem złożonych cząsteczek białkowych na mnó-

---

[3]) Przypadek ten został opisany przez kol. Ratnera w »Russkim Wraczu« 1903, Nr 45.

[4]) Witold Orłowski. Mocznica w świetle badań współczesnych. »Gazeta lekarska« 1900, Nr 22.

stwo drobnych, zachodzi wydalenie ich różnemi drogami, przeważnie zaś przez nerki. Drobinowe zgęszczenie oznaczamy w klinice metodą kryoskopową (Dreser), t. zn. wysokością punktu marznięcia płynów, jako najprostszą i stosunkowo ściślejszą od innych metodą. Cały szereg badań tą metodą dowiódł, że zgęszczenie drobinowe surowicy krwi, wynoszące u człowieka — 0,56%, znacznie podnosi się w przypadkach obniżenia sprawności nerek, stanowiącego mocznicę, dochodząc do — 1,0 (v. Koranyi, Strauss, Lindemann i inni). Znaczne wzmożenie ciśnienia osmotycznego krwi wskutek nagromadzenia się w niej drobin uważano za najważniejszy objaw mocznicy i w tem nawet upatrywano przyczynę tej sprawy chorobowej (Lindemann). Dalsze badania kryoskopowe znacznie utrudniły ocenę rozpoznawczego znaczenia punktu marznięcia krwi dla określenia sprawności nerek, wskazawszy na szereg warunków, wpływających w różny sposób na drobinowe zgęszczenie krwi, n. p., stan niedokrwistości i charłactwa (v. Koranyi, Strauss, Landau), wodnistość krwi (Koranyi), zawartość we krwi tlenu i kwasu węglowego (v. Koranyi, Kovaćs i t. d.). (Dok. nastąpi)

Znaczenie soli kuchennej przy zaburzeniach krążenia nerkowego w świetle nowszych badań.

Napisał

Dr Stanisław Cięglewicz (Jasło).

Odkrycia chemii lekarskiej wpłynęły niezmiernie korzystnie na nasze zapatrywania lekarskie i postępowania lecznicze w wielu działach medycyny wewnętrznej, zwłaszcza co się tyczy przemiany materyi w ustroju. Leczenie dyetetyczne opieramy dzisiaj przeważnie na wynikach badań chemicznych, a chociaż nie zawsze zadowala ono w zupełności, to jednak postępy i odkrycia dotychczasowe napełniają nas nadzieją, że znaleźliśmy się tu na drodze do coraz to lepszej przyszłości.

W sprawie badania i leczenia puchliny (obrzęków) z nowszemi pracami wystąpili, o ile wiem, najpierwsi Bujniewicz, Achard i Loeper, Claude i Maute, Steyer, Marischler i Strauss. Spostrzeżenia tych pierwszych na tem polu badaczy są tak ważne, że liczni późniejsi, bardzo poważni badacze prawie w zupełności je potwierdzają, rozszerzając i uzupełniając je tylko dalszemi doświadczeniami. Strauss w pracy swej: »Zur Behandlung und Verhütung der Wassersucht«[1]) podaje, że w miąższowem zapaleniu nerek w stanie ich niesprawności *(incompensatio)* nietylko zmniejszoną jest ich własność wydzielania wody, ale i soli kuchennej odpowiednio do wprowadzonych do ustroju tych składników; zapatrywanie to popiera jużto własnemi, jużteż innych autorów spostrzeżeniami. Ostateczne jego wnioski są mniej więcej następujące: 1) Przy zapaleniu nerek z rozwiniętą już puchliną zmniejszenie się wydzielania soli uważać należy za regułę. 2) Po spożyciu przez chorego większej ilości soli kuchennej ściśle oznaczony odsetek poprzednio wydzielanej soli nie ulega żadnej, albo też bardzo małej zmianie, natomiast jednak często zmniejsza się przez to wydzielanie wody. 3) Zwiększone wydzielanie wody nie stoi w żadnym stosunku do wydzielonego odsetka soli. 4) Obrzęki ustępują jednak, gdy chory oddaje moczem większe ilości wody z wyższym odsetkiem soli, wskutek czego Strauss dochodzi do wniosku, że obrzęki w mowie będące zależą od zatrzymania się soli kuchennej w ustroju, i że najprawdopodobniej z zatrzymaniem tem w związku przyczynowym stoją, — cała zaś ta sprawa zatrzymania zależy od stanu chorobowego nerek. 5) Na wydzielanie innych soli moczowych sprawa chorobowa nie wpływa ujemnie. Za przyczynę tej sprawy uważa Strauss zmiany chorobowe w kanalikach nerkowych, a twierdzenie to popiera tak własnemi spostrzeżeniami, jak i klasycznem spostrzeżeniem Bujniewicza[2]). Autor ten opisuje przypadek rozdarcia nerki u kobiety, wskutek czego nerkę wyjęto, pozostawiając małe jej resztki; resztki te stały się przyczyną przetoki nerkowej. Otóż mocz tą przetoką wydzielany zawierał zmniejszony odsetek soli kuchennej, natomiast mocz, wydzielany z nerki zdrowej (przez pęcherz) był zupełnie prawidłowy. Po dokonanej operacyi przetoki w wyjętej resztce nerki stwierdzono zmiany chorobowe w nabłonkach kanalików, natomiast kłębki były zupełnie prawidłowe. W następnej swej pracy wypowiada Strauss[3]) zdanie, że przy niesprawności nerki wydzielanie soli kuchennej o wiele wcześniej doznaje utrudnienia, aniżeli wydzielanie wody, że więc tutaj najprzód w ustroju zatrzymuje się sól, zatrzymanie się zaś wody jest dopiero następowem. Sprawa więc toczyć się może początkowo bez puchliny; puchlina poczyna się rozwijać zazwyczaj dopiero w dalszym ciągu sprawy chorobowej.

Z bardzo przekonywującym w tej sprawie dowodem wystąpili francuzcy autorowie Widal i Javal; pierwszy z nich ogłosił go na posiedzeniu »Societé med. des Hopitaux« 12. czerwca 1903. Podaje on tam, że u chorego na miąższowe zapalenie nerek bardzo znaczna puchlina po 10 dniach ustąpiła wskutek wyłącznie mlecznej dyety; przytem chory utracił 6 klg. na wadze, a wydzielał 35 gr. soli kuchennej więcej, aniżeli jej otrzymywał w pożywieniu. Gdy jednak choremu temu do zwykłej dawki dziennej mleka ($3^1/_2$ l.) dodano 10 gr. soli kuchennej, to puchlina wystąpiła powtórnie równie silnie, jak poprzednio, równocześnie zaś zatrzymywało się 35 gr. soli kuchennej w ustroju. Teraz zmieniono zupełnie pożywienie chorego. Zamiast mleka podano mu 1,000 gr. ziemniaków, 400 gr. mięsa, cukru, masła i kleiku w ilości, równoważącej składniki chemiczne wraz z płynem w mleku. Podane pożywienie zawierało 2 gr. soli kuchennej, a więc jeszcze mniej, niż owe $3^1/_2$ l. mleka zawierające 5 gr. I przy tem pożywieniu obrzęki ustąpiły zupełnie, jak i poprzednio, powróciły jednak po dodaniu 10 gr. soli, ustępując przy ponownem zastosowaniu wyłącznie mlecznej dyety. Doświadczenia te jeszcze kilkakrotnie powtórzono z takim samym zawsze wynikiem. Późniejsi, bardzo poważni badacze, potwierdzając doświadczenia te w zupełności, nazywają je najpiękniejszym tryumfem doświadczalnego badania klinicznego na polu patologii przemiany materyi.

Widal zaznacza jednak, że nie wszyscy chorzy na miąższowe zapalenie nerek dostają zaraz puchliny po spożyciu większej ilości soli. Mianowicie chorzy, zdolni sól kuchenną jeszcze eliminować, — są od puchliny jeszcze wolni, w większej ilości spożyta sól szkodziła tylko tym, którzy nie mogli się jej w odpowiednim odsetku pozbyć z ustroju.

Minkowski[4]) starał się tę sprawę dalej rozwinąć i wytłómaczyć. Według tego autora wydzielina nerki zależy od stopnia jej schorzenia: jeźli ono jest bardzo znaczne tak, że nerka przy całym wysiłku nie może swemu zadaniu co do wydzielania odpowiedniej ilości wody i soli podołać, wtedy, doprowadzając do niej większą jeszcze ilość tych składników, ubezwładnimy jej czynność jeszcze bardziej. W przeciwnym razie (t. j. gdy do niej mniejszą ilość wody doprowadzimy) zaburzenia w jej czynności zmniejszą się, a może nawet i ustąpią. Inaczej jednak ma się rzecz tam, gdzie nerka nie jest bardzo schorzała. Tutaj na mocniejszy bodziec nerka będzie oddziaływać wzmożeniem się czyn-

[1]) Therapie der Gegenwart, 1903, Mai.

[2]) Le phisiologiste russe, 1901, referowane w Therapie der Gegenwart 1903 Mai.

[3]) Therapie der Gegenwart 1904 Grudzień.

[4]) Therapie der Gegenwart 1907 Styczeń.

ności, zmniejszenie zaś wymagań zmniejszy jej czynność wydzielania, dlatego też wprowadzenie tutaj większej ilości wody i soli może nawet działać moczopędnie, — tem samem lecząco. W takim moczu mogłoby się znaleść więcej soli, aniżeli jej chory przyjął w pożywieniu.

Wskazać tu muszę na rzecz ogólnie znaną, że wszystkie płyny w obrzękach surowiczych zawierają w sobie sól kuchenną w stosunku 6—7 grm. na litr (fizyologiczny roztwór); w każdej więc puchlinie sól jest uwięzioną w odpowiednim ściśle oznaczonym odsetku. Za przyczynę tego zjawiska uważają autorowie działanie prawa fizycznego: procesu osmotycznego.

A. Magnus Levy[5]) twierdzi, że jeżeli się przez dłuższy szereg dni zupełnie zdrowemu człowiekowi w pożywieniu podaje 1 gr. soli dziennie, to w tym razie znika z ustroju nadmiar soli. Mianowicie człowiek taki oddaje w pierwszych dniach 10—20 gr. soli dziennie, po kilku dniach jednak wydzielanie to ustaje i nie można już żadnym sposobem z ustroju więcej soli wyprowadzić. Podając zaś teraz małe dawki soli, spostrzega się, że ustrój, zamiast ją wyprowadzać, przyswaja ją sobie, uzupełniając nią nadmierną poprzednio utratę. Levy sądzi, że jednem z przeznaczeń soli kuchennej jest utrzymywanie w ustroju ludzkim wody w pewnej oznaczonej ilości.

Z dotychczasowych badań wynika, że przy puchlinie zatrzymywanie się soli kuchennej w tkankach jest sprawą pierwotną, zatrzymywanie się zaś wody następową: sól zatrzymana niejako wiąże tu wodę. Magnus Levy twierdzi nawet kategorycznie, że zatrzymanie soli w miąższowem zapaleniu nerek jest najważniejszą przyczyną wytworzenia się puchliny. Dla celów leczniczych już podrzędniejszą ma wagę, jaki czynnik, czy czynniki, w nerce czy w ustroju zatrzymanie to wywołują: Senator i Achard tłómaczą je schorzeniem śródbłonka naczyń włosowatych w całym ustroju, Widal nieprzepuszczalnością nerki dla soli, inni schorzeniem nabłonka nerkowego, wogóle na tym punkcie nie ma jeszcze zgody między autorami, sprawa ta wymaga jeszcze dalszych badań. Opierając się bowiem na powyższych danych nie potrafilibyśmy wytłómaczyć sobie zatrzymania soli kuchennej w ustroju przy wszystkich gorączkowych chorobach, w których nerki są zresztą zdrowe.

W śródmiąższowem zapaleniu nerek (*nephritis interstitialis*) puchlina, jak wiadomo, występuje rzadko, zazwyczaj dopiero przy końcu choroby, gdy już serce słabnąć poczyna i wtenczas pojawia się niesprawność nerki. Tu więc nerka przez cały czas swej sprawności przepuszcza sól kuchenną, a wydzielając moczem więcej wody, wszystką sól zbyteczną (jakkolwiek w słabszym odsetku) w nim wydziela. Otóż według A. Magnusa Levy, gdy w dalszym okresie choroby (przy zapaleniu śródmiąższowem) niesprawność nerki występuje, wtedy nerka staje się mniej przepuszczalną dla soli pomimo, że do puchliny jeszcze nie dochodzi. Tu bowiem przy zastosowaniu dyety, mało soli zawierającej, odchodziły w moczu znaczne ilości soli (50—80 gr.), pomimo, że ilość wody się nie zwiększała, równocześnie znikały objawy tak zwanej małej mocznicy, jak bóle głowy, brak apetytu, duszność, a nawet obrzęk płuc. Prawdziwa mocznica z zatrzymaniem soli nie stoi w żadnym związku przyczynowym, uwagi więc powyższe do leczenia tejże wcale się nie odnoszą. Tak samo (według A. Magnusa Levy), jak przy zapaleniu śródmiąższowem ma się rzecz z przepuszczalnością soli i w chorobach serca, jak również i w rozedmie płuc.

Zdaniem Minkowskiego zaś, gdy we wczesnych okresach chorób serca powstaje puchlina, to puchlina ta w przeciwieństwie do nerkowej jest więcej zastoinową, w nerce utrudnionem jest przepuszczanie wody z przyczyny mechanicznej; dla soli natomiast jest nerka jeszcze drożna; w tym stanie sól może działać nawet moczopędnie. Zatrzymanie więc wody w ustroju byłoby tu pierwotnem, — soli zaś następowem, jako skutek działania osmotycznego. Gdy jednak nerka już jest zmieniona w następstwie choroby serca, — wtenczas dla puchliny nastają tu te same warunki, co i przy puchlinie nerkowej.

Massalongo i Zambeli[6]) podają, że sól kuchenna w ustroju ma rozstrzygające znaczenie dla napięcia (*tonus*) płynów międzytkankowych, dla ciśnienia krwi, jak również dla zaopatrywania tkanek w wodę. W chorobach serca przy zaburzonem wyrównaniu uważają oni przeciwnie zatrzymaną sól za przyczynę puchliny; dyeta, zawierająca mało soli, nieraz mogła usunąć puchlinę.

Wspomnieć tu jeszcze muszę o działaniu soli kuchennej w moczówce prostej (*diabetes insipidus*). Erich Meyer[7]) dowiódł, że w tej sprawie chorobowej większe ilości soli zwiększają nadmiernie ilość i tak już obfitego moczu. Zmniejszając tutaj ilość podawanej soli, jak również ilość istot, wytwarzających w wydzielinach produkta azotowe (Stickstofhaltige Exkretprodukte) można znakomicie wpłynąć na zmniejszenie ilości moczu.

Z powyższego wynikałoby, że w dyecie zawierającej mało soli mamy znakomity czynnik leczniczy zapalenia nerek w pewnych okresach tej choroby. Oczywiście chorych na nerki z dobrem wyrównaniem nie bierze się tu w rachubę, jakkolwiek przestrzedzby ich należało przed pokarmami mocno solonymi (n. p. wędliny, śledzie, sery i t. p.). Najściślejsza dyeta wskazana jest przy miąższowem zapaleniu z puchlinami, w końcowych okresach zapalenia nerek śródmiąższowego i chorób serca, mniej ścisła u tych chorych, u których zachodzi obawa, że się blisko tego stanu znajdują lub są ozdrowieńcami po przebytej puchlinie. Autorowie żądają wogóle, by pod tym względem chorych na nerki ściśle obserwować. Widal, a za nim inni, radzą przedewszystkiem chorych takich ważyć; obserwacya wagi chorego jest najlepszym środkiem do oryentowania się pod tym względem. Gdy u chorego na nerki ciężar ciała nagle się wzmaga, to, chociaż jeszcze nie widać puchliny, można być pewnym, że ona tutaj wnet wystąpi. — Nastaje więc chwila stosowna do zastosowania dyety ścisłej, nieobfitującej w sól, — po osiągniętem polepszeniu poleca się mniej ścisłą celem zapobieżenia nawrotowi sprawy.

Co do ilości wody, to przestrzegać się powinno, aby ilość ta zawsze była stosowana do ilości oddawanego moczu, lub też nie o wiele go przewyższała, albowiem tutaj ilość moczu nie zawsze się dostosowuje do ilości przyjętych płynów. Wyjątek tu stanowi: 1) zapalenie śródmiąższowe, gdzie chory oddaje zwykle dużo moczu, a wskutek tego musi przyjmować znaczne ilości wody, dopóki siła serca na to pozwala, 2) mocznica, w której celem przepłukania ustroju i wyprowadzenia z niego zatrzymanych szkodliwych istot wprowadzać trzeba większe ilości wody (Minkowski).

Wszystkie nasze naturalne środki odżywcze, jak jaja, mleko, niesolone masło i t. d. z natury zawierają mało soli. Jajo lub 100 grm. surowego skrobanego mięsa n. p. zawiera ledwo 0,10 soli, 100 grm. niesolonego masła zawiera 0,02 soli, litr mleka 1,5—1,8 soli, 100 grm. ziemniaków 0,1 soli, zaś bułka lub chleb zwykły ma 1% soli (Strauss). Wynika z tego, że chcąc ścisłą dyetę przeprowadzić, trzeba choremu kazać potrawy przyrządzać osobno, wyznaczając ilość soli, ile jej wolno dziennie dodać do potraw, lub nie dodawać jej wcale; chleb wypadałoby też osobno kazać upiec (bez soli). A. Magnus Levy twierdzi, że żywiąc chorego mięsem, bułką (bez soli), ziemniakami i owocami, wprowadza się do ustroju około 2 grm. soli, dodając do tego 1 litr mleka, wprowadza się $3^1/_2$ grm. soli; z tą ilością dobrze nawet chora nerka może sobie dać radę. Przy mniej ścisłej dyecie A. Magnus Levy poleca również chorym osobno gotować, a do potraw dodawać $^1/_2$—1 łyżeczki soli dziennie.

[5]) Therapie der Gegenwart 1907 Kwiecień.

[6]) Riforma medic. Nr 49 referowane w Deutsche medic. Wochens. 1907, str. 116.

[7]) Wiener klin. Rundschau 1907 Nr 2. Schur: Behandlung der Nierenkrankheiten.

Wyłącznie mleczną dyetę tak francuzcy, jak i niemieccy autorowie od czasu odkrycia Widala coraz to więcej zarzucają, przeważnie ze względu na wielkie ilości wody, jaką przytem do ustroju się wprowadza.

Sprawa dyety, nieobfitującej w sól, była przedmiotem ożywionej dyskusyi na tegorocznym Zjeździe dla wewnętrznej medycynie w Wiesbadenie. Ostatecznie zgodzono się na to, że nie można tu postępować według jednego schematu, ale koniecznie potrzeba indywidualizować. Przy każdem też zapaleniu nerek dawki soli (w pożywieniu dziennem) brać pod ścisłą rozwagę, — przy każdej zaś puchlinie próbować stosowania dyety nieobfitującej w sól tak długo, dopóki to tylko będzie możebne, t. j. dopóki apetyt i stan sił chorego nie dadzą wskazania do zaniechania tej dyety, a powrócenia do zwykłego pożywienia.

Oceny i sprawozdania.

Martin. **Leczenie światłem słonecznem.** Lipsk. Str. 147. Cena 2 marki. (Sonnenlichtkuren).

Broszura niniejsza stanowi pierwszą część cyklu monografii o leczeniu światłem wogóle. Wstęp obejmuje krótki szkic teoretyczny, poczem omawia M. działanie promieni słonecznych chemiczne i mechaniczne, jak n. p. wpływ na zmianę barwy płótna, jedwabiu, drogich kamieni, dalej rozkład pewnych substancyi chemicznych i t. p. Niektóre zwierzęta wydają światło. Zwykle świeci u nich wydzielany śluz. Świecenie to przy braku dostępu powietrza ustaje. Niektóre drobnoustroje świecą także w ciemności. Światło organiczne posiada często podobne własności, jak promienie Röntgena. Rośliny wydają światło, zwłaszcza rozkładając się. Poniżej 15° ustaje świecenie. Przyczyny świecenia istot organicznych dokładnie nie znamy. Nie jest nią tylko fosfor, bo n. p. u ryb Phipson nie znalazł fosforu mocno świecenia. Działanie promieni słonecznych objawia się w świecie organicznym wybitnie. Wpływają one na rozwój i na przemianę materyi, tworzenie się barwików i t. p. Znanym powszechnie jest heliotropizm roślin i zwierząt. Statystycznie stwierdzono, że w dnie pochmurne pracują robotnicy fabryczni przynajmniej o 10 prc. gorzej i głównie w dnie takie wydarzają się w fabrykach nieszczęśliwe wypadki. Rośliny w cieniu rosną znacznie gorzej, podobnie i noworodki, chowane bez światła. Według licznych zestawień dzieci rosną najszybciej w miesiącach słonecznych, od marca do sierpnia. Zwierzęta chowane w ciemności są bardzo blade i niedokrwiste. Po naświetleniu słonecznem wzmaga się znacznie ilość hemoglobiny. Słońce wywiera znaczny wpływ także na tworzenie się innych barwników. Tak n. p. ślimak i jaszczurki w górach są tem ciemniejszego koloru, im bliżej szczytów żyją. Doświadczalnie można u niektórych zwierząt wywołać różnicę zabarwienia w obu połowach ciała, chroniąc jedną połowę przed promieniami słonecznymi. Zmiany barwikowe u człowieka wywołują promienie świetlne, a nie cieplne, gdyż nie spostrzegamy zmian tych n. p. u robotników, pracujących wśród wysokiej ciepłoty. Zmiany te są ochroną w ustroju przeciwko dalszemu zbytniemu działaniu słońca. Powszechnie znane jest bakteryobójcze działanie promieni słonecznych. Ruhemann stwierdził, że między wybuchem chorób zakaźnych, a ilością godzin słonecznych pewnej pory roku zachodzi stosunek odwrotny. Słońce odkaża wodę, pył uliczny i t. p. Najskuteczniej działają promienie rano. Lecznicze działanie słońca znanem już było w starożytności. Stosowano leczenie słoneczne w gośćcu, dnie, otyłości, dychawicy, porażeniach, chorobach nerek i wątroby, padaczce, w chorobach przewlekłych skóry i w słoniowaciźnie. W średnich wiekach zaniedbano ten sposób leczenia i dopiero z końcem XVIII wieku poleca Loretti światło słoneczne do leczenia suchot, a Löbel w krzywicy, chorobach kości, stawów i kiszek. Obecnie ojcem wznowionego leczenia promieniami słonecznymi nazwać należy laika Rikliego, który zaczął w swoim zakładzie energicznie przeprowadzać to leczenie. Kąpiel słoneczną stosuje się 5—60 minut, a po niej zwykłą wodną kąpiel lub polewania. Pierwsze próby należy robić ostrożnie ze względu na możliwe powikłania ze strony układu nerwowego. Przedtem przyzwyczaja się chory do kąpieli powietrznej. Kąpiele słoneczne działają znakomicie w cierpieniach chirurgicznych, goją zastarzałe wrzody i rany, cierpienia skórne, stawów. W postaci skoncentrowanej wreszcie zapomocą szkieł zastosował promienie słoneczne Mehl po raz pierwszy na sobie celem leczenia tocznia, dalej naczyniaków i t. p. cierpień. *Dr Klęsk.*

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Bruno Bosse. **Znieczulenie lędźwiowe.** (*Wiener Klinik* Zeszyt 5—6, 1907). Znieczulenie lędźwiowe, jakkolwiek datuje się dopiero od prac Corninga w r. 1886, ma już jednak obfite swe piśmiennictwo. Technika jest według wszystkich autorów jednaka; wkłucie robić należy u chorego siedzącego lub leżącego między 3—4, albo 2—3 kręgiem lędźwiowym, rzadziej między 1—2. Igłę często trzeba przetkać mandrynem, lub też wkłuć razem z nim. Płynu mózgowo-rdzeniowego radzą jedni wypuszczać jak najmniej, inni dużo, nawet do 30 ctm.³. Wstrzykuje się jak najmniejszą ilość płynu znieczulającego, aspirując kilka razy strzykawkę celem lepszego wymieszania go z cieczą rdzeniową. Niektórzy rozpuszczają środek znieczulający wprost w płynie mózgowo-rdzeniowym przy wypuszczeniu. Wstrzykiwać należy bardzo powoli. Środków odkażających, jakoteż sody itp. przymieszek należy unikać. Wydatność znieczulenia zależy od techniki, od samego środka, użytego do znieczulenia, i od podatności osobnika. Mięśnie po znieczuleniu wiotczeją; w 5 prc. przypadków wiotczeje zwieracz odbytu. Wyżej sięgające znieczulenia otrzymujemy przy wstrzykiwaniu rozcieńczonych roztworów, przy wypuszczeniu znaczniejszej ilości płynu mózgowo-rdzeniowego i oczywiście przy większych dawkach środka znieczulającego. Znieczulenie trwa do 2 godzin, czasem dłużej, nawet 6, a ustępuje w porządku odwrotnym, jak wystąpiło, tak że na kroczu operować można 2 godziny, na kończynach dolnych 1—1½, w brzuchu godzinę, na klatce piersiowej mniej więcej ½ godziny. Ze względu na trujące działanie środka znieczulającego powinno się, o ile na to samo operacya dozwala, podać chorym przedtem jeść i pić, ewentualnie środki podniecające i wśród samej operacyi. Po znieczuleniu powinien chory przez dobę leżeć na wznak i nie podnosić się. Znieczulenie obejmuje w pierwszym rzędzie korzenie nerwowe, a w drugim dopiero samą substancyę rdzenia. Mechanicznie możemy podnieść znieczulenie przez podniesienie miednicy podług Kadera, zastój w czaszce podług Biera zapomocą opaski lub też zapomocą forsownego wdechu przy uciskaniu skrzydełek nosowych. W razie krótkiego trwania lub też w razie małego znieczulenia wstrzykują niektórzy środek znieczulający po raz drugi. Przyczyną zawodów bywają często błędy w technice. Im kto więcej wykonał znieczuleń, tem wyniki ma coraz lepsze. Rozczyn środka znieczulającego powinien być świeży. Unikać znieczulenia należy u osób nerwowych, cierpiących na ból głowy, alkoholików i małych dzieci. Celem wzmożenia działania, a zmniejszania trujących własności kokainy i jej przetworów polecono dodawać do jej roztworu przetwory nadnercza. Nie wywierają one jednak żadnego korzystnego działania, a według wielu nawet wprost szkodzą. Do znieczulenia używa się: kokainy, eukainy β, nirwaniny, alypiny, stowainy i tropakokainy i t. p. Tropakokaina jest zdaje się najlepszą i najmniej trującą. Znieczulenia istniejącego nie można już usunąć, dlatego też nie nadaje się ono do badań n. p. cystoskopii i t. p. i tu chloroform ma pierwszeństwo, bo można każdej chwili uśpienie przerwać.

W medycynie wewnętrznej znieczulenie lędźwiowe nie znalazło zastosowania; położnicy i ginekologowie stosują je niechętnie, chyba łącznie z zamroczeniem skopolaminowo-morfinowem. Uboczne działania znieczulenia objawiają się pod postacią t. zw. meningizmu, t. j. bolami głowy, karku, krzyżów i t. p. Przeciw nim stosuje się ze skutkiem środki przeczyszczające, ponowne nakłucie, leki przeciw nerwobolom i worek z lodem. Ból głowy występuje często w towarzystwie wymiotów, zwłaszcza wtedy, jeżeli wypuszczono naraz szybko sporo płynu mózgowo-rdzeniowego. Bole w krzyżach pochodzą czasem od zranienia okostnej. Nieco rzadziej po znieczuleniu występuje podniecenie umysłowe, albo bezsenność. Ciepłota podnosi się często po znieczuleniu w 4—6 godzin do 38°, nawet 39; gorączka taka trwa 20 godzin, rzadziej dłużej. Znieczulenie lędźwiowe przy operacyach brzusznych nie chroni od następowych powikłań płucnych.

Na nerwy ruchowe działa znieczulenie także, a zwłaszcza znieczulenie stowainą. Działanie to objawiać się może chwilowem lub też trwającem dłużej porażeniem pewnych grup mięśni, zwłaszcza ocznych, oddechów, kończyn dolnych (szczególnie mięśni strzałkowych). Porażenie mięśni ocznych trwa zwykle dłużej i ustępuje nieraz dopiero w 3—6 tygodni. Porażenia wystąpić mogą nawet i wtedy, gdy nie powiodło się wywołać znieczulenia. Według ogłoszonych przypadków śmiertelności przy znieczuleniu = 1: 200. Pamiętać jednak należy o tem, że znieczulenia lędźwiowego używa się właśnie tam najczęściej, gdzie już uśpienia użyć nie można. Obecnie operują już w znieczuleniu lędźwiowem bardzo wysoko, bo na rękach, szyi i szczęce dolnej (Chaput, Kader i inni). Na razie stosowanie znieczulenia lędźwiowego ograniczyć należy do szpitali i klinik. *Klęsk.*

Heile. **O nowych drogach wzmożenia i przyspieszania naturalnych zdolności leczniczych ustroju.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 26). Autor celem wzmożenia i przyspieszania naturalnych zdolności leczniczych n. p. w sprawach zakaźnych radzi łączyć ze sobą podane już zosobna sposoby: wstrzykiwanie kwasu nukleinowego celem wzmożenia ilości ciałek białych, przekrwienie i naświetlanie promieniami Röntgena. W ten sposób próbuje H. leczyć różę, gruźlicę stawów, zakaźne choroby skóry i nie nadające się do operacyi nowotwory. *Klęsk.*

Prof. Schmidt. **O miesieniu zapomocą rytmicznego ucisku podług prof. Cederschiölda i o zastosowaniu tegoż do następowego leczenia po operacyach śródbrzusznych.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 25). Obecne metody miesienia, jak smarowanie, tarcie, gniecenie i pukanie działają albo zbyt powierzchownie, albo znów wprost szkodliwie, gdy się je stosuje za mocno. Sposób miesienia, podany przez prof. Cederschiölda, polega na miarowym ucisku ręką aż do wywołania niedokrwienia z następowem nagłem usunięciem ręki. Ucisk ten zwolna posuwa się dośrodkowo. W ten sposób miesił autor po kontuzyach, złamaniach i t p. z bardzo dobrym wynikiem. Stosował też to miesienie z dobrym wynikiem przy chorobie Basedowa (nerw współczulny), a dalej poleca je jako leczenie następowe po operacyach śródbrzusznych celem zapobieżenia zrostom, zwłaszcza po operacyach wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego, przydatków macicy i t. p. *Klęsk.*

Bendersky. **O miesieniu podwodnem.** (*Wiener med. Presse* 1907, Nr 20). W ciepłej kąpieli wiotczeją wszystkie tkanki wskutek obniżenia się ciśnienia śródtkankowego, a objaw ten doskonale daje się zużytkować przy badaniu jamy brzusznej u osób wrażliwych i w przypadkach bolesności, gdzie zwykłe badanie jest bardzo utrudnione. Opierając się na tych spostrzeżeniach, stosuje B. od szeregu lat miesienie pod warstwą ciepłej wody przy chorobach, połączonych z bolem, w celu ułatwienia wessania wysięków, rozluźnienia zrostów pozapalnych, szczególnie jamy brzusznej. Sposób ten nadaje się szczególnie u dzieci. Stosując miesienie podwodne przy zrostach pozapalnych okołomacicznych, około wyrostka robakkowatego i wątroby, przy kurczowem zaparciu stolca i biegunkach, przy cierpieniach gośćcowych, nerwobolach i swędzeniu nerwowem, zauważył B. doskonałe wyniki nawet w tych przypadkach, w których inny sposób leczenia nie odnosił skutku lub zastosować się nie dawał. *Kasprzyk* (Berlin).

Stieda. **Uwagi o pochodzeniu zniekształtnień z obciążenia i pokrewnych zmian stawów.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* Bd. 85). Przy zniekształtnieniach kośćca, zwłaszcza w późniejszym okresie życia występujących, można stwierdzić niezawodny związek ich z ogólnemi chorobami, przedewszystkiem układu tkanek limfatycznych. Niekiedy znów zauważa się niedokrwistość, sinicę kończyn, wzmożone odruchy, przerost gruczołu tarczowego, pewne wygięcia palców na górnych kończynach, zmiany Madelunga w stawach. Za przyczynę zmian w kośćcu należy wtedy przyjąć pewną miękkość kości, wywołaną zaburzeniem wymiany materyi. Schorzeniom tym towarzyszą również często przewlekłe zmiany stawów, występujące u młodych osób, jak zniekształtniające młodzieńcze zapalenie stawu biodrowego (*Coxitis deformans iuvenilis*), według St. identyczne z biodrem szpotawem (*coxa vara*), zmiany w stawie łokciowym, wyrośle kostne (jako objaw zaburzeń we wzroście). *Kasprzyk* (Berlin).

Węsłowski. **O leczeniu zesztywnień stawów przy pomocy przeszczepień chrząstki.** (*Zentralbl f. Chir.* 1907, Nr 17). Usiłowania, zmierzające do uzyskania ruchomych stawów drogą operacyjną, nie dały dotąd pożądanych wyników mimo najrozmaitszych sposobów, jak wsuwania między powierzchnie stawowe części miękkich, ciał obcych, wreszcie przeszczepiania okostnej, gdyż wszystkie te zabiegi nie stwarzają w stawie fizyologicznych stosunków, od których ruchy stawu zależą, t. j. nie uzyskuje się pokrycia chrząstkowego powierzchni stawowych. Doświadczenia W. i innych dowodzą, że przeszczepiane wolne kawałki chrząstki wraz z ochrzęstną utrzymują się nawet po latach bardzo dobrze. W jednym przypadku zesztywnienia stawu łokciowego, gdzie żadnym sposobem nie można było utrzymać ruchomości stawu, przeszczepił W. chrząstki z 6. i 7. żebra, po odpowiedniem przykrojeniu zniekształtnionych kości stawu i uzyskał doskonały wynik co do ruchomości. Badania makro- i mikroskopowe w drugim przypadku, w którym chory zmarł w 5 tygodni po zabiegu na zapalenie płuc, stwierdziły zupełnie prawidłowy zrost ochrzęstnej przeszczepionej chrząstki z kością, wygładzenie się odpowiadających sobie powierzchni stawu i zupełną żywotność tych części. Wyniki te tak pod względem czynnościowym, jak anatomicznym dostatecznie zachęcają do tego, by zabieg ten stosować w granicach jak najszerszych przy wszelkich zesztywnieniach. *Kasprzyk* (Berlin).

Bülow-Hansen. **O leczeniu zwichnięć wrodzonych stawu biodrowego.** (*Wiener med. Presse* 1907, Nr 20). Powszechnie prawie obecnie stosowany sposób bezkrwawy Paci-Lorenza wywołał według najnowszej statystyki znaczny przyrost dobrych wyników co do korzystnego ułożenia, bo około 85 prc. Różnica wyleczeń przed i po 5. roku życia wynosi mniej więcej 19 prc. Do zabiegu należy przystępować jak najwcześniej, gdyż przez to czas leczenia niepomiernie się skraca, odprowadzenie jest łatwiejsze, niebezpieczeństwo różnych powikłań mniejsze, odpowiednie części nie są zwykle jeszcze bardzo zniekształtnione, a nawet w przypadkach, gdzie to już nastąpiło, przecież przez wczesny zabieg kości przystosowują się z czasem i ulegają zmianom korzystnym w kierunku fizyologicznym. Z małymi wyjątkami za najwyższą granicę dla operacyi zwichnięć obustronnych uważa B. wiek 7—8 lat, dla jednostronnych 15 lat. Bez zabiegów przygotowawczych, dokonywa B. odprowadzenia jednym ze sposobów Lorenza przez górny, tylny lub dolny brzeg panewki, w sposób łagodny. przy zwichnięciach obustronnych zwykle obie nóżki odprowadza na jednem posiedzeniu. Wtórnemu zwichnięciu najlepiej się zapobiega, układając kończynę w gipsie w silnem odwiedzeniu (abdukcyi), nawet ponad 90°, nadmiernem wyprostowaniu i supinacyi; jedynie w starych przypadkach zmniejsza odwiedzenie, gdyż wśród długiego leczenia powstają łatwo przykurczenia mięśni i pochewki. Opatrunek 3-miesięczny uważa za wystarczający, zalecając wbrew zapatrywaniu Naratha chodzenie jako najlepszy środek przeciw zanikowi mięśni; wkutek używania kończyn wytwarzają się nadto odpowiednie zmiany w stawie w kierunku stosunków prawidłowych. Doleczanie powinno zmierzać do przywrócenia prawidłowego skręcenia na wewnątrz i pronacyi, gdyż odwiedzenie jest zawisłe od pronacyi i z czasem ustępuje samo przez się, o ile pronacya jest prawidłowa. Nawet w starych przypadkach udaje się uzyskać przy tem postępowaniu dobry wynik. W końcu zaleca B. lekkie ruchy przywodzące i prostujące do płaszczyzny czołowej w ułożeniu na brzuch lub zdrowy bok i miesienie, wszelkie natomiast maszyny uważa za szkodliwe. Przy grożącem zwichnięciu powtórnem należy raczej założyć gips powtórnie. Utrzymujące się skręcenie na zewnątrz jest wywołane według Badego, jedynie przykurczeniem mięśnia pośladkowego wielkiego, wydłużeniem się mm. skręcających na zewnątrz, zmianami w torebce i wytworzeniem się mimośrodkowej panewki. Jedynie w rzadkich, trudnych przypadkach może wchodzić w rachubę zabieg krwawy Schedego. Wyleczenie nastąpiło, gdy: główka leży w panewce naprzeciw płaszczyzny chrząstki Y, kończyny są jednakowo długie i staw ma pełną sprawność. Przy odprowadzeniach mimośrodkowych i przełożeniach, poza lekkiem skróceniem i nieznacznem kłuciem po zmęczeniu, chód powinien być pewny bez chromania. *Kasprzyk* (Berlin).

Voigt. **Linia Roser-Nelatona.** Saxl. **Stosunek krętarza do linii Roser-Nelatona.** (*Zeitschr. f. orthop. Chir.* Bd. 16 i 17). V. z badań na żywych i zwłokach wysnuwa wniosek, że do najpewniejszego oznaczenia linii R.-N. najlepsze jest ułożenie w zgięciu tak, by oś uda padała prostopadle do tej linii, podobnie jak to podał Roser. I tutaj jednak zachodzą różnice w granicach 1 cm. Również S. na podstawie 52 przypadków oświadcza się za tem ułożeniem, występując stanowczo przeciw innym sposobom, jak: zginaniu zupełnem uda pod kątem prostym, przywodzeniu, odwodzeniu, lub jakiemkolwiek skręcaniu. *Kasprzyk* (Berlin).

Chlumský. **O wynikach czynnościowych przy leczeniu gruźlicy stawów i kości.** (*Zeitschr. f. orthop. Chir.* Bd. 17).

Autor powołując się na kilka swych przypadków, radzi nie stosować zbyt często opatrunków gipsowych. Również ustalanie nazbyt długo wpływa niekorzystnie na późniejszą czynność. Korzystniej jest zastąpić ten sposób leczenia przez wyciąganie i odpowiednie przyrządy o ruchomych stawach, zwracając atoli przy każdym sposobie leczenia szczególną uwagę na dyetę, kąpiele i świeże, zdrowe powietrze. *Kasprzyk* (Berlin).

Węgłowski. **Leczenie zrostu stawowego kości zapomocą przeszczepienia płytki chrząstkowej.** (*Zentralbl. f. Chir.* 1907. Nr 17). W. w przypadku zrostu kości w stawie łokciowym po innej bezskutecznej próbie otrzymał dobry wynik przez wszczepienie w szparę, wyciętą w kości łokciowej, z kawałków chrząstek (z ochrzęstną) z 6. i 7. żebra. Chory po 5 tygodniach zmarł na zapalenie płuc i opłucnej; przy sekcyi stwierdzono zupełne przyjęcie się wszczepionych chrząstek. *Klęsk.*

Hagedorn. **Przeszczepianie chrząstki.** (*Inaug. Diss* 1907, *Allg. med. Zentral-Ztg.* Nr 14). Przyjęcie się przeszczepionej chrząstki zależy od zachowania ochrzęstnej. Chrząstka przeszczepiona z ochrzęstną przyjmuje się i długi czas nie ulega wessaniu. Chrząstka też ochrzęstnej ulega wessaniu, a na jej miejscu powstaje tkanka łączna. Przy podarciu ochrzęstnej przy przeszczepieniu chrząstka częściowo ulega wessaniu, częściowo zaś z kawałków ochrzęstnej tworzy się nowa. *Klęsk.*

Hofmann. **Przełożenie najdłuższego mięśnia uda (m. krawieckiego) celem ustalenia stawu kolanowego po resekcyi.** (*Zentralbl. f. Chir.* 1907, Nr 15). Podawane najróżnorodniejsze sposoby resekcyi stawu kolanowego mają za główne zadanie uniknąć następowego wygięcia ku tyłowi. Często zauważano w tych przypadkach zwichnięcie m. dwugłowego ku przodowi, którą to naturalną wskazówkę zużytkował Heusner, polecając przełożenie zginaczy na przednią stronę goleni. By zaś zapobiedz przesunięciu się kości na bok, przeszczepiał H. mięśnie z obydwóch stron. Przy tym jednak zabiegu cała prawie okolica stawu ulega naruszeniu, to też H. poleca przemieszczać m. krawiecki, wszczepiając go w mięsień czworogłowy. Cięciem podłużnem mniej więcej od połowy uda wzdłuż m. krawieckiego wyosabnia H. z otoczenia ten mięsień, poczem prowadzi drugie cięcie prostopadle do pierwszego od kłykcia wewn. przez guzowatość kości piszczelowej łukowato na zewnątrz. Po odcięciu powierzchni stawowych i oddzieleniu częściowem przyczepu mięśnia, mianowicie włókien, biegnących ku dołowi po stronie wewnętrznej, przesuwa go na zewnątrz stawu, a brzusiec jego przymocowywa kilku szwami do mięśnia czworogłowego. Doskonały wynik przy łatwem i prostem wykonaniu, tworzą zaletę tego postępowania. Można je również stosować z doskonałym wynikiem przy porażeniach mięśnia czworogłowego, albowiem tak przebieg, jak i sposób przyczepu m. krawieckiego daje się doskonale wyzyskać przy zamianie tego mięśnia na mięsień prostujący, co zresztą jest zupełnie zrozumiałe, gdy się zważy, że mięsień ten w rozwoju filogenetycznym jest pierwotnie — u ssaków — mięśniem prostującym. *Kasprzyk* (Berlin).

Położnictwo i ginekologia.

I. Veit. **Wyjęcie brzuszne macicy rakiem dotkniętej.** (*Berl. klin. Woch.* Nr 25, 1907). Sposobem Freund-Wertheima operował V. w znieczuleniu lędźwiowem 20 kobiet z powodu daleko posuniętego raka macicy. Wszystkie operowane wyzdrowiały. V. operuje z zasady wszystkie przypadki, z wyjątkiem tych, w których rak przeszedł już na pęcherz moczowy, wytwarzając przetokę pęcherzowo-pochwową, lub zajął całą odbytnicę. Zabieg wykonywa V. doszczętnie, wycinając nietylko macicę, jajniki, jajowody i gruczoły pozaotrzewne, ale także, jeśli konieczne, całą pochwę. V. kończy swe wywody zdaniem, że operacya powyższa, którą w krótkości nazywa operacyą Freunda, jest obecnie nietylko usprawiedliwiona, ale rzeczywiście ratuje życie. Tegoż zdania jest Olshausen, co oświadczył on na ostatnim zjeździe niem. Towarzystwa ginekologicznego. *Engländer.*

Artur Meyer. **O kwasach żółciowych w mleku matki.** (*Berl. kl. Woch.* Nr 27, 1907). M. spostrzegał następujący przypadek: W kilka tygodni po porodzie dostaje matka nagle ostrego nieżytu jelit, połączonego z żółtaczką. W pierwszych kilku dniach żółtaczka się zwiększa, równocześnie dziecko dotychczas zdrowe, karmione piersią matki, zaczyna coraz częściej wymiotować. Wobec tego dziecko odstawiono. W moczu barwiki i kwasy żółciowe. W mleku, które ma cokolwiek zabarwienia żółtaczkowego, szczególnie po odstaniu, nie mógł M. żadnymi dotąd znanymi sposobami chemicznymi (Rosin, Gmelin, Salkowski) wykryć barwików żółciowych, natomiast badanie zapomocą odpowiedniego sposobu, który M. obszernie opisuje, wykryło w pierwszych dniach żółtaczki w mleku matki kwasy: taurocholowy i glikocholowy. Po kilku dniach kwasy żółciowe z mleka zniknęły. Wtedy przystawiono dziecko do piersi, co mu szkody nie przyniosło. Istnienie kwasów żółciowych w mleku matki, mającej żółtaczkę, należy uważać za pewnik. W pierwszych dniach żółtaczki lepiej dziecko od piersi odstawić. *Engländer.*

I. Fischer. **Poronienie a uraz.** (*Wien. med. Presse,* Nr 27, 1907). W obecnych czasach ogólnego ubezpieczenia w towarzystwach asekuracyjnych niejednokrotnie potrzeba wydać orzeczenie, czy poronienie, które nastąpiło w jakiś czas po urazie, stoi w ścisłym związku z tym urazem. Gdy się przypuszcza, że poronienie nastąpiło skutkiem urazu, radzi F. przedewszystkiem w wywiadach zwrócić baczną uwagę na czas i jakość urazu, bóle porodowe, krwawienie, odejście wód płodowych i płodu, poprzednie porody i poronienia, przebyte choroby ogólne i kobiece. Należy szukać śladów urazu, jeśli ten niedawno się zdarzył, badać makroskopowo (zniekształtnienia) i mikroskopowo płód, przy kile poszukiwać krętka bladego, szukać zarówno makroskopowych zmian w pępowinie (uciśnięcie, okręcenie, zwężenie naczyń), w łożysku i błonach płodowych (krwiak, zmiażdżenie, zorganizowane skrzepy), jak i zmian mikroskopowych (brak naczyń kosmkowych, brak komórek Langhausa, brak lub niezupełne wykształcenie doczesnej podstawnej). Przy badaniu wewnętrznem uwzględnić: wielkość, kształt, zbitość i położenie macicy, szerokość ujścia zewnętrznego i wewnętrznego, jakoteż szyjki, stan otoczenia macicy (przydatki i przymacicze). W końcu nie pominąć zbadania całego ustroju chorej z uwzględnieniem stanu serca i nerek, szukać objawów świeżej i przebytej kiły. Dla objaśnienia przytacza F. dwa przypadki, w których wydał orzeczenie co do bezpośredniego związku między urazem, a poronieniem. *Engänder.*

E. Niessner. **Nowy sposób operacyjny odbytu sromowego** (*anus vulvovestibularis*). (*Wien. klin. Woch.* Nr 27, 1907). Rozpatrzywszy dawne sposoby, podane przez Dieffenbacha i Rizziego, jakoteż nowszy sposób Dieffenbacha, opisuje N. swój sposób, którym operował 6-miesięczne dziecko. Operacya trwała 20 minut. Sposób N. jest następujący: Cięcie skórne od kości ogonowej do odbytu sromowego i dookoła niego. Odpreparowuje się na tępo odbytnicę od poprzecznego mięśnia krocza i unosiciela odbytu powięzi głębokiej krocza, oddziela się nożyczkami odbytnicę od pochwy i odpreparowuje powyżej wzdłuż przegrody pochwowo-odbytniczej. Zapomocą kleszczyków, przechodzących przez szczelinę zewnętrznego zwieracza odbytu, chwyta się kiszkę stolcową, ściąga ją i przyszywa kilkoma szwami do skóry. Wiązki mięśnia, ciągnące do pochwy, zeszywa się również zapomocą kilku szwów ze skórą i z przegrodą. Następnie zeszywa się skórę i wytwarza krocze. Otwór w pochwie sam zarasta. Aby kał przy operacyi nie zanieczyszczał pola operacyjnego, można otwór odbytnicy zaszyć, a po ukończeniu operacyi szwy usunąć. Sposób ten jest podobny do podanego przez Becka i Bardenheuera przy spodziectwie. Swemu sposobowi przypisuje N. znaczne korzyści; mianowicie: pewne usunięcie przetoki między pochwą a odbytnicą i pewną sprawność odbytu. *Engländer.*

W sprawie Rad Zdrowia.

Dotychczasowe urządzenia sanitarne w Austryi obejmują jako ważny organ publiczny »Rady zdrowia« i »Komisye sanitarne«, t. j. grona doradcze przy władzach sanitarnych różnych instancyi.

Przy ministerstwie spraw wewnętrznych w Wiedniu działa Najwyższa Rada zdrowia, przy namiestnictwach Rady zdrowia krajowe, większe miasta posiadają swe komisye sanitarne miejskie, a na prowincyi istnieją lub według ustawy istnieć powinny komisye sanitarne powiatowe. Z biegiem lat, ze wzrostem agend sanitarnych, wyłoniła się potrzeba pewnych reform w instytucyi Rad zdrowia i komisyi sanitarnych, pewnego dostosowania ich ustroju, składu i działalności do zmienionych warunków. Gdy na wszystkich polach życia publicznego w ciągu ery konstytucyjnej zaszły daleko nieraz sięgające zmiany i ulepszenia, to w zakresie tego działu urządzeń sanitarnych, traktowanych rzec można, zawsze po macoszemu, przez lat kilkadziesiąt niczego nie tknięto.

Dotychczas Rady zdrowia: Najwyższe i Krajowe, składały się ze szczupłej liczby członków, mianowanych prawie wyłącznie z ograniczonego koła i z pośród osób, zamieszkałych w siedzibie Rady. Odnosi się to zarówno do Najwyższej Rady Zdrowia w Wiedniu, jak i do Rad zdrowia krajowych, w szczególności we Lwowie. Rozrost spraw sanitarnych wymagałby jednak już

od dłuższego czasu pomnożenia liczby zwyczajnych członków Rad zdrowia i powoływania do nich liczniejszych przedstawicieli z poza miejsca siedziby Rady; należałoby się też w Radach tych więcej, niż dotychczas, miejsc tym, którzy niedostatki sanitarne z własnego praktycznego doświadczenia znają dokładnie i którym znajomość stosunków miejscowych dyktowałaby najwłaściwsze środki zaradcze. Przedewszystkiem pokrzywdzone są odleglejsze prowincye Austryi przez to, iż nie mają swych w Najwyższej Radzie zdrowia przedstawicieli, chociaż szczególne ich stosunki sanitarne nie dają się odpowiednio uregulować starym systemem centralistycznym z za zielonego stolika; a wśród tych prowincyi najbardziej zawsze była pokrzywdzoną i jest do dziś dnia Galicya, z której dopiero w r. z. po raz pierwszy powołano do Najwyższej Rady zdrowia ś. p. Jordana, chociaż kraj nasz, stanowiąc siódmą część Przedlitawii, odznaczając się większą odrębnością stosunków, niż którakolwiek inna część Austryi i tworząc przedmurze, chroniące państwo od inwazyi wszelakich epidemii, powinienby mieć w Najwyższej Radzie zdrowia (liczącej obecnie 15 zwyczajnych i 9 nadzwyczajnych członków), teraz przynajmniej 4 przedstawicieli.

Sprawy te poruszaliśmy mimochodem przy różnych sposobnościach w »Przeglądzie lekarskim«. Obecnie zdołały one obudzić szersze zajęcie; w szczególności sprawa mianowania członka Najwyższej Rady zdrowia na miejsce, wakujące po śmierci ś. p. prof. Jordana, oparła się o parlamentarne Koło polskie w Wiedniu i dostała się na łamy prasy codziennej.

Do Koła polskiego zwróciła się Izba lekarska wschodniogalicyjska za pośrednictwem posła dra Golda, żądając słusznie, aby opróżnione miejsce oddano do końca kadencyi, t. j. na r. 1908/9 — lekarzowi Polakowi. Nadto żąda Izba, by na dalsze kadencye powoływano do Najwyższej Rady zdrowia przynajmniej po jednym członku z obu Wydziałów lekarskich i z obu Izb lekarskich galicyjskich. (Głos lek.« Nr 15). Z dzienników obszerniej zajął się tą sprawą naprzód krakowski »Czas« (Nr 174 z 1. VIII.), potem poseł dr Gold w wiedeńskiej »Polnische Post« i »Słowo polskie« (Nr 365 z 8. VIII.), wywodząc słusznie, że teraz szczególnie, gdy Najwyższa Rada zdrowia zająć się ma sprawami pierwszorzędnej zwłaszcza dla kraju naszego wagi, powinien być do niej powołany doświadczony pracownik który niedostatki sanitarne Galicyi z własnego doświadczenia zna dokładnie i że powinno się położyć koniec systematycznemu pomijaniu lekarzy-Polaków. Przy tej sposobności poruszył »Czas« potrzebę powoływania przedstawicieli Galicyi zachodniej do krajowej Rady zdrowia we Lwowie, uzupełnianej dotąd zawsze prawie wyłącznie z grona lekarzy stołecznych.

Żądania te zgadzają się najzupełniej ze stanowiskiem, zajętem przez »Przegląd lekarski«. Wszelako dotyczą one głównie jednej tylko części sprawy, tej mianowicie, która musi załatwiona doraźnie, a zasadniczą jej stronę poruszają po części tylko mimochodem.

A jednak już teraz należy starać się o to, by ta zasadnicza strona sprawy, t. j. należyte przedstawicielstwo interesów sanitarnych miejscowych i pozyskanie członków, wnoszących praktyczne doświadczenie sanitarne, została w Radach zdrowia, ile możności jak najrychlej uregulowana. W dzisiejszych warunkach należy się Galicyi, mającej szczególne i wyjątkowe znaczenie w stosunkach sanitarnych całego państwa austryackiego, przedstawicielstwo nawet stosunkowo liczniejsze, niż innym kresowym prowincyom. Oprócz zaś interesów zawodowo-lekarskich, przedstawianych przez Izby lekarskie i oprócz naukowej powagi Wydziałów lekarskich powinno być osobno w składzie Rady zdrowia uwzględnione doświadczenie, zebrane praktycznie na miejscu w kraju naszym. W obecnych więc warunkach pragnąć należy, by z Galicyi zasiadało w Najwyższej Radzie zdrowia przynajmniej 5 do 6 członków, a gdyby to przy obecnie ustanowionej liczbie członków Rady miało natrafiać na trudności, należałoby liczbę jej członków stosownie na stałe wogóle pomnożyć. Zresztą jest to rzecz konieczna, jeżeli do Rady bez uszczerbku dla wyrobionych już jej starszych kadrów dostawać się mają w należytem tempie nowe siły, które trzeba dla przyszłości wyrobić i które znów ze swej strony wnoszą ożywcze nowe prądy. Przy obecnym szczupłym składzie Rady prawidłowa jej odnowa natrafia na trudności, czego dowodem jest nawet najświeższe, zeszłoroczne jej ukonstytuowanie. Przy zmianie liczby członków przyszłaby pod rozwagę i zmiana ustroju, uwzględnienie przynajmniej częściowe zasady istotnego »przedstawicielstwa« przez wysłanników (z wyboru) Izb lekarskich, Wydziałów lek. i t. d.

»Mutatis mutandis« odnosi się to i do Rad zdrowia krajowych, w których obecnie liczba członków również może wymagałaby pomnożenia, w których stanowisko przedstawicieli Izb lekarskich nie jest ściśle określone i niesłusznie jakby drugorzędne, a których stosunek do autonomicznych władz krajowych wymagałby w Galicyi w interesie kraju uregulowania i rozszerzenia, o czem obszerniej już pisaliśmy w »Przeglądzie« przy innych sposobnościach.

Potrzebę reformy odczuwa się jednak nietylko co do Rad zdrowia, Najwyższej i Krajowej, ale — w naszym kraju — i co do komisyi sanitarnych w miastach i na powiatach.

Miejskie komisye sanitarne w naszym kraju, złożone z radców miejskich, uzupełniane są stosunkowo bardzo nielicznymi członkami z poza Rady miejskiej. Skład komisyi, jako organu sanitarnego, jest przez to niejako przypadkowy i zdarzyć się może, zależnie od wyniku wyborów do Rady miasta, że nie wypadnie tak odpowiedni celowi, jakby pragnąć należało. Instytucye, któreby mogły przez swych wysłanników wielki komisyom tym przynieść pożytek (Wydziały lekarskie, Towarzystwa lekarskie), miewają obecnie w nich również niejako przypadkowych przedstawicieli. Przewodnictwo tych komisyi spoczywa w ręku członków prezydyum Rady miejskiej i działalność komisyi zależeć przez to musi w stopniu niemałym od tego, jaki interes i zrozumienie prezydyum to dla spraw sanitarnych przypadkowo objawia. Że ten interes nie zawsze bywa u nie-lekarzy dostatecznie żywy, a zrozumienie nie zawsze dostatecznie głębokie, dowodzi choćby fakt, iż jedna z komisyi miejskich przed paru laty wcale lub bardzo rzadko była zwoływana na posiedzenia (ob. »Sprawozdanie Rady zdrowia« za r. 1901/3).

Powiatowe komisye sanitarne w naszym kraju są przeważnie nieczynne. Czy przyczyną tego nie jest w znacznym stopniu także i ich ustrój i skład, trudno napewno powiedzieć właśnie wobec tego, że tylko niewiele z nich pracuje; jest to jednak bardzo prawdopodobne.

Komisye sanitarne trzebaby u nas koniecznie pobudzić do życia i działalności i zapewnić im skład jak najkorzystniejszy dla postępu spraw sanitarnych. Z jednej przeto strony należałoby wprowadzić do nich w miastach większą liczbę członków dobranych z grona zawodowców, lekarzy, higienistów, techników — z poza Rad miejskich, z drugiej rozważyć przy tem znowu sprawę przedstawicielstwa różnych instytucyi zawodowych. Nasuwa się przytem myśl, że większą gwarancyę ruchliwości dawałyby komisye sanitarne, gdyby przewodnictwo ich było zawsze oddane niejako z urzędu w ręce tych, kto sprawy zdrowia wziął sobie za cel życia, — w ręce lekarzy. Nie wszystkie te zmiany w Radach zdrowia i komisyach sanitarnych dadzą się wykonać w ramach dzisiejszych ustaw. Już samo pomnożenie liczby członków, sposób ich powoływania, ustrój gron doradczych, wymagać będą zmiany ustawy i rozmaitych obowiązujących dziś regulaminów. Tem więcej zaś byłoby to nieuniknione, gdyby przy tej sposobności uledz miał zmianie także i zakres działania tych gron, gdyby przyznano im większą autonomię, jako krok pierwszy do koniecznego w przyszłości pewnego usamodzielnienia wszelkich władz sanitarnych, które musi siłą rzeczy nastąpić prędzej, czy później. Reforma doradczych gron sanitarnych, przygotowująca teren do dalszej akcyi, wymaga ze względu na ewentualne zmiany ustaw, wczesnego przygotowania, aby Rady zdrowia już w następnej kadencyi miały zapewniony ustrój i skład należyty. *C.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 9. kwietnia 1907 r.

1) Karwacki wykładał **O płytkach krwi w stanach prawidłowych i patologicznych.** Po streszczeniu poglądów na pochodzenie płytek uwydatnił prelegent na preparatach mikroskopowych związek płytek z erytrocytami. Płytka, to relikwat chromatynowy krwinek czerwowych, wydalony nazewnątrz. Opisując szczegółowo morfologię płytek zaznaczył prelegent różnice pomiędzy płytkami w stanach prawidłowych i przy cierpieniach krwi. Opierając się na danych morfologicznych i czynnościowych płytek wskazał prelegent, jakie dane może osiągnąć lekarz-praktyk przy badaniu krwi co do płytek i pod względem rozpoznawczym i pod względem patogenetycznym.

W dyskusyi — Starkiewicz przytacza niedawne prace Helbera nad płytkami krwi. Autor ów do obliczania płytek uży-

wał metody, która wydaje się dokładniejszą od metody obliczania ilości płytek w stosunku ich do ilości czerwonych krwinek: rozcieńczał mianowicie krew roztworem 10 prc. metafosforanu sodu, konserwującym płytki, i liczył je w komorze Thoma-Zeissa o głębokości niższej, niż zwykła, — 0,02 mm. Dla wszelkich badań nad płytkami krwi wielkie znaczenie ma pytanie, co należy za płytki uznawać. Helber wymaga od płytek: określonych wymiarów (od $^1/_3$—$^1/_2$ wielkości ciałka czerwonego), prawidłowej formy — okrągławej lub owalnej, zupełnej bezbarwności, obecności jąder, najczęściej na obwodzie umieszczonych. Ciałek, zabarwionych hemoglobiną, oraz tworów bardzo podobnych do płytek, powstających z ciałek czerwonych przy krzepnieniu krwi, Helber za płytki nie uznaje. Ilość płytek we krwi ludzkiej wynosi, podług obliczeń Helbera, od 200 do 250 tysięcy w 1 mm. sz. Tak wysokich liczb, jakie podaje Prus (500,000) żaden inny autor u ludzi zdrowych nie spostrzegał. W stanach patologicznych Helber spostrzegał pewną równoległość wahań ilości płytek do ilości białych ciałek: zwiększenie jej w razie leukocytozy, zmniejszenie — w razie leukopenii (w durze brzusznym). Sprawy pochodzenia płytek trudno przesądzać na zasadzie li tylko preparatów krwi ludzi dorosłych. Dla oświetlenia tej kwestyi pożądane są badania krwi zarodkowej w różnych okresach życia zarodkowego. Badania Helbera na zwierzętach doprowadziły go do porzucenia pierwotnego przypuszczenia o pochodzeniu płytek od białych ciałek krwi.

2) Lorentowicz wykładał **O zagnieżdżaniu się jaja ludzkiego w błonie śluzowej jajowodu i histopatologii wczesnych okresów ciąży jajowodowej w świetle ostatnich badań. Przyczynek do etyologii ciąży jajowodowej.** Dzięki badaniom h. Spee, Petersa i innych upadła do niedawna jeszcze obowiązująca w embryologii teorya przyczepiania się jaja płodowego do błony śluzowej macicy, a powstała inna t. zw. teorya pogrążania, podług której jajo z chwilą zatrzymania się na jakiemkolwiek miejscu śluzówki macicy przewierca przy pomocy wyrostków protoplazmatycznych nabłonek i tkankę śluzówki i sadowi się w jej wnętrzu, nie wypuklając się najmniejszym odcinkiem ponad jej powierzchnią; w jajowodzie jaje oprócz śluzówki przewierca i tkankę mięsną i zagnieżdża się pomiędzy jej włóknami. W cieśni jego rośnie na zewnątrz i prowadzi do pęknięcia jajowodu, w bańce worek płodowy wpukla się do światła i po pęknięciu prowadzi do poronienia jajowodowego. Czy istnieje odczyn doczesnowy w tkankach jajowodu ciężarnego, zdania są podzielone. Przyczyną pęknięcia jajowodu ciężarnego, jak i poronienia płodowego jest oprócz biernego rozciągania worka płodowego, spowodowanego wzrostem jaja, przegryzanie ścian naczyń przez komórki płodowe. Co się tyczy etyologii, to najprawdopodobniejszą przyczyną są przeszkody mechaniczne, powstałe na tle zapalnem, a w pierwszym rzędzie zrosty fałdów i tworzenie się ślepych tuneli, tudzież wrastanie cewkowego nabłonka jajowodowego w głąb mięśniówki i formowanie ślepych kanałów. Jajo wpada bądź w tunel fałdowy, bądź w śródmięśniowy przewód nabłonkowy i tam rozwijać się nie może i musi obumrzeć. Zbadanie drobnowidowe 10 przypadków ciąży jajowodowej pozwoliło prelegentowi stwierdzić obecność zarówno rozległych zrostów fałdów, jak i tworzenie się dodatkowych ślepych przewodów śródmięśniowych we wszystkich przypadkach, co doprowadza go do wniosku, że one były najprawdopodobniejszą przyczyną ciąży jajowodowej.

W dyskusyi — J. Jaworski zwraca uwagę, że oprócz przyczyn ciąży jajowodowej, wymienionych w odczycie, nastąpić może ciąża taka wprost przypadkowo, nawet bez zmian patologicznych w jajowodach. Jajo zapłodnione zatrzymane bywa w swej wędrówce wprost przez grudkę śluzu lub skrzep krwi, które znaleźć się mogą w jajowodzie po ostatniej menstruacyi. Następnie zwraca uwagę, że hypoteza o zatrzymaniu w trąbce na pewien czas jaja, już przed tem zapłodnionego, wskutek ruchów robaczkowych trąbek ma wiele cech prawdopodobieństwa. Zdaniem mówcy ruchy te szczególniej wtedy występować mogą, gdy z powodu nadmiernego pobudzenia płciowego podczas spółkowania pojawia się t. zw. *orgasmus*. Również pewne silniejsze afekty psychiczne zdolne są wywołać kurczowe zaciśnięcie trąbki i w ten sposób powstrzymać w wędrówce zapłodnione jajo płodowe

Dr. Ign. L.

Posiedzenie kliniczne z dnia 16. kwietnia 1907 r.

1) Bregman przedstawił przypadek **myastenii**. Chora 25-letnia, panna; przed 5 laty wymioty histeryczne trwające prawie rok. Po roku brak miesiączki, która wróciła dopiero przed paroma miesiącami. Od 2 lat osłabienie kończyn dolnych: chora nie może tłaczyć, ani długo chodzić. Czasami osłabienie wzmagało się. Ostatnie nasilenie od 3 miesięcy. Przed paroma tygodniami osłabły i kończyny górne, wkrótce potem wystąpiły objawy w zakresie nerwów mózgowych. Przy badaniu znajdujemy: W spokoju nieznaczne opadnięcie powiek. Przy dłuższem patrzeniu na jeden punkt powieki opadają zupełnie, prawa najpierw. Szybkie zmęczenie mięśni, poruszających gałki oczne w kierunkach bocznych. Drżenie gałek przy ruchach bocznych i w górę. Widzenie podwójne w kierunkach bocznych. Szybkie zmęczenie zbieżności, podwójne widzenie w linii środkowej. Po przybyciu do szpitala chora nie mogła gryść, nie jadła nic twardego. Ruchy szczęki ku górze i boczne ustają szybko. Mięśnie twarzy słabo unerwione, twarz wygładzona; ruchy ustają szybko. Szybkie zmęczenie mięśni oddechowych. Mówić długo nie mogła, głos jej zamierał. Porażeń kończyn nie ma, ale wszystkie mięśnie szybko się męczą. Faradyczny odczyn mięśni wyczerpuje się szybko. Znamienne dla myastenii są objawy następujące: a) siedziba: — powieki, m. gałek ocznych, żwacze, twarz, kończyny, b) szybkie zmęczenie mięśni, c) szybka ich restytucya, d) myasteniczny odczyn, e) przebieg z nasileniami i zwolnieniami. Kilkodniowy pobyt w szpitalu wywołał poprawę, jednakowoż wczoraj było znowu nasilenie z wybitnemi zaburzeniami mowy i osłabieniem lewej kończyny górnej. Stwierdzono wpływ zmęczenia jednych mięśni na szybkość zmęczenia innych: podwójne widzenie znacznie większe po zmęczeniu kończyn. Wpływu zmęczenia mięśni na odczyn faradyczny i odwrotnie nie stwierdzono. Dość rzadkiem jest powikłanie histeryą (wymioty, *hypasthesia dextra*, zmniejszone odruchy błon śluzowych na prawej stronie).

2) Bregman przedstawia przypadek **nowotworu móżdżku**. Chora 38-letnia od pół roku napady bolu głowy, od trzech miesięcy osłabienie wzroku, przed miesiącem ślepota (*amaurosis*), nieco później osłabienie słuchu. Zachorowała wkrótce po połogu, przed rokiem uległa silnemu przestrachowi. Badanie stwierdziło: ślepota prawie zupełna. Zanik nerwów wzrokowych. Bole głowy rozlane, bez wyraźnego usadowienia, niezbyt wielkie. Wymioty. Zawroty głowy. Bole w postaci palenia na lewej połowie twarzy i głowy, zębach z lewej strony. Bolesność przy opukiwaniu w lewej okolicy potylicznej. Otrętwiałość (*torpor*) psychiczna. Ogólne osłabienie. Często wstrząsanie całego ciała, raz napad padaczkowy. Znaczne osłabienie słuchu z obu stron. Lewa połowa twarzy w dolnej części słabiej unerwiona (wystąpiło w czasie pobytu szpitalnego). Czucie na lewej połowie twarzy i głowy zmniejszone (objaw ten staje się również coraz wyraźniejszy). Odruch lewej rogówki zniesiony, również ze spojówki, nosa (l. strony). Bezład móżdżkowy w niezbyt wielkim stopniu. Odruch kolanowy prawy zniesiony, lewy bardzo zmniejszony (po przybyciu lewy był zwiększony, prawy umiarkowany). Podeszwowe z początku prawidłowe, teraz skłonność do prostowania palucha. B. rozpoznaje nowotwór lewej półkuli móżdżku, uciskający na nerwy mózgowe na podstawie czaszki. Wczesne i silne objawy ogólno uciskowe, bolesność potylicy, bezład móżdżkowy, porażenie nerwów mózgowych (V, VII, VIII), brak objawów wskazujących na inne części mózgowia, przemawiają za nowotworem tylnej jamy czaszkowej. Brak porażeń kończyn, zaburzeń czucia w kończynach, porażeń skojarzonych ócz, początek choroby od objawów ogólnych — przemawiają za siedzibą sprawy w móżdżku, a nie w pniu mózgowym. Porażenie nerwów, słaby bezład wskazują na półkulę (lewą).

3) Świątecki Władysław przedstawił swego pomysłu **metodę ilościowego oznaczania cukru gronowego w moczu za pomocą ługu potasowego.** Jeżeli mocz, zawierający cukier, zaprawić kilku kroplami ługu sodowego lub potasowego i zagotować, to przybiera on barwę żółto-brunatną lub brunatno-czerwoną (próba jakościowa Moora-Hellera). Im więcej cukru, tem zabarwienie jest ciemniejsze. Próbę tę kol. S. zużytkował do ilościowego oznaczania cukru w moczu. W tym celu do dwóch probówek jednakowych wymiarów i pojemności wlewamy jednakową ilość (5—10 cm. sześć.): do jednej 1 prc. rozczynu cukru gronowego w wodzie przekroplonej, do drugiej — badanego moczu. Następnie dolawszy do każdej po parę kropel stężonego ługu, trzymamy je razem nad płomieniem lampy gazowej lub spirytusowej i zagotowujemy. Po ostygnięciu przecedzamy próbę z moczem celem usunięcia strąconych fosforanów i, zauważywszy dokładnie ilość przesączu, dolewamy do niego tyle wody przekroplonej, aż otrzymamy jednakowe zabarwienie w obu probówkach. Teraz ze stosunku ilościowego objętości płynu przed i po rozcieńczeniu obliczamy odsetek cukru w badanym moczu. Jeżeli te objętości będą np. 6 i 18, to 18:6 = 3 prc. cukru. Jeżeli próba z moczem jest bledszą niż 1 prc. rozczyn cukru, to rozcieńczamy ten ostatni i oczywiście odsetek cukru wyrazi się

przez ułamek. W celu ułatwienia porównań ilościowych należy używać probówek miareczkowych. Do porównań zaś siły zabarwienia lepiej niż probówki nadają się naczynia o ścianach równoległych. Naczynia takie autor metody zrobił sam ze szkieł przedmiotowych, używanych przy mikroskopowaniu i pokazał je na posiedzeniu. Błędy w oznaczaniu cukru w moczu metodą kol. Ś. przy wprawie nie przekraczają $^1/_4$ prc. *Dr. Ign. L.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Leki do apteki domowej wolno sprowadzać z każdej apteki austryackiej (n. p. z Wiednia), gdyż wyrażenie »inländische Apotheke« w nowej ustawie aptekarskiej oznacza każdą aptekę w Przedlitawii w przeciwstawieniu do aptek zagranicznych. Tak wyjaśnia dr Mikołajski (Głos lek. 16) wątpliwość, powstałą przez to, iż wyrażenie »inländisch» przetłómaczono: »krajowa« apteka. *R.*

Brak lekarzy wojskowych w armii austryackiej dochodzi do tego stopnia, że z ustanowionych 205 miejsc starszych lekarzy (Oberarzt) obsadzonych jest tylko 72, a ponieważ z nich 38 przydzielono do szkoły aplikacyjnej, 32 zaś do szpitali, przeto przy pułkach pracuje tylko dwóch. Z miejsc zaś lekarzy pułkowych II. klasy wakuje 8. *R.*

Międzynarodowy Związek prasy lekarskiej. 3. i 4. VIII. b. r. odbył się w Londynie Zjazd delegatów pod przewodnictwem prof. Posnera z Berlina, obecnego prezesa międzynarodowego Związku, a przy udziale przedstawicieli prasy lekarskiej niemieckiej, angielskiej, francuskiej, belgijskiej i norweskiej. Ze sprawozdania sekretarza generalnego, dra Blondela z Paryża, okazało się, że wyniki działalności Związku są nie świetne. (Do zadań Związku należy przedstawicielstwo prasy lekarskiej na Zjazdach międzynarodowych, zwalczanie bezpłatnie rozsyłanych czasopism reklamowanych, sprawa własności autorskiej i t. d.). Tylko w Niemczech zdziałano cośkolwiek przez założenie »czarnej księgi« autorów, piszących artykuły za zapłatą od fabrykantów leków (o czem już donosiliśmy); odrzucanie szarlatańskich inseratów. Następny Zjazd delegatów odbędzie się w r. 1908 w Berlinie, a ogólny Zjazd Związku prasy lekarskiej w r. 1909 w Peszcie. *R.*

Stowarzyszenie „dziennikarzy“ lekarskich w Paryżu liczy 110 członków. Do Stowarzyszenia należeć może każdy lekarz lub słuchacz medycyny, współpracownik większego pisma (zgłoszenia do sekretaryatu Paryż, 9 rue de Poissy). Na ostatniem Walnem zebraniu roztrząsano sprawę niedozwolonego przedruku artykułów przez inne pisma, tłómaczone, przyłączenia się stowarzyszenia do organizacyi prasy codziennej i t. d. *R.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 4. do 10. VIII. 1907 urodziło się dzieci żywo 46, nieżywo 2; zmarło osób 60, (w tem obcych 22), z nich z gruźlicy 17 (7), zapalenia płuc 4, płonicy 1. *S.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 11. do 18. VII. 1907 doniesiono o 22 nowych przypadkach duru plamistego: w 9 gminach, a mianowicie w m. Lwowie 2, w jednym przypadku źródło zakażenia w Jaryczowie nowym p. Lwów, a w drugim w Żydatyczach p. Lwów, pow. Brzeżany (Chróściec 8), Drohobycz (Łastówki 5), Lisko (Wołosate) 3, (Lwów), (Jaryczów nowy 2), Peczeniżyn (Utorycy 2, (Rawa), Smolin 2), Stryj (Hutar 1), Złoczów (Zarwanica 1); nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych: doniesiono o 1 przypadku w Przedmieściu p. Ropczyce. *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 11. do 17. VIII. przypadków: płonicy 3 † 1, błonicy 1, róży 1, choleryna dziecięca 2 † 2. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 11. do 17. VIII. przypadków: płonicy 5 † 1, odry 1 (1), duru osutkowego 3 (2), duru brzusznego 4 (2) † 2, czerwonki 1 (1), zapalenia opon mózgowordzeniowych zakaźne 1 (1).

Cholera dotarła już podobno do Grodna i Brześcia litewskiego.

Wiadomości bieżące.

Ostatnie wiadomości o cholerze w Europie stwierdzają niewątpliwie, że epidemia szybkim krokiem zbliża się ku nam. A chociaż w dzisiejszych czasach utraciła już cholera wiele ze swej grozy i jest wrogiem o tyle do pokonania łatwiejszym, że dobrze znanym, to jednak nie można go lekceważyć i zawczasu do walki przysposabiać się trzeba. W kilku ostatnich epidemiach okazał się kraj nasz dzięki energii i gorliwości naszych lekarzy nieprzebytym dla zarazy szańcem; będzie nim i teraz, gdyby zaraza aż do nas dotrzeć miała.

Kraków. Redaktor główny »Przeglądu lekarskiego« prof. dr Ciechanowski, wyjechał na kilka tygodni. Kierownictwo redakcyi objął na ten czas doc. dr Dobrowolski (Podwale 2).

Warszawa. Po objęciu szpitali warszawskich przez miasto ma być załatwioną także sprawa szpitali prowincyonalnych, zawiadywanych dotąd przez gubernialne Rady dobroczynności. Niektóre z tych szpitali mają przejść pod zarząd samorządów miejskich i ziemskich, a gubernialne Rady dobroczynności będą zniesione. Inne zakłady prowincyonalne mają otrzymać stanowisko zakładów krajowych, zawiadywanych przez ministerstwo spraw wewnętrznych (n. p. zakład obłąkanych w Tworkach).

— Świeżo przebyta epidemia duru powrotnego, zarówno jak i zagrażająca cholera dały powód wobec wielkiego przepełnienia szpitali warszawskich do poruszenia przez prasę codzienną sprawy szpitala epidemicznego. Magistrat warszawski posiada wprawdzie od lat kilku odpowiedni budynek przy ul. Spokojnej, mogący pomieścić około 150 chorych, wszelako wobec braku mebli i t. d. szpital ten w danym razie nie mógłby być otwarty. To też prasa domaga się, by magistrat zaopatrzył ów szpital zapasowy w odpowiednie urządzenie wewnętrzne.

— Pod nazwą »Litościwi« zawiązało się w Warszawie stowarzyszenie izraelickie, mające na celu opiekowanie się chorymi w szpitalach i po domach (dyżury nocne), budowę sanatoryum dla chorych piersiowych, dostarczanie chorym przyrządów ortopedycznych i t. d.

— Przytułek (dla ozdrowieńców, nieuleczalnych, przewlekle chorych i t. d.) na 100 łóżek, zbudowało w górze Kalwaryi, brak mu jeszcze urządzenia wewnętrznego, na które magistrat miasta Warszawy przeznaczył 5818 rb.

Z różnych stron. Na 80 wolnych miejsc w Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu wpłynęło podobno podań 500!

Mianowani: Okulista prof. Heine z Gryfii dyrektorem kliniki okul. w Kiel, farmakolog doc. E. Faust profesorem zwycz. w Würzburgu, dr Arneth profesorem nadzw. w Münster.

Zmarli: Farmakolog prof. dr Jakobi we Wrocławju w 68 r. ż.;

dr Piotr Bortnowski w Warszawie w 43 r. ż.

Redakcya otrzymała: Dr Stanisław Serkowski: Mleko i mleczarstwo w oświetleniu higieny i bakteryologii. Wydawn. Kasy im. Mianowskiego i Tow. dla popierania polskiej nauki rolnictwa. Warszawa 1907, str. 476.

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. dr Stanisław Dobrowolski.

Rok XLVI. Kraków, dnia 31 sierpnia 1907. Nr 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O jadzie błoniczym.

Przez

Dra R. Nitscha.

Nie mam tutaj zamiaru przedstawić coś nowego. Chodzi mi tylko o streszczenie dzisiejszych poglądów na budowę jadu błoniczego i na stosunek jego do antytoksyny.

Przedtem jednak należy przypomnieć sobie, co właściwie nazywamy jadem czyli toksyną.

Jady, czyli toksyny należą do trucizn w ogólnem tego słowa znaczeniu. Przez trucizny zaś rozumiemy takie ciała nieżyjące, pochodzenia organicznego lub nieorganicznego, które działają szkodliwie, trująco na ustroje żywe, gdy ulegną wessaniu. Różnice między toksynami, a truciznami możnaby streścić w następujących punktach: 1) Toksyny są zawsze wytworem żywych ustrojów czyto ze świata zwierzęcego (jady wężów), czy roślinnego (rycyna), czy bakteryjnego (jad błoniczy). Trucizny zaś w zwykłem znaczeniu tego wyrazu nie mają często ze sprawami życia nic wspólnego. Jedynie trucizny takie, jak alkaloidy, są równie, tak jak jady właściwe, wytworami życia roślinnego.

2) Skład chemiczny i budowa toksyn są nam do dziś dnia nie znane, skład zaś chemiczny trucizn zwyczajnych jest dokładnie poznany. Ta różnica jest oczywiście tylko czasowa, nie ulega bowiem wątpliwości, że kiedyś i toksyny pod tym względem dokładnie zostaną poznane.

3) Jady czyli toksyny odznaczają się ścisłą swoistością w działaniu na ustroje zwierzęce. Są one dla pewnych gatunków zwierząt niezmiernie jadowite, dla innych znacznie mniej, na jeszcze inne gatunki wreszcie nie wywierają żadnego szkodliwego działania (n. p. jad tężcowy bardzo silnie działa na myszy lub konie, znacznie słabiej na psy, a na drób prawie wcale nie). Trucizny zaś wywierają często szkodliwe działanie na cały świat żyjący, tak na zwierzęta jak i na rośliny. (N. p. niektóre połączenia arsenu, rtęci).

4) Toksyny działają często z pewnym okresem wylęgania, t. j. od chwili wchłonięcia jadu przez ustrój aż do chwili wystąpienia pierwszych objawów chorobowych upływa pewien czas (kilka godzin do kilkunastu dni, a nawet dłużej). Tylko niektóre jady, n. p. wężów i niektóre jady bakteryj beztlenowych działają zaraz po wchłonięciu. Tak samo jak te wyjątki z pośród jadów działają też zaraz po wchłonięciu prawie wszystkie trucizny w zwykłem tego słowa znaczeniu.

5) Wreszcie toksyny, wprowadzone do ustroju, wywołują w nim powstanie antytoksyn, t. j. takich połączeń, które znoszą prawdziwe działanie toksyn. Co do trucizn zwyczajnych nie znaną jest podobna właściwość. Usiłowania uzyskania antytoksyn n. p. dla arszeniku, morfiny, pozostały bez skutku. Własność wytwarzania antytoksyn jest najtypowszą ze wszystkich właściwości toksyn. To też może najlepszą i najkrótszą byłaby taka definicya toksyn: Jady czyli toksyny są to takie ciała trujące, które są zdolne do wytwarzania antytoksyn.

Oprócz tych głównych różnic między toksynami a truciznami możnaby przytoczyć jeszcze wiele innych. Tak n. p. są toksyny, a zwłaszcza ich rozczyny, ciałami bardzo chwiejnemi, n. p. ogrzanie do 60—70° często je niszczy, tak samo wpływ światła, ciepła, powietrza; toksyny są dla pewnych gatunków zwierząt niezmiernie jadowite (n. p. 0,00005 mg. toksyn tężcowych zabija myszkę wagi 15 g.); nie działają przez przewód pokarmowy; nie ulegają dyalizie i mają wiele innych cech wspólnych z kolloidami. Tych wszystkich właściwości trucizny zwyczajne nie posiadają albo w znacznie mniejszym stopniu.

Niektóre z tych właściwości toksyn skłoniły Ehrlicha do wniosku, że fizyologiczną budowę toksyn wyobrazić sobie należy w postaci dwóch grup, częściowo od siebie niezależnych: a mianowicie 1) grupy chwytnej (haptophore Gr.) i 2) grupy jadu (toksycznej) (toxophore Gr.).

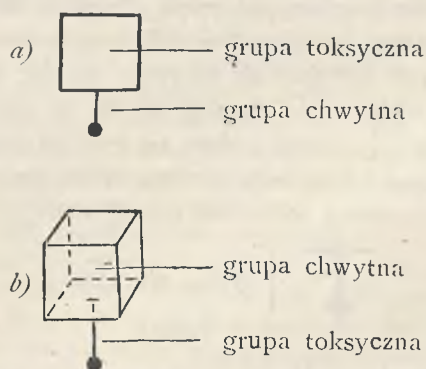


Fig. 1. Budowa toksyn według pojęć Ehrlicha.

Jeżeli toksyna ma zadziałać na ustrój, to przedewszystkiem nastąpić musi połączenie grupy chwytnej z odpowiednią grupą chwytną (receptorem) w ustroju zakażonym. Jak wiadomo, przypuszcza Ehrlich w swojej teoryi łańcuchów bocznych, że każda komórka ustroju składa się z jądra środkowego (życiowego) i z połączonych z niem bardzo licznych łańcuchów bocznych czyli receptorów (albo chwytników). Owo jądro życiowe nie jest wcale identyczne z jądrem postaciowem komórki, a owe boczne łańcuchy mają ścisłe powinowactwo do najrozmaitszych ciał,

już to pożytecznych, już to szkodliwych dla życia komórki, a więc mogą mieć i powinowactwo do chwytnych grup danej toksyny. Tylko wtedy, jeżeli tak jest, t. j. grupa chwytna toksyny ma powinowactwo do chwytników komórki, t. j. jeśli swoją budową chemiczną tak do niej przystaje, jak — według Ehrlicha — klucz przystaje do zamku, tylko wtedy może nastąpić połączenie toksyny z komórką ustroju z następowem działaniem szkodliwem.

Tak zatem, jeśli toksyna ma zadziałać na ustrój, musi w nim znaleźć odpowiednie chwytniki i tem tłómaczy Ehrlich owo swoiste działanie toksyn, odróżniające je od zwykłych trucizn. Jeżeli w danym ustroju nie ma odpowiednich chwytników, to toksyna jest zupełnie obojętną dla tego ustroju. Również dla drugiej, bardzo typowej właściwości toksyn, t. j. dla wytwarzania antytoksyn, konieczna jest w danym ustroju obecność odpowiednich chwytników.

Wreszcie, jak wynika z przyjęcia przez Ehrlicha dwóch grup w drobinie toksyny, może grupa toksyczna wtedy dopiero wywrzeć swoje działanie szkodliwe, kiedy grupa chwytna już weszła w ścisły związek z chwytnikiem komórki. Zatem pomiędzy wessaniem jadu, a wystąpieniem pierwszych objawów chorobowych musi upłynąć pewien czas. Jest to właśnie okres wylęgania, typowy dla bardzo wielu toksyn, jak to widzieliśmy na początku.

To zapatrywanie Ehrlicha o dwóch grupach, wchodzących w skład drobiny jadów, przyjęte zostało przez wszystkich uczonych, zajmujących się tą sprawą, a zatem i przez tych także, którzy nie zgadzają się z Ehrlichem co do innych jego zapatrywań na budowę jadu błoniczego i na inne sprawy z tem związane.

Wspomniano powyżej, że toksyny są w odróżnieniu od zwyczajnych trucizn ciałami bardzo niestałemi, chwiejnemi. Przeróżne czynniki zewnętrzne, wpływy chemiczne i fizyczne niszczą je łatwo. Ta właściwość toksyn zależy według Ehrlicha od tego, że grupa toksyczna w drobinie jadu jest bardzo wrażliwą na różne wpływy zewnętrzne. Bez porównania trwalszą jest grupa chwytna. Wskutek tego powstają z toksyn łatwo pewne ciała mające powinowactwo do tych samych ustrojów co toksyna, ale nie wywierające szkodliwego wpływu na te ustroje. Są to tak zwane toksoidy. Toksoidy zatem różnią się tem od toksyn, że nie posiadają grupy toksycznej, a mają tylko grupę chwytną. Budowę ich możnaby sobie tak przedstawić:

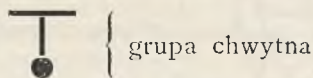


Fig. 2. Toksoid.

Również obecność toksoidów przyjętą została nawet przez przeciwników Ehrlicha.

Po tym wstępie, zanim przystąpimy do właściwego tematu, należy sobie przypomnieć niektóre zasadnicze pojęcia i wielkości wprowadzone do nauki przez Ehrlicha i Behringa, albowiem bez tego byłoby nieraz trudno zrozumieć, o co chodzi.

Jak wiadomo, poznajemy obecność i siłę jadu błoniczego jedynie z działania jego na ustrój zwierzęcy. Żadnego innego odczynu, któryby ujawniał obecność jadu błoniczego, dotąd nie znamy. Otóż za jednostkę w ocenianiu tej siły przyjęto taką ilość jadu, która wywołuje śmierć świnki morskiej wagi 250 g. po 4 dniach (3—5 dni) przy podskórnem zaszczepieniu. Taką ilość jadu nazwano 1 dawką śmiertelną. Taki zaś jad, który zawiera w 1 cm^3. sto takich dawek, nazwano jadem normalnym.

Obok jadu musimy dla zrozumienia dalszych wywodów określić też pewne pojęcia, tyczące się surowicy antytoksycznej przeciwbłoniczej. Otóż taką surowicę, której 1 cm^3. zobojętnia 100 dawek śmiertelnych, czyli 1 cm^3. normalnego jadu, nazwano surowicą normalną (jednokrotną, jednonormalną). A jeden cm^3. normalnej surowicy nazwano jednostką uodparniającą (immunizacyjną) czyli jednostką antytoksyczną; Niemcy oznaczają je literami I. E. albo A. E. (Immunisationseinheit — Antitoxineinheit [1]).

Oprócz tych wielkości utworzył jeszcze Ehrlich dwa dalsze pojęcia, a mianowicie t. zw. dawki L_0 i L_+ [2]). Przez L_0 oznaczył on taką największą ilość jadu, wyrażoną albo w cm^3. rozczynu, albo w dawkach śmiertelnych, która dodana do 1 jednostki antytoksycznej surowicy pozostaje jeszcze zupełnie zobojętniona tak, że żadnych objawów chorobowych u zwierzęcia nie wywołuje, ani po kilku dniach, ani po kilku tygodniach. W dawce L_0 zobojętnione są antytoksyną nietylko toksyny, ale i toksony. (Obacz niżej).

Jeżeli zaś do tej mieszaniny L_0 (jadu) + 1 A. E. (surowicy) dodawać będziemy dalej jadu tak długo, aż świnka 250 g. zaszczepiona podskórnie tą mieszaniną zginie po 4 dniach, to taką ilość jadu nazywamy L_+. Z tego wynika, że różnica $L_+ - L_0$ powinnaby się równać 1 dawce śmiertelnej jadu. Tymczasem przekonano się w bardzo licznych doświadczeniach, że tak prawie nigdy nie jest ale, że ta różnica, nazwana przez Ehrlicha D, jest zawsze większa od I. D. L. *(dosis letalis)* i wynosić może n. p. 1·7, 6, 10, 18, 28 i t. d. DL. Zatem $L_+ - L_0 = D > 1$ D. L. (C. d. n.)

[1]) »Dawka śmiertelna« i »jednostka uodparniająca« są to zatem wielkości dowolne, służące do mierzenia siły surowicy i jadu błoniczego, tak samo jak n. p. »metr« jest wielkością dowolną, służącą do mierzenia długości i przestrzeni. Gdyby n. p. metr zaginął, to możnaby go z całą ścisłością stworzyć, bo wiadomo, że jest on 40-milionową częścią południka ziemskiego. Gdyby jednak zaginęła »jednostka uodporniająca«, to niemożliwem byłoby stworzenie jej nanowo w tej samej wielkości co dzisiaj, chyba przypadkiem. Albowiem nie moglibyśmy uzyskać na nowo takiego samego »normalnego jadu«, jaki posłużył do stworzenia obecnej »jednostki antytoksycznej«. Wprawdzie wiadomo, że »normalny jad« zawiera 100 dawek śmiertelnych w 1 cm^3 i uzyskanie takiego jadu byłoby rzeczą łatwą, gdyby jad błoniczy składał się tylko z czystego jadu; wiadomo jednak, że zawiera on obok jadu właściwego zawsze jeszcze bardzo różne ilości toksoidów (i toksonów według Ehrlicha). Te toksoidy zaś nie wywierają na zwierzę żadnego działania, ale zobojętniają jad.

Rządowy Zakład doświadczalnej terapii (Institut. f. experim. Therapie) we Frankfurcie n. M., pozostający pod dyrekcyą Ehrlicha, ma za zadanie utrzymywać bez zmiany obecną »jednostkę immunizacyjną«. Dzieje się to przez przechowywanie surowicy w stanie suchym, w specyalnych rurkach bez przystępu światła i powietrza. Tak przechowana surowica wcale się nie zmienia nawet przez lata. Surowicę tę można zawsze z owego zakładu otrzymać. (Wysyłają ją w rozczynie gliceryny i 10% soli kuchennej, niezmieniającym się 2—3 miesięcy). Jestto t. zw. »Testserum« lub »Standardserum«. Ta surowica służy do oznaczania siły toksyn (Testgift) w różnych zakładach zajmujących się fabrykacyą surowicy przeciwbłoniczej. Zapomocą znowu tych jadów o oznaczonej sile (Testgifte) oznacza się dalej siłę surowicy przeznaczonej na sprzedaż.

[2]) Od wyrazu francuskiego »limes« granica: dawki graniczne. Po polsku mówią L zero (L_0) i L z krzyżykiem lub L plus (L_+); po niemiecku Limes Null i Limes Tod.

Zadania i tory społczesnej dyagnostyki chorób wewnętrznych.

Podał

Prof. dr Witold Orłowski.

Wykład wygłoszony 4/17. maja przy objęciu katedry dyagnostyki lekarskiej w Kazaniu).

(Dokończenie).

Jeszcze mniejsze znaczenie dla oceny sprawności nerek ma bezwzględna wysokość punktu marznięcia moczu [5]). Istotnie, jak tego dowiódł szereg badań, wywiera na nią wpływ ilość wprowadzonych do ustroju płynów, jakość pokarmu, stan układu naczyniowego i wiele innych, nieraz nieuchwytnych warunków; sąd o sprawności nerek staje się tem trudniejszy, że punkt marznięcia moczu waha się już w stanie prawidłowym od 0,87—2,71°. Kryoskopowe więc badania krwi, jak również moczu, rozszerzywszy naszą wiedzę w dziedzinie przemiany materyi, zawiodły poniekąd pokładane w nich nadzieje [6]). Okoliczność ta jednak jest sama przez się zrozumiałą. Istotnie, sprawy przemiany, zachodzące w żywym ustroju, są o wiele zawilsze, niż w rozczynach, rozdzielonych martwą błoną przepuszczającą; jeśli w tych rozczynach wszystko się sprowadza do zrównania zgęszczenia drobinowego na podstawie prawa osmotycznego, to w komórkach, z których składają się żywe błony ustroju, pomimo praw fizycznych wchodzą w grę ciągłe zmiany ich własności życiowych, połączone ze zmianą ich objętości, kształtów, składu i t. d. Oprócz tego w żywym ustroju w razie patologicznego obniżenia czynności nerek, skierowanej ku wydaleniu z ustroju drobin, ciśnienie osmotyczne może być wyrównane (v. Koranyi) innemi drogami. Tak n. p. komórki naszego ustroju mogą ograniczyć swą czynność, rozkładając mniejszą ilość białka, lub zmieniać ją tak, że drobiny białkowe rozkładają się na mniej drobne, niż zwykle. Zarówno w pierwszym, jak w drugim przypadku liczba nowowytworzonych drobin będzie mniej znaczna w porównaniu do zwykłego rozkładu; osmotyczne więc ciśnienie może przy warunkach sprzyjających pozostać bez zmiany, zależy ono bowiem nie od wagi i jakości drobin, lecz od ich liczby. Obliczenia kryoskopowe Bouch arda, które dowiodły, że wielkość przeciętnej drobiny wypracowanej *(molecule élaborée moyenne)*, pozwalającej poniekąd sądzić o energii spraw utleniających w ustroju, wynosi u zdrowych 76,2, a u chorych na mocznicę 102, dowodzą poniekąd istnienia takiego narządu miarkującego. Obniżenie rozkładu białka można spostrzegać również u osób niedokrwistych i w innych stanach chorobowych. Należy zresztą mieć zawsze na uwadze wyrównawczą czynność innych narządów, jak również zdrowych części nerek. Jakkolwiek zastosowanie kryoskopii w dyagnostyce w porównaniu do pierwotnych oczekiwań (v. Koranyia, Straussa, Claudeego, Balthazarda, Bujniewicza i innych) jest ograniczone, to pomimo to, zestawiając punkt marznięcia moczu z punktem marznięcia krwi, z ilością wydalonych drobin chlorku, oznaczając ogólną dyurezę drobinową i dyurezę wypracowanych drobin, t. z. »Valenzzahl« Straussa ($\Delta . v$), drobinowe zgęszczenie poszczególnych porcyi moczu po zażyciu dużej ilości płynu [7]) (»Verdunnungsversuch« Illyes-Kövesi, v. Koranyi, Roth-Schultz i inni), badając kryoskopię moczu po wprowadzeniu nadmiaru chlorków według metody Strauss-Nagelschmidta i Mauté, można otrzymać dane, które przy krytycznem rozejrzeniu się sprzyjają wyjaśnieniu stopnia sprawności nerek w każdym poszczególnym przypadku (Łukowskij i inni). Zwłaszcza cenne jest pod tym względem połączenie kryoskopii z cewnikowaniem moczowodów. Tak Kümmel, Rumpel, Casper i Richter, Wiebrecht i Thumin, Albarran, Strauss i inni otrzymali świetne wyniki, sprawdzone podczas operacyi lub przy sekcyi, z zestawienia punktu marznięcia moczu, wziętego z każdej nerki zosobna, z punktem marznięcia krwi; kojarzenie tych metod obniżyło śmiertelność po wycięciu nerki u Kümmela z 36,5 do 4,7%. Ograniczenie się jedynie tylko do cewnikowania moczowodów, w którem wielu pokładało tyle nadziei, może częstokroć dać niepewne, nawet mylne wyniki dla oceny sprawności nerek, czego pouczającym dowodem jest przypadek Gersunyego.

W ostatnim czasie z kilku stron polecono metody dla poznania sprawności nawet mięśnia sercowego i układu naczyniowego. Liczne badania dowiodły, że serce, nawet przerosłe, może być mało sprawne. Okoliczność ta zależy w wielu przypadkach od różnego rodzaju spraw, przebiegających w mięśniu sercowym jednocześnie z rozwojem przerostu serca. Tak n. p. podczas ostrych zakażeń, zwłaszcza ostrego gośćca stawowego, wikłających się ze zmianami wsierdzia, mięsień sercowy nieraz ulega zwyrodnieniom, zapaleniom śródmiąższowym, powstają zmiany naczyń, zakrzepy i t. d. Te zmiany mają w poszczególnych przypadkach niejednakową rozległość i różny stopień natężenia, niezależnie od charakteru wady serca i długości jej trwania. Mogą one być jednak tak znaczne, że kliniczny obraz jakiejkolwiek niedomykalności zastawkowej nieraz może być wywołany li tylko przez znaczne upośledzenie kurczliwości mięśnia sercowego. »Jeśli, n. p.« — powiada Krehl — »u chorego z wybitną niedomykalnością zastawki dwudzielnej sekcya stwierdza nader małe zmiany na brzegach zastawek, to za istotną przyczynę niedomykalności należy uznać zmiany mięśnia sercowego, współistniejące z zapaleniem wsierdzia (Rosenberg). Do tejże kategoryi przypadków, mojem zdaniem, należy również wiele z przypadków t. zw. względnej niedomykalności zastawek, którą tłómaczą zwykle znacznem rozszerzeniem jam serca, więc, sprawą bierną, gdy nieraz te przypadki zależą »od niedostatecznej kurczliwości mięśni pierścieniowych, otaczających odpowiednie ujście« (Krehl). Lecz jeśli sprawność serca obniża się w przypadkach ze znacznemi jego zmianami zarówno chemicznemi, jak morfologicznemi, zwłaszcza w razie znacznego miąższowego, tłuszczowego lub szklistego zwyrodnienia mięśnia sercowego (Curschmann), to spostrzeżenia z lat ostatnich niezbicie dowodzą, że niewielkie i średnie stopnie miąższowego i tłuszczowego zwyrodnienia »zdarzają się często zarówno w tych przypadkach, w których za życia serce było mało sprawne, jak i w tych, w których aż do końca życia pracowało dobrze« (Krehl). »Można nawet przypuszczać«, — powiada Krehl — »że nawet bardzo wysokie stopnie zwyrodnienia tłuszczowego mogą jeszcze współistnieć z dość dobrą sprawnością serca«.

Co się tyczy naczyń, to konieczność obznajomienia się z ich stanem fizyologicznym i sprawnością staje się dla nas oczywistą od chwili, gdy przekonaliśmy się, iż objawy zaburzenia w obiegu krwi mogą powstawać w przypadkach o prawidłowej czynności serca wskutek zaburzenia czynności t. zw. »serca obwodowego«, od którego zależy samodzielna miarowa czynność naczyń krwionośnych obwodowych i które w ten sposób przyczynia się do regulowania obiegu krwi.

Herz pierwszy zwrócił uwagę, iż, jeśli zgiąć możliwie powolnie i dokładnie prawe przedramię chorego, a następnie obliczywszy tętno, wyprostować je, to zdrowe serce nie oddziaływa na te ruchy, zwane przez Herza »Selbsthemmungsbewegungen«, lub oddziaływa nader nieznacznem

---

5) Z ostatnich klinicznych prac, dotyczących tej sprawy, patrz prace Clairmonta z kliniki Eiselsberga w Arch. f. klin. Chirurgie, t. LXXIX.

6) Poglądy na przemianę nerkową v Koranyiego i jego wnioski znalazły poparcie, oprócz prac jego uczniów, w pracach Claude i Balthazarda, Bujniewicza i poniekąd w pięknych badaniach ś. p. prof. Sobierańskiego nad wydzielaniem przez nerki karminu po wewnątrzżylnem jego wstrzykiwaniu, i spotkały się z zarzutami, niezawsze co prawda dostatecznie uzasadnionymi, zwłaszcza ze strony Lindemanna, Kissa, Bernarda, Bukinicza i Miełkich, Usawa, Reitera, Gruzdiewa i innych.

7) Mocz z nerki chorej rozcieńcza się później, jego zgęszczenie drobinowe prawie nie ulega zmianie, ilość zwiększa się nieznacznie.

przyspieszeniem tętna (Herz, Grünbaum i Amson), należy tylko baczyć, żeby praca mięśniowa kończyny badanego osobnika była podczas tego badania najmniejszą, a jego uwaga całkowicie skierowaną do tych ruchów. Przeciwnie w razie niedostatecznej sprawności mięśnia sercowego, nawet bez objawów zaburzenia wyrównania, tętno zwalnia się i staje się pełniejsze. Jeśli tętno przedtem było prawidłowe co do częstości, lub zwolnione, to zwolnienie wynosi 4—10 na minutę, w przypadkach zaś przyspieszonej czynności serca zwolnienie może wynosić nawet 40 uderzeń na minutę. Dalsze badania stwierdzą, o ile ta S-próba ma znaczenie pod względem rozpoznawczym, dziś zaś trudno przypisywać jej znaczenie rozstrzygające, ponieważ, jak przypuszcza sam Herz, jej wyniki zależą prawdopodobnie nie tyle od stanu serca, ile od stanu ośrodków mózgowych. Katzenstein sądzi o sprawności serca ze zmiany parcia krwi przy zwiększeniu przeszkód obwodowych dla jego pracy, przez ucisk obydwóch tętnic biodrowych, Baur z wysokości pracy na bremergostacie Zuntza, która wywołuje już obniżenie ciśnienia krwi, Romberg poleca metodę pletysmograficzną dla oceny sprawności układu naczyniowego i t. d. Brak czasu niestety nie pozwala mi rozpatrzyć tych metod szczegółowo, ani zatrzymywać się na wysoce cennych nowszych zdobyczach fizyologicznych Gaskella, Engelmanna, Wenckenbacha i innych, które wywołały zupełny przewrót w naszych poglądach na prawidłową czynność serca i rzuciły nowe światło na powstanie różnych nieprawidłowości pracy serca. Te badania, dotyczące mięśniowego *(myogènes)* automatyzmu mięśnia sercowego, odznaczającego się automatycznemi: pobudliwością, przewodnictwem i kurczliwością, ułatwiły nam rozwiązanie nader trudnego i doniosłego zagadnienia, czy nieprawidłowa czynność serca w każdym poszczególnym przypadku zależy od ciężkich zmian anatomicznych mięśnia, czy też jest wynikiem szybko przemijających zaburzeń czynnościowych.

Jeśli zestawimy teraz wszystko, com powiedział, to łatwo dojdziemy do przekonania, że zadania współczesnej dyagnostyki są o wiele zawilsze w porównaniu do tego pierwotnego jej stanu, który przedstawiłem Panom w samym początku. Klinicysta współczesny nie zadawalnia się poznaniem zmian morfologicznych w narządach i fizyologicznego ich stanu, lecz dąży jeszcze do poznania sprawności tak chorych, jak zdrowych narządów. Prawda, nasze metody badania, zwłaszcza w dziedzinie dyagnostyki potencyalnej, są jeszcze dość pierwotne i często nie pozwalają nam zaznajomić się ze stanem ustroju we wszystkich wskazanych kierunkach. Przekonanie jednak o niezbędności takiego szczegółowego badania dla poznania istoty sprawy chorobowej i oddziaływania ze strony ustroju jest w dobie dzisiejszej zupełnie uzasadnione. Nie ulega wątpliwości, że umysł ludzki w swem dążeniu do samopoznania coraz głębiej będzie zagłębiać się w istotę spraw życiowych zarówno w stanie fizyologicznym, jak i patologicznym ustroju i w ten sposób zdoła z większą łatwością rozwiązywać wskazane zagadnienia. Biorąc czynny udział w tej pracy twórczej, powinniśmy dążyć również do przyswojenia sobie tych metod badania, które są osią i podstawą każdego badania klinicznego, które, według słusznego twierdzenia Sahliego stanowią drogi przewodnie dyagnostyki lekarskiej. Temi metodami, których przyswojenie do tego sprzyja w wysokim stopniu wytworzeniu się u początkujących myślenia lekarskiego, zostaną się na zawsze obmacywanie, opukiwanie, osłuchiwanie. Do obznajomienia się więc tak przedewszystkiem z temi metodami, jak i z innemi, dziś Panów zapraszam.

Spostrzeżenia z praktyki.

Przypadek rzekomego obojnactwa*).

Podał

Dr Ksawery Mikucki (Ternówka na Podolu).

Dnia 15/2. czerwca 1907 r. zjawiła się u mnie starozakonna mieszkanka Ternówki z rzekomą siostrzenicą 17-letnią Fanny K. z powodu, że ta, niby dziewica, nie odbywała dotąd miesiączki i że się skarżyła, iż w okolicy części płciowych wyrósł jej, jak się wyraziła, kawałek mięsa.

Przy badaniu Fanny K. znalazłem, co następuje: Wyraz twarzy męzki, bez zarostu, zupełne podobieństwo do ojca, którego znam od lat wielu; budowa, jak u ojca, szczupła, wzrost średni, brak gruczołów piersiowych niewieścich. Wzgórek łonowy pokryty włosem gęstym, brak zupełny warg większych i mniejszych; w miejscu odpowiadającem łechtaczce znajduje się wyrostek grubości szczupłego palca wskaziciela, długości 2 cm., mający kształt żołędzi prącia bez napletka i bez otworu cewki. Poniżej tego znajduje się mały otwór, którym F. oddaje mocz. Otwór ten, nie przedstawiający zwykłego u niewiast ujścia cewki, ma brzeg dolny półksiężycowaty. Porost włosów na tych częściach dość obfity. Badanie palcem przez ten otworek, średnicy nie cały centymetr mający, nie możebne, na wprowadzenie cewnika F. nie pozwalała. Badanie palcem przez odbytnicę nie napotyka ani gruczołu krokowego, ani macicy. Odległość przestrzeni od otworu cewki do otworu stolcowego wynosi 2 cale.

Jestto więc znowu przypadek »erreur de sexe« z powodu spodziectwa.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

P. Desfosses i A. Martinet. **Cynk jako jon.** (*Presse méd.* 1907, Nr 55). Jon — cynk nadaje się znakomicie do przyżegania i do tamowania krwawienia; działanie jego zbadane dokładnie przez Leduca nie jest jeszcze dostatecznie znane lekarzom praktycznym. Przy elektrolizie surowicy krwi zapomocą elektrod cynkowych, anoda cynkowa otacza się zwolna rosnącym walcem skrzepłego białka tak długo, aż wreszcie walec ten z powodu ciężaru swego z anody się ześlizguje i spada na dno naczynia. Skrzep jest zbity tak, że zachowuje niezmienioną postać wydrążonego walca. Jon — cynk jest zatem środkiem, wywołującym krzepnienie, równocześnie znakomicie odkaża i przyżega. Tem się tłómaczy oddawna już znane lecznicze stosowanie chlorku cynkowego w chirurgii i siarczku cynkowego w okulistyce. Środki te działają jednak powierzchownie, prąd elektryczny wprowadza natomiast działanie cynku w głąb tkanki i to na dowolną głębokość. Jon — cynk nie rozpływa się wśród tkanek, ale się zatrzymuje w tej okolicy, gdzie go wprowadzono. Można go zatem spokojnie stosować. Leduc zalecał go do leczenia zapaleń błony śluzowej macicy, szczególniej postaci krwotocznych. Na brzuch lub pośladek chorej kładzie się kompres z gazy, napojony wodą słoną, a na niego cienką blachę cynową, połączoną z biegunem ujemnym. Do macicy wprowadza się zgłębnik cynkowy, którego cała część wolna otoczona jest kauczukiem dla odosobnienia i uniknięcia niepotrzebnego przyżegania części zdrowych, do zgłębnika przylegających. Przez 20 do 30 minut przepuszcza się prąd o 30—60 M. A. Często po jednem posiedzeniu ustaje krwawienie i nie wraca więcej. W przeciwnym razie powtarza się zabieg po 8 lub 10 dniach. W ten sposób niejednokrotnie uchronili D. i M. chore przed skrobaniem macicy, nad którem ten sposób ma tę wyższość, że nie otwiera naczyń, nie wszczepia nic w głąb tkanki, lecz przeciwnie naczynia zamyka, a tkanki nawet w głąb odkaża. — Z powodu tej własności odkażającej nadaje się jon — cynk do leczenia przewlekłych wrzodów, przetok, a w szczególności przetok odbytnicy. Im prąd stosowany jest silniejszy i im go dłużej stosować, tem cynk przyżega głębiej. Dobre wyniki mieli D. i M. również w leczeniu przetok w toku gruźlicy stawu biodrowego.

*) Przedstawiony 17/4. lipca 1907 na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Humaniu.

Nie nadaje się ten sposób do leczenia wybujałej, broczącej ziarniny, jaka n. p. otacza wrastający paznokieć. W ostatnich czasach poczęto z dobrym skutkiem stosować ten sposób i w leczeniu raków nabłonkowych na twarzy (Leduc, Lewis Jones) Lewis leczył n. p. z 19 przypadków raka twarzy, 14 wyleczył: watę napaja 2 prc. siarczku cynkowego i na nią układa anodę cynkową, stosując prąd najwyżej 10 M. A. Po miesiącu można zabieg powtórzyć: na 19 przypadków 6 uleczył po jednym zabiegu, 3 przypadki wymagały 2 zabiegów, a 5 przypadków wymagało trzykrotnego ponowienia zabiegu. Na jednem posiedzeniu należy prąd stosować dość długo. Wyniku należy czekać tygodniami, zanim się zabierze do ponowienia zabiegu, gdyż zabliźnianie się po przyżeganiu jonem — cynkiem jest bardzo powolne. Zabiegi te są bardzo mało bolesne. *Stahr.*

Charas. **O pierwszej pomocy lekarskiej.** (*Wiener med. Presse* 1907, Nr 31). O ile coraz więcej szerzy się wśród laików nauka udzielania pierwszej pomocy, o tyle nie dba się wiele o pierwszą pomoc lekarską i często słuchacze medycyny przy końcu swoich studyów nie mają o niej wielkiego wyobrażenia. Niektóre pilne operacye powinien umieć wykonywać każdy lekarz n. p. tracheotomię i t. p. Powinien także znać technikę wlewań fizyologicznych rozczynów soli, które obecnie gotowe już w bombach szklannych jednolitrowych można nabywać. Usuwanie ciał obcych często też należy do pierwszej lekarskiej pomocy, a do tego potrzeba już znajomości kilku gałęzi wiedzy lekarskiej. Nie jest też łatwą rzeczą umieć chorych przewozić i obchodzić się z niemi. Tego jednak nie uczy się słuchaczy medycyny. Każdy lekarz powinien mieć gotową torbę z utenzyliami, potrzebnemi do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej, a nie dopiero w razie potrzeby pytać się, co się stało, i szukać instrumentów. C. nawołuje świat lekarski do wypełnienia tak rażącego braku w nauce medycyny. *Klęsk.*

Hirschfeld i Kothe. **O nadmiernej ilości ciałek białych w ciężkich zakażeniach.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 31). W zakażeniach spotyka się zwykle zwiększona ilość ciałek białych i zwykle stoi ona w prostym stosunku z natężeniem zakażenia. W rzadkich przypadkach spotykać można niestosunkowo znaczne zwiększenie się liczby ciałek białych, czego nie umiemy sobie wytłomaczyć. Spotykano n. p. przy zapaleniu płuc 100 tysięcy i więcej ciałek. H. i K. spostrzegali 11 przypadków zakażeń, gdzie liczba ciałek wzrosła ponad 60.000. Były to przeważnie przypadki ciężkich zakażeń, głównie otrzewnej i z tych większa część skończyła się śmiercią. Przypadki te dotyczyły głównie kobiet i dzieci, u których, jak wiadomo, liczba ciałek białych wogóle ulegać może wielkim wahaniom. *Klęsk.*

Caro. **Wyleczenie przypadku daleko posuniętej choroby Bantiego wycięciem śledziony.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 29). Przez wycięcie śledziony osiągnięto bardzo dobry wynik leczniczy. Odsetek hemoglobiny podniósł się z 35—80, ilość ciałek czerwonych zwiększyła się w trójnasób, białych pięciokrotnie. Ciężar ciała także stale wzrastał po operacyi. Przez 4 tygodnie po operacyi chory trochę gorączkował. Przez cały rok po operacyi wynik stale dobry. *Klęsk.*

Mendel. **Puszczanie krwi w praktyce lekarskiej.** (*Therap. d. Gegenw.* 1907, Z. 7). Za wskazanie do puszczania krwi uważa M. następujące cierpienia: zaburzenia składu krwi przy otruciach gazami, mocznicy, rzucawce porodowej, blednicy, skazie moczanowej, dalej udar mózgowy, miażdżycę tętnic, zapalenie płuc, drobnych oskrzelików, a wreszcie zastój żylny z powodu wad zastawek i zmian mięśnia sercowego. *K.*

Sick. **Leczenie mięsaków wstrzykiwaniami arsenu.** (*Posiedz. Tow. lek. w Hamburgu* 5. II. 1907). W przypadkach rozpaczliwych mięsaka kręgosłupa osiągnął S. przez wstrzykiwania śródżylne (0,01—0,1) atoksylu i podawanie pigułek azyatyckich, podgojenie i znaczną ulgę w cierpieniach. Jeden chory żyje jeszcze i pracuje po 12 latach. W jednym przypadku mnogiego mięsaka czaszki, szczęki dolnej, uda i goleni otrzymano przy tem leczeniu znaczną poprawę, guzy zmniejszyły się widocznie i stan ogólny się polepsza. W przypadkach, nie nadających się do operacyi, należy próbować tego leczenia i przeprowadzać je czas dłuższy. *Klęsk.*

Prof. Bier. **Wpływ wstrzykiwań obcej krwi na nowotwory złośliwe.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 29). Doświadczenia w tym kierunku robi Bier od roku 1901, wstrzykując w okolicę nowotworu (nie nadającego się do operacyi) 10—20 ctm. odwłóknionej krwi baraniej, lub co lepiej, świńskiej. Po kilku godzinach powstaje w miejscu wstrzyknięcia zapalenie, nasilające się do 3. dnia i potem ustępujące. Towarzyszą mu dreszcze i podniesienie ciepłoty. Na tkankę zdrową nie mają wstrzykiwania, zdaje się, żadnego wpływu. Przy owrzodzeniach nowotworowych zmniejsza się wydzielina, często i bolesność, wrzód się oczyszcza. Raz występuje zanikanie ognisk, innym razem rozpad nowotworu. B. leczył w ten sposób już kilka przypadków. Rozległy mięsak jelit u dziecka zmniejszył się znacznie, lecz dziecko to w końcu umarło. W przypadku raka po toczniu, nastąpiło wyleczenie, lecz przypadek ten leczony był przedtem rentgenizacyą. W przypadku raka policzka wynik był bardzo dobry, co i drobnowidowo dało się stwierdzić. W końcu przy ogromnym raku szyi, wychodzącym z gruczołu tarczowego osięgnął B. przez wstrzykiwania tak silny rozpad, że następowo guz dał się łatwo usunąć, chory jednak potem umarł. Badanie drobnowidowe wyjętego guza stwierdziło martwicę tkanki nowotworowej. Na sekcyi stwierdzono jeszcze ogniska przy kręgosłupie. B. wątpi, czy zapomocą wstrzykiwań obcej krwi będzie można leczyć raka; próby dotychczasowe uprawniają jednak do dalszych doświadczeń. — W ten sposób można też próbować leczyć przerost sterczu (w 3 przypadkach miał B. wynik wcale dobry), a może i wole. *Klęsk.*

Wickmann. **Doświadczalne badania nad biologicznem działaniem w głąb światła lamp kwarcowej i Finsenowskiej.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 28). Autor badał różnicę działania w głąb lampy kwarcowej i Finsenowskiej, przepuszczając promienie przez ucho królika na skórę ludzką i przekonał się, że lampa Finsena działa silniej i głębiej. Natomiast przy przepuszczeniu światła lampy kwarcowej przez rozczyn błękitu metylenowego 1: 10.000, a więc przy usunięciu części promieni pozafioletowych, działanie jej nietylko się wzmaga, ale przewyższa znacznie skuteczność działania lampy Finsena. Ponieważ lampa kwarcowa dozwala nadto naświetlać wielkie powierzchnie, sposób obchodzenia się z nią jest prosty, i lampa ta nie zużywa wiele prądu, przeto sądzi autor, że wobec tego przenieść ją należy nad lampę Finsenowską. *Klęsk.*

Fricker. **Leczenie tężca surowicą.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 88, Z. 4—6). W klinice wewnętrznej i chirurgicznej w Bazylei spostrzegano 40 przypadków tężca, 18 leczono bez surowicy, 2 wyzdrowienia, 22 surowicą, 9 wyzdrowień. Wczas i silnie objawiające się trudności w połykaniu każą źle rokować. W przypadkach krótkiego okresu wylęgania się choroby ewentualne zejście śmiertelne występuje znacznie później i odwrotnie. Prócz leczenia ogólnego nie należy nigdy zapominać o energicznem miejscowem chirurgicznem leczeniu. *Klęsk.*

Friedländer i Meyer. **W sprawie tężca o typie głowowym Rosego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 28). Rose opisał osobny rodzaj tężca, a raczej tegoż postać kliniczną, zajmującą tylko głowę. Na podstawie odpowiedniego przypadku zajmują się F. i M. dalej tą sprawą. Tężec głowowy występuje zwykle po zranieniu okolicy oczodołu. Cechuje go porażenie nerwu twarzowego obwodowe, dalej porażenie mięśni ocznych i połykania, ślinotok, szczękościsk, natomiast brak zupełnie stężenia karku. Cierpienie to mimo zajęcia nielicznych mięśni i często mimo późnego wystąpienia po urazie przebiega bardzo groźnie *Klęsk.*

Terrier i Mercade. **Uwagi z przyczyny 2 przypadków bezskutecznego wstrzykiwania surowicy przeciwtężcowej.** (*Revue de Chir.* 1907, Nr 1). Ranę zanieczyszczoną radzą T. i M. wymywać wodą utlenioną, wydzielinę z rany wstrzykiwać myszom w celu jak najrychlejszego rozpoznania i w każdym przypadku zapobiegawczo wstrzyknąć 10—20 ctm.³ do odpowiednich nerwów. Gdy już objawy tężca wystąpią, amputacya niema żadnego znaczenia, natomiast lepiej może stosować przecięcie odpowiednich nerwów, którymi się jad szerzy, po wyleczeniu bowiem można dokonać ich zeszycia. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Fricker. **W sprawie wyników leczenia tężca, zwłaszcza zapomocą surowicy.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* 88, 4—6). Zestawiwszy wszystkie największe dotychczasowe statystyki i najpoważniejsze zapatrywania na leczenie tężca surowicą, dochodzi F. do wniosku, że na podstawie tych danych o skuteczności tego sposobu leczenia nie można jeszcze wypowiedzieć stanowczego zdania. Słabą stroną tych wszystkich zestawień i wyników leczniczych stanowią bowiem: rozmaita jadowitość zarazka, rodzaj rany, rozmaita odporność osobnicza na ten rodzaj zakażenia, stosowanie równoczesne innych zabiegów i bardzo wiele innych okoliczności. Z innych sposobów leczenia, nastrzykiwania karbolu zachęcają do dalszych prób. Na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń gruntowne oczyszczanie i odkażenie rany, wycięcie daleko w częściach zdrowych, amputacya, po-

winny stać na pierwszem miejscu. Zastosowaniu amputacyi przypisuje F. bardzo mały odsetek śmiertelności we własnej statystyce, obejmującej 18 przypadków z czasów przedsurowiczych i 22 leczonych surowicą przy równoczesnem postępowaniu doszczętnem. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Jellinek. **Patologia, zapobieganie i leczenie rażeń elektrycznością.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 10—11, 1907). Podział na rażenia elektrycznością atmosferyczną i na rażenia elektrycznością techniczną, mimo że istota sprawy i obraz chorobowy są prawie jednakie, przyjęto ze względów praktycznych. Przy rażeniach technicznych, którym najczęściej ulegają robotnicy w zakładach elektrycznych, chodzi zwykle o jednobiegunowe zetknięcie się z prądem. Jeśli podstawa, na której znajduje się rażony, jest złym przewodnikiem elektryczności (izolatorem), to zetknięcie to jest zupełnie nieszkodliwe i niebolesne i włączenia osobnika w krążenie prądu niema. Gdy jednak robotnik stoi na dobrym przewodniku elektryczności (żelazo), to prąd przechodzi przez rękę, kadłub, nogi do ziemi, lub też, gdy ręka druga dotyka drugiego bieguna prądu, przez ręce, kark, twarz, i wywołuje rażenia. Rażenie powstaje najczęściej przez zetknięcie z prądem, rzadziej przez wyładowanie statyczne zapomocą iskry. Rażenia atmosferyczne dzielimy na prawdziwe, w których rażenie wywołuje elektryczność sama i rzekome, w których rażenia wywołują wpływy uboczne, n. p. zagęszczenie powietrza i t. p. Rażenia atm. prawdziwe mogą powstawać wprost lub też za pośrednictwem drutów telegraficznych z dalekiej nieraz odległości. Nasuwa się pytanie, jakie napięcie jest już dla człowieka niebezpieczne? Różnice są tu bardzo wielkie; i tak, zauważono rażenia śmiertelne prądem o napięciu 65 volt, a utrzymanie życia po rażeniu prądem o napięciu 5000 volt. W kołach technicznych przyjęto jako granicę niebezpieczeństwa 500 volt dla prądów jednostajnych, a 300 volt dla prądów zmiennych. Autor uważa jednak już prądy o napięciu 100 volt za niebezpieczne. Autor podaje wzór wskazujący, od czego zależy wielkość animalnego skutku, a mianowicie: $\rho . \frac{V.A.t.P\ (2P)}{\Omega} . k_1 . k_2$, gdzie ρ = kierunek, V = volta, A = amper, t = czas, P = biegun, Ω = ohm, k_1 i k_2 ilości stałe). Ω (opór) jest zależne od wilgotności skóry i t. d., k_1 i od somatycznego stanu człowieka rażonego (tak np. w czasie snu, narkozy, prądy o wysokiem napięciu bywają znoszone zupełnie bez szkody), k_2 jest stałą, obliczoną na podstawie doświadczeń dla człowieka i zwierząt, które wobec elektryczności rozmaicie są odporne. Do objawów miejscowych, występujących po rażeniu, zalicza J. rany ze spalenia, zmiany włosów, memechaniczne rozdarcia, przedziurawienia tkanek, powierzchowną zgorzel, impregnacyę skóry tlenkami metali, wybroczyny, obrzęki, rumień, figury rażenne (Blitzfiguren), plamy barwikowe. Objawy ogólne dzieli J. na wczesne i późne. Do objawów wczesnych należy utrata przytomności, kurcze mięśni, porażenia, upośledzenie krążenia, oddychania, białkomocz, zatrzymanie lub mimowolny odpływ moczu, żółtaczka, bębnica, zaparcie stolca, obrzęki ostre, gorączka. Utrata przytomności jest albo przejściową, lub też dłużej trwającą, połączoną z zapadem i niepamięcią. Czasem przyłączają się objawy uciskowe: zwolnienie tętna, wymioty, lub objawy wstrząsu mózgowego. Nieraz jednak bardzo ciężkie rażenia przebiegają bez utraty przytomności. Objawy ruchowe, najczęstsze przy rażeniach, polegają albo na całkowitem porażeniu, albo na kurczach stałych (tonicznych), przechodzących po przerwaniu prądu w porażenie. W wyjątkowych przypadkach mimo przerwania prądu kurcze trwają dalej, dając obraz typowego napadu padaczkowego. Groźne są objawy w zakresie serca i oddychania, polegające na nieregularności lub też na całkowitem zatamowaniu czynności. Z objawów późnych należy wyłączyć wszystkie, nie stojące w ścisłym związku z rażeniem, więc np. nerwice urazowe i t. p. Objawy późne wystąpiły w $^1/_3$ przypadków, spostrzeganych przez autora, w postaci: lekkich przemijających zaburzeń umysłowych z urojeniami prześladowczemi, porażeń mięśni z zaburzeniami czuciowemi i odczynem zwyrodnienia, objawów trofoneurotycznych, przewlekłych spraw w stawach, wiodących do zaniku i zesztywnienia, objawów zatoru mózgowego, porażenia postępującego, napadów padaczkowatych, dusznicy sercowej, niewyrównania czynności serca. Tu zaliczyć należy powstawanie zaćmy, plam barwikowych. Anatomicznie stwierdza się zmiany najwybitniejsze w zakresie układu nerwowego. Komórka nerwowa jest najwrażliwszą na działanie prądu. Zmiany wczesne polegają na zmianach w skórze, zgorzeli punkcikowatej skóry; w zakresie układu nerwowego spotyka się wybroczyny, zniszczenie komórek nerwowych, przemieszczenie jąder, przedarcie ścian naczyń. Do zmian późniejszych należą zaniki nerwów obwodowych, zaniki przednich i bocznych powrózków rdzenia, zaniki zwojów nerwowych. Przyczyną śmierci przy rażeniach jest tak porażenie oddychania i czynności serca, jak i porażenia mięśni i kurcze. J. przypuszcza, że chodzi tu o śmierć pozorną, która następnie przechodzi w ostateczną. Zauważył on, że podczas rażenia wzrasta znacznie ciśnienie wśródczaszkowe. Nasuwa się przypuszczenie, że przez usunięcie ucisku ratunek byłby możliwy. Rozpoznanie nie jest trudne. Opiera się ono na wywiadach, odszukaniu przewodnika prądu lub stwierdzeniu działania elektryczności atmosferycznej, na rozdarciu, względnie spaleniu ubrania, na cechujących zmianach skóry. Rokowanie jest bardzo poważne w tych przypadkach, w których następują zaburzenia oddychania lub krążenia. Kurcze, porażenia, utrata przytomności mijają zwykle po kilku godzinach. Na 37 porażeń, spostrzeganych przez J., 7 przebiegało śmiertelnie, 10 z objawami późnymi (z tych u 4 trwała niezdolność do pracy), 20 natomiast porażonych wróciło do zupełnego zdrowia. Leczenie polega na wyłączeniu rażonego z prądu (przytem zwracał J. uwagę na konieczność dokładnej izolacyi ratującego), na zastosowaniu sztucznego oddychania, miesienia i faradyzacyi serca w połączeniu z upustem krwi z żyły; wstrzykiwaniem kamfory, adrenaliny. Dalej poleca autor wykonanie nakłucia lędźwiowego. W przypadkach zupełnie beznadziejnych możnaby użyć bardzo silnego prądu, opierając się na doświadczeniach na zwierzętach, zabitych prądem, których serce pod wpływem takiegoż prądu w tym samym kierunku działającego na nowo bić zaczynało. Dobrze działają ciepłe kąpiele długie z zimnym okładem na głowę. Ze względu na niebezpieczeństwo zaburzeń mózgowych starać się trzeba o dobrą opiekę nad chorym. Zapobieganie polega na rozpowszechnieniu wśród społeczeństwa wiadomości o niebezpieczeństwie rażenia i zabezpieczaniu przed rażeniem zapomocą starannej izolacyi przewodów elektrycznych. *Dr Witold Skórczewski.*

Molitoris. **W sprawie gnicia płuc noworodków.** (Odczyt na Zjeździe niem. Tow. med. sąd. w Stuttgarcie, 1906). (*Vierteljahrschr. f. ger. Med.* T. 33, 1907). Zapatrywanie, jakoby rozległe gnicie płuc i nagromadzenie gazów w postaci pęcherzy pod opłucną dowodziło, że noworodek oddychał, jest mylne, a dodatni wynik próby płucnej jest w tych warunkach bezwartościowy. Prawdopodobnie w zwłokach noworodków rozchodzą się bakterye gnilne od pępowiny po całym ustroju za pośrednictwem krwi. Te, już dawniej wypowiedziane zapatrywania, potwierdza M. doświadczeniami. Na zwłokach płodów różnego wieku, które z pewnością nie wykonały żadnych ruchów oddechowych, zakażał M. naczynia pępowinowe czystą hodowlą prątka okrężnicowego, zwłoki takie przechowywał pod zasłoną muślinową i już po 24 godz. stwierdzał w tkance podskórnej brzucha obecność gazów, a po 48 godz. wszystkie narządy wewnętrzne zawierały pęcherze gazów, nie wyłączając tkanki podopłucnej i płuc, które, rzucone na wodę, nie tonęły. *Bujak.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 30. kwietnia 1907 r.

1) Bregman przedstawia chorą, dotkniętą **ostrym bezładem** (*ataxia acuta*). 14-letnia dziewczyna zachorowała nagle przed 3 tygodniami. Wstała zrana z bolem głowy. Potem nagle upadła sztywniejąc. Padając wbiła sobie szpilkę w okolicę potylicy. Czy była utrata świadomości, niewiadomo. Zawroty głowy, parestezye w kończynach górnych, a w samym początku i w kończynach dolnych. Górnemi nie poruszała wcale, nie wiedziała, gdzie leżą. Przy ruchach biernych ból. Ciepłota przez pierwsze 2 dni do 40°, na trzeci dzień spadła. Po kilku dniach ruchy palców wróciły, po tygodniu zaczęto ją sadzać w łóżku, przed przybyciem do szpitala wstała, zataczała się, jak pijana. Przedmiotowo: 1) silny bezład kończyn górnych, przy zamknięciu ócz jeszcze się nieco powiększa, 2) niedowład kończyn górnych, zwłaszcza m. naramienny, trójgłowy, wyprostne napięstka, palców, 3) bezład przy chodzeniu i obracaniu się 4) w kończynach dolnych brak niedowładu i bezładu, 5) brak bolów i parestezyi w kończynach, nerwy obwodowe mało bolesne, 6) odruchy ścięgnowe kończyn górnych i dolnych bardzo wzmożone, *pseudoclonus*, 7) nietypowy objaw Babińskiego, 8) znaczne zaburzenia czucia położenia w kończynach górnych we wszystkich stawach,

bardzo lekkie, obwodowe czucia dotykowego, 9) brak bólów i zawrotów głowy, zaburzeń nerwów mózgowych, zmian pobudliwości elektrycznej, zaburzeń moczowych. Prelegent przypuszcza ostre zakażenie, które dotknęło układ nerwowy i którego głównym objawem jest bezład. Przypadki takie w piśmiennictwie nie liczne, tłomaczono w części zajęciem nerwów obwodowych, w części zaś sprowadzano do zaburzeń ośrodkowych. W danym przypadku za cierpieniem obwodowem mogłyby przemawiać bóle początkowe przy ruchach biernych i (nieznaczna wprawdzie) bolesność nerwów. Przeciw temu i za cierpieniem ośrodkowem — wzmożenie odruchów, typ porażenia, bezład nietylko obwodowy, ale i móżdżkowy. Zaburzenia czucia głębokiego spostrzegano także i w przypadkach, zaliczonych do ośrodkowych.

2) Bregman przedstawia przypadek **histeryi z ogólnem znieczuleniem**. Zaburzenia czucia w histeryi występują b. często w postaci wysp, zajmują odcinki kończyn lub całą połowę ciała, natomiast ogólne znieczulenie jest bardzo rzadkie. U przedstawionej chorej stwierdzono: zniesienie zupełne wszystkich rodzajów czucia. Chora znosi najsilniejsze prądy (m. i na wargach, na języku) bez najmniejszego drgnięcia. Powonienie i smak zniesione. Wzrok i słuch zachowane. Pole widzenia dośrodkowo zwężone. Barwy rozpoznaje z wahaniem. Brak uczucia zmęczenia, głodu, sytości. Nie doznaje pełności w żołądku po wlaniu przez zgłębnik 2000 wody, nie czuje, czy się wlewa wodę zimną lub gorącą. Błony śluzowe jamy ustnej, gardła, krtani nieczułe, odruchy zniesione; tylko z tylnej ściany krtani otrzymuje się odruch połykowy. Chora nie uczuwa potrzeby oddania moczu i stolca, nie wie czy ma miesiączkę. Odruch rogówki wyniesiony, również spojówkowy, nosa, ucha. Hypnoza nie udaje się. Chora zdaje sobie sprawę ze swego stanu. Nie może nic robić, niczem się zająć. Stan ten występuje napadowo, od 12 lat. Z początku napady krótkie, potem coraz dłuższe. Obecny od 8 miesięcy. W ostatnim czasie poprawa. W okresach między napadami chora pracować może, nie jest podniecona, miewa napady bólów głowy, ogólnego osłabienia, »mdlenia« kończyn. Matka i siostra miewają napady histeryczne.

3) Wacław Łapiński przedstawił 2½ rocznego chłopca, dotkniętego **przetoką moczownika** (*fistula urachi*). Od urodzenia mocz stale się sączy przez pępek. Pępek — duży, płaski i cały pofałdowany; pośrodku znajduje się maleńki otwór, przez który daje się wprowadzić cienki zgłębnik wgłąb na parę centymetrów ku dołowi; ze strony prawej w bliznie pępkowej znajduje się naczyniak wielkości ziarnka grochu. Chłopiec oddaje również mocz przez cewkę moczową, której ujście znajduje się nieprawidłowo na spodzie prącia (spodziectwo). Wobec niepewnych wyników, jakie daje zalecane w celach leczniczych przyżeganie przetoki żegadłem, zamierza Ł. wykonać zabieg doszczętny, t. j. otworzyć jamę brzuszną i przetokę zeszyć.

4) Czesław Otto wygłosił odczyt: **Gruźlica włóknista płuc z wylewem krwi do mózgu u 13-letniej dziewczynki.** Chora w ostatnim roku traciła 3 razy przytomność na kilka godzin, poczem stopniowo w ciągu 2—3 dni powracała do stanu prawidłowego. Utratę przytomności poprzedzał zawsze ból głowy, trwający kilkanaście godzin. Ostatni raz utrata przytomności trwała kilka dni, przyczem wystąpiło porażenie połowicze i objawy oponowe. Rozpoznano wylew krwi do mózgu i gruźlicę płuc, co autopsya stwierdziła. Mikroskopowo stwierdzono w płucach typową gruźlicę włóknistą, spotykaną tylko w wieku starszym i nie opisaną dotąd w wieku dziecięcym. Badanie mózgu wykryło kiłowe zmiany naczyń (*Lues hereditaria*).

Posiedzenie kliniczne z dnia 7. maja 1907 r.

2) Starkiewicz miał odczyt: **W sprawie patogenezy przewlekłej żółtaczki wrodzonej** (*icterus acholuricus congenitus cum splenomegalia*). Punktem wyjścia odczytu był przypadek żółtaczki wrodzonej u chłopca 15-letniego, spostrzegany w oddziale K. Chełchowskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus. Żółtaczka cechowała się acholuryą, urobilinuryą, brakiem objawów zatkania wielkich przewodów żółciowych, znacznem obrzmieniem śledziony; zwiększała się pod wpływem znużenia fizycznego i zimna. Od paru tygodni napady kolki wątrobnej. Żółtaczkę tego typu, odmienną pod wieloma względami od zwykłych żółtaczek u noworodków oraz od żółtaczek nabytych, spostrzegał poraz pierwszy Minkowski w r. 1900 u 8 członków jednej rodziny. W jedynym przypadku sekcyjnym tego autora (śmierć z powodu zapalenia płuc) nie stwierdzono żadnych zmian chorobowych w wątrobie, natomiast znaleziono obfitość złogów barwnika, zawierającego Fe, w narządach wydzielniczych, zwłaszcza w nerkach. Na tej zasadzie Minkowski upatruje przyczynę żółtaczki nie w cierpieniu wątroby, lecz we wzmożonym rozpadzie krwi, może wskutek pierwotnego cierpienia śledziony. Przypuszczenie to popierał Bettmann, który w przypadku swoim stwierdził napadową i doświadczalną hemoglobinemię. Obrzmienie śledziony Bettmann tłómaczy wzmożoną jej czynnością, skierowaną ku przetwarzaniu szczątków zniszczonych krążków krwi. W trzech spostrzeżeniach Picka brak było obrzmienia śledziony; — autor ten przyczyny żółtaczki dopatruje w przypuszczalnej wrodzonej niesprawności wątroby lub też w nieprawidłowej komunikacyi wrodzonej pomiędzy drogami żółciowemi, a limfatycznemi. W przypadku Krannhalsa żółtaczka zjawiła się u kobiety dorosłej po drugim porodzie; obrzmienie śledziony poprzedzało na lat kilka wystąpienie żółtaczki. Podobne przypadki żółtaczki nabytej pochodzenia wątrobnego opisywali Hayem i Lévy. Teorya tych autorów, składająca przyczynę żółtaczki przewlekłej acholurycznej na karb łagodnego zakażenia drobnych przewodów żółciowych, odbiła się na poglądach późniejszych autorów francuskich. Gilbert, Casbaigne i Lereboullet rozpatrują przypadki żółtaczki Minkowskiego łącznie z nabytemi żółtaczkami acholurycznemi, nadając im wspólną nazwę »cholémie simple familiale«. Vidal i Ravaut w celu wyjaśnienia patogenezy cierpienia przypuszczają wrodzoną skazę komórki wątrobnej jako rodzaj piętna zwyrodnienia i wskutek tego wtórną policholię i pleiochromię żółci. Chauffard popiera teoryę hemolityczną poważnymi dowodami klinicznymi. W przypadku jego żółtaczka zwiększała się w przebiegu ostrej niedokrwistości, którą przebywał chory. Przy badaniu krwi autor stwierdził wybitne obniżenie odporności czerwonych krążków, zmniejszenie ich wymiarów, do 5,8 m., zwiększenie ilości myelocytów. Hemoliza doświadczalna zaczynała się już w rozczynach 0,62 prc. Nacl, a kończyła się dopiero w rozczynie 0,36 prc. To zmniejszenie odporności czerwonych krążków ma być przyczyną wzmożonego rozpadu krwi (hemolizy) i pośrednio wtórnej żółtaczki pleiochromicznej.

W przypadku prelegenta badanie sprawności czynnościowej wątroby zaburzeń jej nie wykryło. We krwi stwierdzono umiarkowaną oligocytemię, wodnistość (16,77 prc. suchej pozostałości krwi), nieznaczną poikilocytozę obok wyraźnej polichromatofilii i mikrocytozy. Odporność krążków była wybitnie zmniejszona (hemoliza doświadczalna zaczynała się już w rozczynie 0,7 prc. NaCl). Zgodnie z wysoką izotonią krwi punkt jej zamarzania znaleziono niezmiernie nizki, bo — 0,87 przy Δ moczu — 1,71. To podniesienie stężenia cząsteczkowego surowicy do liczb hyperosmotycznych możnaby uważać z punktu widzenia celowości za zjawisko korzystne dla ustroju, bo zabezpieczające kruche krążki krwi od rozpadu. W celu zupełnego wyświetlenia nizkiej δ pożądanemby było określenie chlorków we krwi, a może i jej przemiany gazowej; zwiększenie ilości chlorków, oraz dodatkowo może wzmożenie napięcia CO_2 we krwi tłómaczyłyby obniżenie jej punktu zamarzania.

W dyskusyi Rzętkowski uważa powiększenie śledziony w tych razach za wyraz hyperprodukcyi erytrocytów, za powiększenie wskutek wzmożenia działalności wobec znacznego rozpadu czerwonych krążków, jaki w tych razach zachodzi i jaki przez organy krwiotwórcze musi być wyrównany. — Anastazy Landau zwraca uwagę na współrzędne istnienie w przypadku prelegenta dwu zjawisk: małej wydajności azotu w moczu i nizkiego punktu zamarzania krwi. L. gotów jest owo zmniejszenie w moczu uważać za objaw niedomogi czynnościowej nerek, na korzyść czego przemawia również wynik badania kryoskopowego krwi.

2) Połański odczytał rzecz p. t.: **Zmiany chorobowe oraz powikłania w nosie, gardle, krtani, tchawicy i narządzie słuchowym przy grypie.** Grypa jako choroba ogólna jest skutkiem swoistych zarazków, które prócz ogólnych objawów niezmiernie często są przyczyną powstania spraw zapalnych w miejscu swego pierwotnego siedliska, t. j. w różnych odcinkach dróg oddechowych, poczynając od błony śluzowej nosa, a kończąc na pęcherzykach płucnych i uchu środkowem, które jest w ścisłym związku z jamą nosowogardłową. P. zwraca szczególną uwagę na nadzwyczaj częste cierpienia zatok bocznych nosa, przy grypie. Grypa obecnie jest uważaną za najczęstszą przyczynę powstawania t. zw. ropotoków ostrych, a co za tem idzie, i spraw przewlekłych zatok bocznych nosa. Jeżeli zaś w praktyce cierpienia zatok bocznych nosa przy grypie spostrzega się rzadziej, pochodzi to wskutek tego, że w ogromnej swej większości sprawy zapalne zatok, szczególnie ostre, ulegają samowyleczeniu. Najważniejszym warunkiem samowyleczenia się ostrego ropotoku którejkolwiek jamy bocznej nosa jest aby wysięk, jaki się utworzył w zatoce bocznej nosa miał łatwe ujście do głównych jam nosowych przez t. zw. *ostia* (*maxillare*, *nasofrontale* i t. d.). P. zwraca szczególną uwagę na leczenie ostrych ropo-

toków zatok bocznych nosa, by nie dopuścić do przejścia sprawy w przewlekłą, przy której nieraz i t. zw. doszczętna operacya nie daje dostatecznych wyników. Za najlepszą operacyę doszczętną uważa P. metodę Luc-Cadvella; metodę zaś Desault-Küstera należałoby obecnie już zupełnie zarzucić. Sprawy grypowe w krtani mają wiele cech znamiennych, szczególnie struny głosowe prawdziwe wyglądają charakterystycznie. Rosenberg jedynie przy grypie w ostrem zapaleniu krtani na strunach fałszywych kilkakrotnie spostrzegał ropną wydzielinę w miejscu gruczołów śluzowych. Głos bywa zwykle znacznie zmieniony, niekiedy dochodzi do zupełnego bezgłosu. Wydzielina zasycha w strupy, które bywają przyczyną ogromnej duszności. Pobudzenia kaszlowe wskutek tego bywają mocne i częste, powodując często krwioplucie krtaniowe. Jeszcze znamienniejszą dla grypy jest t. zw. *laryngitis haemoragica*, która bywa przyczyną prawdziwych krwotoków krtaniowych. Jako powikłanie zdarza się przy grypie *laryngitis submucosa acuta*, przyczem dojść może do uformowania się ropnia w krtani. P. przytacza 2 własne takie przypadki. W przypadkach grypy, gdy tchawica jest zajęta, dominującym objawem bywa suchy, męczący kaszel, podobny do napadów krztuścowych. — Co się tyczy zmian chorobowych w narządzie słuchowym, to przedewszystkiem podczas epidemii grypy ilość chorych na uszy znacznie się zwiększa. Zaburzenia uszne zdarzają się przy 2 postaciach grypy: przy nieżytowej i t. zw. »nerwowej«. Przy grypie »nerwowej« nie ma żadnych zazwyczaj objawów nieżytowych ze strony dróg oddechowych, tylko ogólne objawy podrażnienia całego systemu nerwowego w większym lub mniejszym stopniu; zaburzenia narządu słuchowego dotyczą wyłącznie błędnika i polegają na nadmiernej wrażliwości na tony i szmery (przeczulica słuchowa), na zawrotach głowy, zaburzeniach równowagi; słuch przytem bywa zwykle zupełnie dobry, objawów zapalnych niema żadnych i ucho środkowe jest zupełnie wolne. Zwykle w krótkim czasie następuje powrót do zdrowia. Nader rzadkie są przypadki, w których słuch szybko się pogarsza i wkrótce następuje zupełna głuchota. Znamienne dla grypy jest krwotoczne zapalenie ucha środkowego z krwawą wydzieliną. Oprócz postaci krwotocznej równie często zdarza się przy grypie ostre zapalenie ropne ucha średniego, bez krwawych pęcherzyków na błonie bębenkowej. Drugą cechą zapaleń ucha środkowego przy grypie jest, że przebiega ono zazwyczaj bardzo gwałtownie; bole niezwykle silne rozchodzą się na całą głowę, ramię, a nawet na klatkę piersiową; słuch szybko się pogarsza, tak że w ciągu 6—10 godzin może nastąpić zupełna głuchota. Wreszcie zapalenia ucha środkowego przy grypie mają jeszcze i tę własność, że często towarzyszą im niebezpieczne dla życia chorego powikłania w postaci przejścia sprawy zapalnej na kość, opony mózgowe, zatokę poprzeczną i t. p. Niezmiernie szybko, bo już w 2—3 tygodni może rozwinąć się ostre próchnienie kości. Ostre zapalenie ucha środkowego przy grypie, podobnie, jak i przy innych chorobach zakaźnych, może przejść w przewlekłe.

3) Tuchendler Antoni przedstawia 18-letniego młodzieńca, który z powodu przypadkowego połknięcia szczęki sztucznej z trzema zębami, przez kilka tygodni miał dolegliwości ze strony przełyku. Rozpoznanie tego ciała obcego w przełyku natrafiało na trudności, ponieważ tak się usadowiło, że najgrubsze zgłębniki swobodnie obok niego do żołądka przechodziły; dopiero przy pomocy ezofagoskopii udało się T. wspólnie z kol. Oderfeldem stwierdzić obecność szczęki w przełyku. Dla wydobycia jej postanowiono wykonać ezofagostomię; następnego dnia, z powodu kilkakrotnego ezofagoskopowania, ześliznęła się do żołądka, a po 8 dniach odeszła ze stolcem, widocznie zatrzymując się we wszystkich węższych odcinkach kiszek. T. podnosi wartość badania ezofagoskopowego dla rozpoznawania ciał obcych w przełyku i zarazem przypomina, że nie należy się spieszyć z wydobywaniem ich przez usta, połączonem często, jak wiadomo, z trudnościami i fatalnemi następstwami. *Dr. Ign. L.*

Kronika historyczna na wrzesień.

Zestawił

Dr Adam Langie.

7. września 1816 r. urodził się w Bernie Ferdynand Hebra, jeden z wybitnych przedstawicieli nowej szkoły wiedeńskiej. Zerwał on w dermatolologii z dawną teoryą, opartą na zasadach patologii humoralnej, rozwinął dyagnostykę i leczenie i wskazał na miejscowe zadrażnienie, względnie na pasorzyty, jako na przyczynę wielu chorób skórnych. Wydał znakomity atlas chorób skórnych (1876 r.) i podręcznik tychże chorób (1860 r.). Hebra studyował medycynę w Wiedniu, gdzie 1842 r. został docentem, 1849 r. nadzwyczajnym, a 1869 r. zwyczajnym profesorem. Umarł 1880 r.

8. września 1675 r. odkrywa Antoni Leeuwenhoek wymoczki przy pomocy ulepszonego przez siebie mikroskopu, wynalezionego już na początku XVII wieku przez Holendra Korneliusza Drebbela (według innych źródeł przez optyków holenderskich braci Janssen). Odkrycie Leeuwenhoeka stało się pierwszą podstawą późniejszej o dwa stulecia bakteryologii, a na razie wywarło niezmierny wpływ na rozwój badań drobnowidowych w anatomii, fizyologii i wogóle we wszystkich naukach przyrodniczych; jego badania naczyń włosowatych poparły teoryę Harveya. Prócz tego wykrył on włókna soczewki oka i plemniki, oraz objaśnił akomodacyę zmienną kształtu soczewki. Urodził się 1632 r.; z początku był buchalterem w Amsterdamie i dopiero w 22 roku życia rozpoczął badania drobnowidowe, a chociaż prowadził je bez planu i bez należytego przygotowania, doszedł wytrwałą pracą do zdumiewających wyników.

17. września 1178 r. umiera święta Hildegarda, słynna lekarka XII stulecia, autorka dzieł »Physica« i »Causa et curae«, wybitna przedstawicielka średniowiecznej medycyny klasztornej. Urodzona w r. 1098, z początku przełożona klasztoru w Disibodenberg, następnie założonego przez siebie klasztoru w Bingium. Sławne też w całej Europie były jej proroctwa, spisane potem w »Visionum et Revelationum libri tres«, jak również energiczne występowanie przeciw zniewieściałości duchowieństwa.

21. września 1873 r. umiera August Nélaton. Urodzony 1807 r., od roku 1851 profesor kliniki chirurgicznej w Paryżu, a od 1866 roku przyboczny lekarz Napoleona III.; mianowany 1868 r. senatorem. Należy do najznakomitszych chirurgów francuskich, a sława jego jako bystrego dyagnosty i operatora równa się głośnej jego sławie, jako uczonego autora wielu dzieł chirurgicznych, rozpraw z zakresu operacyi ocznych i narządu moczowego, oraz wynalazcy różnych niezbędnych narzędzi (cewnik Nélatona). Popularność jego wzrosła jeszcze bardziej po udanej szczęśliwie operacyi Garibaldiego, u którego tkwiącą głęboko w nodze kulę po bitwie pod Aspromante, wyśledził przy pomocy swego nowego zgłębnika o porcelanowej główce.

24. września 1904 r. umiera Nils Ryberg Finsen w Kopenhadze, (ur. 1860 r.), którego leczenie zapomocą światła słonecznego czystego i barwnego wskazało nowe pole dla terapii chorób skórnych.

30. września 1846 r. pierwsze uśpienie eterem, wykonane przez Mortona, dentystę w Bostonie. Historya tego doniosłego w medycynie wypadku przedstawia się według Pagela pokrótce tak: Bartoński lekarz Karol Jackson odkrył przypadkowo przy doświadczeniach chemicznych usypiające działanie eteru siarczanego w r. 1833, ale mimo zachęcających prób, przedsiębranych przez niego w latach 1841 i 1842, nie kwapiono się z użyciem środka tego przy operacyach. Dopiero Morton, namówiony przez Jacksona, użył eteru przy wyjęciu zęba, a gdy skutek pomyślny uwieńczył próbę, zastosował w tym samym zaraz roku eteryzacyę John Collius Waaren, operator szpitala w Bostonie, przy wyłuszczaniu guzów na szyi, a 7. listopada Hayward przy amputacyi uda (tamże). Jakkolwiek palmę pierwszeństwa zdobyć chciał Crawford Long, twierdząc, że już w latach 1842 do 1845 wykonywał mniejsze operacye w uśpieniu eterowem, to spór o to toczył się głównie między Jacksonem a Mortonem, nierozstrzygnięty ostatecznie, gdyż nawet paryska Akademia przyznała każdemu z nich po połowie wielkiej nagrody Monthyona. Już jednak w r. 1847 zastąpił Simpson eter chloroformem (porównaj »Kronikę historyczną za listopad« w Nrze 48 »Przegl. lek.« z 1906 r.). Był jeszcze jeden współzawodnik o pierwszeństwo wynalazku uśpienia: Horacy Wells, lekarz w Hartfordzie, używający przy wyjmowaniu zębów gazu rozweselającego; wziął on sobie tak do serca sławę wynalazku, przyznaną Jacksonowi, który widział jego nieudane próby i prawdopodobnie pod ich wpływem rozpoczął doświadczenia z eterem, że w roku 1847 odebrał sobie życie.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Choroby zakaźne w Krakowie od 18. do 24. VIII. 1907 było przypadków: płonicy 5 † 1, błonicy 2 † 1, duru brzusznego 1, cholery dzieci 2 † 2, róży 2. *W.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 11. do 17. VIII. 1907 urodziło się dzieci żywo 49, nieżywo 3; zmarło osób 36 (w tem obcych 15), z nich z gruźlicy 7 (6), płonicy 1, cholery niemowląt 2. — Od 18. do 24. VIII. 1907 urodziło się dzieci żywo 46, nieżywo 2; zmarło osób 42 (w tem obcych 15), z powodu gruźlicy 10 (5), zapalenie płuc 2, błonicy 1, płonicy 1, cholery niemowląt 2, śmierci gwałtownej 1. *S.*

Cholera. Dotychczasowe badania bakteryologiczne wydzielin osób, zmarłych w Brześciu lit., podjęte przez dra Palmirskiego z Warszawy, stwierdzić miały obecność przecinkowców takich, jak w czasie epidemii z r. 1905, zawleczonej do Prus, (gdzie zresztą uważano ją za prawdziwą cholerę).

Ospa. W Wiedniu w okręgu X. i XI. szerzy się nagminnie ospa — zgłoszono dotychczas 56 wypadków.

Wiadomości bieżące.

Zdrojowiska polskie. W Połądze, jedynem uzdrowisku nadmorskiem, znajdującem się w rękach polskich, zawiązało się »Towarzystwo przyjaciół Połągi« celem podniesienia tego uzdrowiska i badań naukowych. Do grona założycieli należą z lekarzy dr T. Dembowski i dr W. Zahorski z Wilna, dr Skowroński z Warszawy, dr Jokiel z Łodzi. — Wystawa balneologiczna, zamierzona w Ciechocinku, została odłożona do wiosny roku przyszłego. — W międzynarodowej wystawie balneologicznej w Spa nie wzięły, jak się zdaje, zdrojowiska nasze, prawie wcale udziału pomimo starań, podjętych przez prof. Zaleskiego z Petersburga, który udał się do Spa jako wysłannik rządu rosyjskiego. — Liczbę uzdrowisk galicyjskich zwiększył Burkut, który w r. b. wybijać się poczyna z zapomnienia. — Załamanie się pomostu przy źródle Magdaleny w Szczawnicy, przyczem odniosło potłuczenia kilka osób, przypomniało dosadnie o zaniedbaniu tego zdrojowiska; niestety Akademia Umiejętności, do której Szczawnica należy, niema funduszów na potrzebne inwestycye, a dzierżawcy zdrojowiska niewiele się o nie troszczą.

— Do 7. VIII. w Rabce bawiło osób 2690.

Zakopane. Ustanowiona przez wiedeńskie Koło polskie komisya dla naocznego zbadania potrzeb i braków Zakopanego zebrała się d. 17. b. m. W ankiecie uczestniczyli prócz posłów dra Dietziusa, Germana, Golda, Ptasia, ks. Rzeszódki, Zieleniewskiego i dra Bednarskiego, prof. dr Baranowski, prof. dr Ponikło, dr Janiszewski, dr Żychoń i przedstawiciele władz powiatowych i miejscowych. Uchwalono wypracować szczegółowy memoryał do Koła polskiego.

Warszawa. W d. 1. października r. b. przypada 50 ta rocznica otwarcia b. ces.-król. Akademii medyko-chirurgicznej w Warszawie. Pierwszymi lekarzami tej szkoły byli Władysław Florkiewicz i J. Kwaśniewski. W r. 1862 wcielono zakład ten do nowo utworzonej Szkoły Głównej. Mała garstka lekarzy-jubilatów pracuje do dzisiaj, tym też przesyłamy najszczersze życzenia. *R.*

— W szpitalu wolskim ma być utworzona nadetatowa posada ordynatora-ginekologa. Szpital przy ul. Spokojnej, dotąd stojący pustką, otrzyma wreszcie urządzenie wewnętrzne (kosztem 9500 rb.) dzięki grozie zbliżającej się cholery, która skłoniła władze do energicznych zarządzeń.

Z różnych stron. »Koło lekarskie polskie Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu«, z którego czynności naukowych od lat kilku zdajemy sprawę, przekształci się od jesieni r. b. w samoistny »Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu«, a to wskutek ostatecznego zatwierdzenia ustawy »Związku« przez władze, uzyskanego po kilkakrotnych dopiero staraniach.

— W skład komitetu polskiego na pierwszym międzynarodowym Zjeździe psychiatrów i neurologów, mającym się odbyć między 2. a 7. września w Amsterdamie weszli: Profesorowie Halban, Sieradzki i Twardowski ze Lwowa, Profesorowie Piltz i Wachholz z Krakowa i Drowie Bregman i Flatau z Warszawy. Delegatem galicyjskiego Towarzystwa lekarzy na tym Zjeździe będzie dr Kohlberger.

— Obie Izby szwedzkie uchwaliły dopuszczenie kobiet do katedr na Wydziałach lekarskich i do posad rządowych na równi z mężczyznami.

— 14. b. m. rozpoczął się w Heidelberdze Zjazd międzynarodowy fizyologów.

— Zjazd psychiatrów i neurologów austryackich odbędzie się we Wiedniu 4. i 5. października b. r.

— Skład nowej Akademii lekarskiej w Düsseldorfie jest następujący: Witzel (chirurgia), Hoffmann (med. wewnętrzna), Sellheim (położnictwo), Schlossmann (choroby dzieci), Lubarsch (anatomia patolog.), Wendelstadt (terapia doświadczalna).

Mianowani: Dr Bokay profesorem chorób dzieci w Budapeszcie, dr Seigneux profesorem położnictwa w Genewie. Prof. Garré profesorem chirurgii w Kolonii. Dr Kurajew profesorem chemii lekarskiej w Charkowie.

Zmarli: Dr Stanisław Jaxa-Kwiatkowski w Wilnie. Dr Radkiewicz docent terapeutyki w Moskwie.

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. dr Stanisław Dobrowolski.

Posiedzenie Wydziału Towarz. Samopomocy lekarzy odbędzie się **w czwartek dnia 29. sierpnia 1907** w lokalu Towarzystwa **o godz. 6 wieczór.** Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia. 2) Sprawy bieżące i rozdział referatów.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Na wystawie jubileuszowej w Lipsku dla reformy, urządzenia i higieny mieszkań, jakoteż dla całego gospodarstwa domowego, od 2. do 14. maja b. r. przyznano złoty medal nowemu środkowi odkażającemu »Autan« wyrobu firmy Friedr. Bayer et Co., Elberfeld. Po dodaniu wody wywiązuje proszek ten obfite pary formaldehydowe i wodne, odkażające niechybnie daną przestrzeń.

Rok XLVI. Kraków, dnia 7. września 1907. Nr 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O jadzie błoniczym.

Przez
Dra R. Nitscha.

(Ciąg dalszy.)

Wreszcie zadał sobie Ehrlich pytanie ile t. zw.: jednostek, czyli grup wiążących (Bindungseinheiten (B. E.) (Bindungsgruppen) zawiera 1 A. E. surowicy, względnie równoważna z nią dawka L_0 jadu. Przez jednostkę wiążącą (B. E) rozumie Ehrlich dawkę śmiertelną toksyn, względnie odpowiadającą jej ilość toksoidów lub toksonów, zaś w surowicy 1. B. E. równa się takiej ilości surowicy, która dokładnie zobojętnia 1. D. L. jadu. Otóż Ehrlich utrzymuje, że 1. A. E. (surowicy) $= L_0$ (jadu) $= 200$ B. E. t. zn., że gdyby jad błoniczy składał się tylko z czystego jadu (toksyny), a nie zawierał wcale toksonów, ani toksoidów, to w dawce L_0 jadu zmieściłoby się 200 D. L. (dawek śmiertelnych). Ehrlich doszedł do tego wniosku na tej podstawie, że dość często świeży jad błoniczy *lege artis* uzyskany zawiera w dawce L_0 100 dawek śmiertelnych. Zdarzają się jednak czasem jady, zawierające w L_0 więcej, niż 100 D. L (*maximum* dotąd znane był jeden z jadów Madsena, który w L_+ zawierał 160 D. L.). Zatem L_0 musi na pewne zawierać więcej, niż 100 BE., tem więcej, że każdy swieży jad błoniczy zawiera prócz toksyn właściwych pewne ilości toksonów (według Ehrlicha). Jak dalej wiadomo każdy jad błoniczy po pewnym czasie rozkłada się na toksoidy i badanie wtedy wykonane stwierdza zwykle, że ilość dawek śmiertelnych takiego rozłożonego jadu w $L_0 = 66$, 50, 33, 25 D. L. Znaczy to, że ilość D. L. po zakończeniu przemian w jadzie błoniczym pozostaje w prostym jakimś stosunku liczbowym do pierwotnej cyfry 100. Na tej podstawie przypuszcza Ehrlich, że i owa liczba 100 D. L. w świeżym jadzie musi też pozostawać w jakimś prostym liczbowym stosunku do całkowitej ilości BE. znajdujących się w 1 AE. względnie w L_0. Ponieważ zaś dotychczasowe rozległe badania różnych autorów nie dają żadnej podstawy do przypuszczenia, że liczba ta jest większą niż 200 (największa liczba dotąd otrzymana jest mniejsza niż 160), więc Ehrlich przyjmuje właśnie, że liczba 200 odpowiada rzeczywistości.

Po tych uwagach możemy przejść do właściwego tematu, t. j. do przedstawienia obecnych zapatrywań na budowę jadu błoniczego i na stosunek jego do antytoksyny

Dadzą się one streścić w czterech teoryach a mianowicie: 1) Teoryi Ehrlicha, 2) Arrheniusa i Madsena, 3) Bordeta, 4) w teoryi, którą możnaby nazwać kolloidalną.

Pierwszeństwo należy się bezwątpienia zapatrywaniom Ehrlicha, nietylko ze względów chronologicznych, ale także dla tego, że prace Ehrlicha i jego szkoły przyczyniły się najwięcej do wyjaśnienia tej sprawy.

Jak wiadomo, przedstawia Ehrlich budowę jadu błoniczego dla łatwiejszego zoryentowania się obrazowo w postaci t. zw. widma jadu (Giftspectrum). Rozumie on przez to obraz dawki L_0 jadu, czyli obraz 200 jednostek wiążących, równoważnych 1 A. E. Takie widmo może n. p. tak wyglądać:

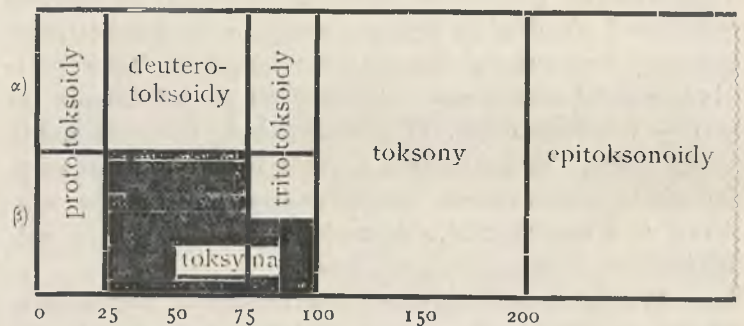


Fig. 3. Widmo jadu błoniczego według Ehrlicha.

Nie podobna tu omawiać szczegółowo, jak Ehrlich doszedł do takiego obrazu. Można to tylko w głównych zarysach opisać.

Bardzo ważnem było tu następujące spostrzeżenie: Jeżeli oznaczymy wielkości dawek L_0 i L_+ świeżego jadu, to możemy je wyrazić albo w cm^3. (na objętość), albo w dawkach śmiertelnych. Jeżeli po upływie kilku lub kilkunastu miesięcy zbadamy ten sam jad powtórnie na dawki L_0 i L_+, to zobaczymy, że wielkość ich w cm^3. się nie zmieniła — natomiast wielkość ich, wyrażona w dawkach śmiertelnych, mniej lub więcej zmalała. To jest dowód obecności toksoidów, t. j. tych odmian jadu, w których powinowactwo do antytoksyny się nie zmieniło, ale których jadowitość znacznie zmalała. Według Ehrlicha każdy jad błoniczy składa się z dwóch odmian α) i β), jakoteż składa się z części, posiadających różne powinowactwo do antytoksyny. Części te według stopnia ich powinowactwa do antytoksyny nazwał Ehrlich proto, deutero i tritotoksynami. Prototoksyny posiadają najsilniejsze powinowactwo do antytoksyny, tritotoksyny najsłabsze. Ehrlich rozróżnia więc α) proto — α) deutero — i α) tritotoksyny i tesame odmiany β). Takie są stosunki w świeżym jadzie. Z biegiem czasu rozpoczyna się i postępuje w jadzie błoniczym zamiana na toksoidy. Mianowicie naprzód ulegają zmianie odmiany α) proto, deutero i tritotoksyn. Ten okres przej-

ściowy, w którym odmiany α) uległy już zmianie na toksoidy, a odmiany β) jeszcze nie — nazywa Ehrlich także hemitoksyną (hemitoksoidem). Potem przemienia się na toksoidy i odmiana β) tritotoksyn, ale nie w zupełności. Pewna część ($^1/_4$, $^1/_5$, $^1/_{10}$) owych β-tritotoksyn nie traci pierwotnych swoich własności jadu. Najpóźniej wreszcie ulega zmianie na toksoidy i odmiana β) prototoksyn, zamieniając się na prototoksoidy (protoksoidy), t. j. takie toksoidy, które posiadają większe powinowactwo do antytoksyny, niż toksyna właściwa. Taki jest obraz i takie zmiany zachodzą w pierwszej połowie widma jadu błoniczego, czyli w tej jego połowie, która składa się ze 100 jednostek wiążących, posiadających silniejsze powinowactwo do antytoksyny, niż pozostałe 100 jednostek wiążących (B. E.). Ta druga połowa widma składa się według Ehrlicha z toksonów.

Wspomniano już powyżej, że D (t. j. $L_+ - L_0$) > 1 D. L, chociaż powinno by równać się 1 D. L, gdyby jad błoniczy składał się tylko z właściwych toksyn. Owo D > D. L. już w całkiem świeżych jadach. I to właśnie jest dowód obecności toksonów. Albowiem D może być tylko wtedy już w świeżym jadzie większe od 1 D. L., jeżeli obok toksyn właściwych znajdują się w nim jakieś takie składniki, które mają mniejsze powinowactwo do antytoksyny, niż toksyna właściwa i nie działają przytem zabójczo na świnkę (przynajmniej w pierwszych dniach). Są to składniki, które Ehrlich nazwał pierwotnie epitoksoidami w odróżnieniu od pro — i syntoksoidów. O protoksoidach już była mowa przed chwilą; syntoksoidy t. j. takie toksoidy, które mają jednakie powinowactwo do antytoksyny z toksyną właściwą, są równoznaczne z deutero- i tritotoksoidami, a epitoksoidy są synonimem toksonów.

Drugim dowodem obecności toksonów jest według Ehrlicha to, że jeżeli wstrzykiwać zwierzętom dawki jadu pomiędzy L_0 a L_+, zmieszane z 1 A. E. surowicy, to zwierzęta takie nie padają po kilku dniach, ale ulegają nieraz dopiero po 2—3 tygodniach porażeniom, często śmiertelnym. W takich dawkach między L_0 a L_+ jadu, zmieszanych z 1 A. E. surowicy, są mianowicie tylko toksony wolne, więc tylko toksony mogą działać na zwierzę. Wszystkie toksyny właściwe są związane z antytoksyną, ponieważ mają silniejsze do niej powinowactwo, niż toksony.

A zatem Ehrlich rozumie przez toksony (czyli epitoksoidy) taką odmianę jadu błoniczego, która jest równorzędną z toksynami właściwemi, a nie jest od nich pochodna. Toksony są wytworem bakteryi błoniczych taksamo, jak toksyny. W działaniu na zwierzę różnią się od toksyn tem, że nie wywołują w miejscu zaszczepienia obumarcia skóry, ani wypadania włosów, jak to widzimy po zaszczepieniu toksyn. Wywołują tylko obrzęk podskórny. Dalej nie wywołują nigdy śmierci zwierzęcia po upływie kilku dni od zaszczepienia, jak to czynią toksyny, zaszczepione w odpowiedniej dawce. Również nie wywołują spadku wagi ciała, jak to jest stałym objawem działania toksyn. Po zaszczepieniu toksonów zwierzęta wydają się zupełnie zdrowe przez 2—4 tygodni; dopiero wtedy występują porażenia kończyn i różnych grup mięśniowych, kończące się albo śmiercią po 2—3 dniach, albo trwające nieraz 1—2—3 tygodni i kończące się wreszcie wyleczeniem. U zwierząt padłych wśród objawów porażenia wskutek zaszczepienia toksonów, nie spotykamy nigdy zmian anatomicznych typowych dla toksyny błoniczej, zatem ani zmian w tkance podskórnej, ani zaczerwienienia i powiększenia nadnerczy, ani wysięku w jamach ciała.

Wspomniano już, że w świeżych jadach błoniczych dość często w dawce L_0 zawartych jest 100 D. L. Ponieważ zaś w L_0 zawartych jest 200 B. E. (jednostek wiążących), więc stąd wynika, że drugie 100 grup czyli druga połowa widma w takim jadzie składać się będzie z toksonów. Jednak ilość toksonów w jadzie błoniczym może być bardzo różna. Czasem nie zajmuje ona ani $^1/_8$ części widma, a czasem znacznie więcej niż połowę. Toksony również zmieniać się mogą na toksonoidy — ale tego już w widmie tu przedstawionem nie uwzględniono. (Uwzględniono tylko epitoksonoidy, o których niżej).

W widmie tem, jak widzimy, są jasne wszystkie te części, które odpowiadają toksoidom i toksonom. Ciemną jest tylko powierzchnia, odpowiadająca typowym toksynom. Jak wynika z tego co powyżej mówiono, przedstawia nam to widmo obraz jadu, w którym dokonały się już wszystkie przemiany na toksoidy. Jad taki zwykle już dalej się nie zmienia. Granice między poszczególnemi częściami widma nie są nigdy w rzeczywistości tak wyraźne; odmiany te przechodzą w siebie bez ścisłej granicy. Osobliwie tritotoksyny, ulegając zmianie na toksoidy, powiększają grupę toksonów. Tem tłómaczy Ehrlich pozorne zwiększanie się ilości toksonów w starszych jadach.

Musimy teraz wspomnieć o t. zw. metodzie częściowego nasycenia (Partielle Absättigung), albowiem ta metoda oddała szkole Ehrlicha ogromne usługi w poznaniu budowy jadu błoniczego. Wiemy, że w 1 A. E. surowicy i w L_0 jadu mieści się po 200 jednostek wiążących. Otóż odmierzmy dokładnie 200 dawek jadu L_0, przyjmijmy, że L_0 tego jadu = 25 D. L. i dodajmy do pierwszej dawki 1 A. E. = $\frac{200}{200}$ A E. surowicy; do drugiej dodajmy $\frac{199}{200}$ A E. surowicy, do trzeciej $\frac{198}{200}$ A E. i t. d. dodajmy do każdej następnej dawki jadu coraz mniej surowicy aż do końca. Następnie wszystkie owe 200 dawek zaszczepmy podskórnie 200 świnkom morskim odpowiedniej wagi. Gdyby jad błoniczy składał się tylko z czystej toksyny, to po takiem zaszczepieniu padłyby wszystkie świnki, z wyjątkiem pierwszej, t. j. tej, której zaszczepiono $L_0 + \frac{200}{200}$ A. E., bo już w następnej dawce byłaby wolna 1 D. L. Ale tego zjawiska nigdy nie spotykamy. Gdyby jad badany zawierał 25 D. L. jednostajnie rozłożonych w dawce L_0 w połączeniu z toksoidami, mającemi jednakie powinowactwo do antytoksyny (t. j. z syntoksoidami), to otrzymalibyśmy śmierć pierwszej świnki po zaszczepieniu $\frac{192}{200}$ A. E. i t. d. Ale i tego zjawiska nigdy nie spotykamy. Wyobraźmy sobie, że mamy do czynienia z jadem przedstawionym w naszem widmie: w takim razie pierwszych 100 świnek zaszczepionych naszym jadem, nie padnie (t. j. jeszcze ta, która otrzymała $\frac{101}{200}$ A E. surowicy + L_0 jadu pozostanie przy życiu). Zatem nawet wtedy jeszcze, gdy połowa jadu będzie wolna, gdy dodano tylko połowę tej ilości antytoksyny, której potrzeba do zupełnego zobojętnienia jadu, nawet wtedy

jeszcze świnki nie giną [3]). Dzieje się to według Ehrlicha wskutek tego, że tu uwalniają się toksony, czyli odmiany jadu, mające mniejsze powinowactwo do antytoksyny, niż toksyny właściwe. Dopiero gdy szczepić będziemy $L_0 + \frac{100}{200}$ A E aż do $L_0 + \frac{26}{200}$ A E, ginąć będą świnki, przyczem przekonalibyśmy się, gdybyśmy dokładniej rozbierali te dawki, że już mieszanina $L_0 + \frac{26}{200}$ A E zawiera 25 D. L, przyjęte przed chwilą dla naszego jadu. Znaczy to, że chociaż jad ten jest już w $^1/_8$ zobojętniony przez antytoksynę ($L_0 + \frac{25}{200}$ A. E.), to nie stracił ani trochę na jadowitości. Jeżeli zatem końcowe dawki szczepić będziemy ostatnim świnkom, t. j. $\frac{25}{200}$, $\frac{24}{200}$ i t. d. aż do O A. E., to świnki oczywiście wszystkie padną, ale dokładny rozbiór tych dawek przekonałby, że zawierają one wszystkie tylko po 25 D. L. Ten objaw właśnie jest według Ehrlicha dowodem obecności prototoksoidów. Zatem protoksoidy łączą się najchciwiej z antytoksyną ze wszystkich składników jadu błoniczego, a nie wywierają na świnki szkodliwego działania.

Przebieg całej tej sprawy możnaby także wykreślnie przedstawić:

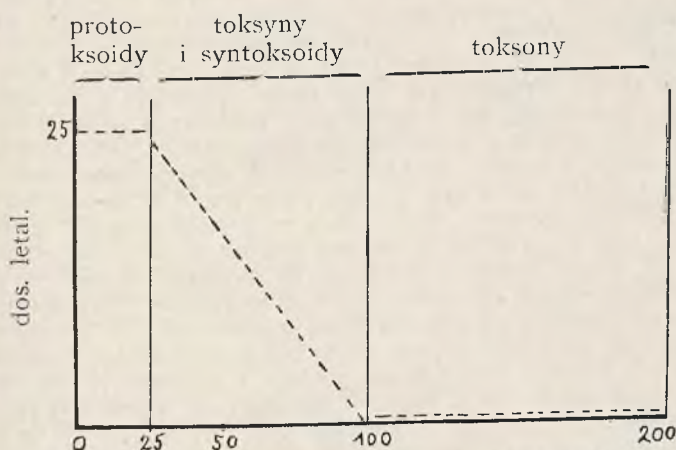


Fig. 4. Przebieg zobojętniania toksyny błoniczej przez antytoksynę według Ehrlicha.

Oś pionowa (rzędnych) przedstawia tu jadowitość danej toksyny, a oś pozioma (odciętych) jednostki wiążące (B. E.). (C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Dehne i Hamburger. **Zachowanie się antytoksyn różnogatunkowych w ustroju człowieka.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, Nr 27). Uodpornienie bierne ustroju polega na obecności we krwi wstrzykniętych antytoksyn; z chwilą, kiedy je ustrój traci, przestaje być odpornym. W doświadczeniach z surowicą przeciwtężcową stwierdzili D. i H. co następuje (prawdopodobnie tak samo się zachowuje surowica przeciwbłonicza): Ilość antytoksyn, wstrzyknięta człowiekowi: 1) przez kilka dni pozostaje w ustroju ta sama; 2) po kilku dniach ilość ta gwałtownie się zmniejsza, przeszło połowa wstrzykniętych antytoksyn niszczeje; 3) potem ilość antytoksyn we krwi zmniejsza się stopniowo, a po upływie 3 tygodni antytoksyn już wykryć nie można. Nagłemu ubytkowi antytoksyn towarzyszą zwykle, lecz nie zawsze: wysypka, gorączka i obrzęk gruczołów chłonnych. *Kostrzewski.*

V. Jakimow i N. Schiller. **Zakażenie świdrowcami poprzez błonę śluzową przewodu pokarmowego.** (*Cenralblatt für Bakteriologie* 1907, 6, IV). Dotąd jako jedyny sposób przenoszenia się świdrowicy, podawano ukłucia różnych owadów, które przeszczepiały pasorzyty ze zwierząt lub ludzi chorych na osoby zdrowe. W przeważnej liczbie przypadków istotnie tą drogą następuje, jednak nie udowodniono dotąd, że to droga jedyna. Wspominano już nieraz i o tem, że i drogą przewodu pokarmowego nastąpić może zakażenie, przeważnie jednak badacze oświadczali się przeciw temu zapatrywaniu. Doświadczeń swych dokonywali autorowie za pomocą różnych rodzajów świdrowców (Nagana, Sourra, Lewisi, Dourine, mal de Caderas, El Deb-ab) na zwierzętach trawo- i mięsożernych. Z wyjątkiem świdrowca »mal de Caderas« wszystkie inne spożywane z pokarmami dostawały się do krwi i wywoływały typowe ogólne zakażenie. Niewielki wpływ miało zobojętnianie soku żołądkowego zasadami, jak również i głodzenie zwierząt; natomiast zwolnienie ruchów robaczkowych jelita za pomocą makowca ułatwiało dostawanie się pasorzytów do krwi. *Stahr.*

Wyss. **W sprawie działania wstrzykiwań oleju szkarłatowego Fischera celem wywołania bujań nabłonka, podobnych do tworów rakowych.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 34). Powstawanie bujań nabłonkowych po wstrzykiwaniach Fischera odnosi W. jedynie do mechanicznego działania oleju, t. j. oddzielenia warstwy nabłonkowej od naczyń odżywczych, a nie do działania chemicznego. Dowodzi tego to, że doświadczenie udaje się tylko w razie wstrzykiwania pod silnem ciśnieniem i w tkance o podstawie twardej (ucho królika). *Kłęsk.*

C. Klieneberger. **O działaniu przetworów nadnercza na tętnicę główną królika przy równoczesnem stosowaniu jodypiny i jodku potasu.** (*Centralbl. f. inn. Med.* 1907, Nr 11). Koranyi [1]) na podstawie doświadczeń na królikach doszedł do wniosku, że działanie adrenaliny wywołujące zwapnienie tętnicy głównej (*arteriosclerosis*) u królików zobojętnia równocześnie podawany jod. Ponieważ inni autorowie (Biland) donosili, że równoczesne stosowanie jodu i adrenaliny wywołuje nawet przeciwnie cięższe zmiany w ścianach naczynia i przyspiesza ich rozwój, przeto K. powtórzył te doświadczenia. Jednej grupie królików wstrzykiwał do żył samą adrenalinę, drugiej równocześnie pod skórę jodypinę, a trzeciej tylko podskórnie jodypinę lub jodek potasu (10 prc. roztwór wodny). Oto wnioski: 1) Przetwory jodowe, wstrzykiwane pod skórę w wielkich dawkach nie wywołują zaburzeń w naczyniach w postaci miażdżycy, ale wywołują schudnięcie i zaburzenia w odżywianiu, często krwotoki skórne i czasem ropnie. 2) Równoczesne wstrzykiwanie podskórne przetworów jodu (zarówno jodypiny, jak jodku potasu) i paranefryny do żył niema żadnego wpływu na zmiany, wywołane w tętnicach wyciągiem nadnercza. 3) Stałe stosowanie paranefryny w dawce 0·15 gr. wywołuje miażdżycę aorty w bardzo ograniczonej liczbie przypadków. Adrenalina działa na ustrój z jednej strony trująco, a z drugiej wywołuje przywykanie do trucizny. Wyniki ujemne z wstrzykiwań adrenaliny tłómaczy K. przywykaniem ustroju do trucizny, wytwarzaniem się odporności, dążnością do zjawiska »precypitacyi« zachodzącego między rozczynem adrenaliny i surowicą zwierząt. Powstawaniem strątów (precypityn) można też tłómaczyć nagłą śmierć, zjawiającą się czasem po wstrzyknięciu przetworu nadnercza. W każdym razie K. zaznacza, że w paranefrynie Merkowskiej nie zdołał nigdy wykryć białka i że surowica królików w zetknięciu z rozczynem paranefryny (1%o) nie dawała strątu. *Stahr.*

A. Neumann. **Ultramikroskopowe badanie krwi w okresie wchłaniania tłuszczów u zdrowych i chorych.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, Nr 28). Przy badaniu ultramikroskopowem krwi spostrzega się w polu widzenia ziarenka kuliste, silnie łamiące światło, mające żywe ruchy molekularne. Ilość ich zależy od sprawy wchłaniania tłuszczów. U ludzi zdrowych w półtorej godziny po spożyciu tłuszczów (śniadanie, obejmujące m. i. 30 do 40 gr. masła lub 400 ctm.³ mleka), całe pole widzenia jest zasłane ziarenkami; natomiast w przypadkach chorób przewodu pokarmowego, wątroby, u gorączkujących, zjawiają się te kuleczki później i w mniejszej ilości. Badanie swe wykonał N. na

[3]) Świnki te nie giną w pierwszych dniach, ale po 2—3 tygodniach mogą jeszcze uledz porażeniom.

[1]) Über die Wirkung des Jods auf die durch Adrenalin erzeugte Arterioskleroze (Deutsche med. Wochenschrift 1906, Nr 17).

przeszło 100 osobach i sądzi, że ultramikroskopowe badanie krwi w tym kierunku może być pomocne w rozpoznawaniu chorób przewodu pokarmowego. *Kostrzewski.*

Medycyna wewnętrzna.

Schnütgen. **O kąpielach ozonowych Sarasona.** (*Ther. der Gegenw.* 1907, Z. 4). Są to kąpiele tlenowe, otrzymywane według przepisu Sarasona w ten sposób, że do zwyczajnej kąpieli z wody czystej, wody morskiej lub mineralnej dodaje się około 300 gr. nadboranu sodu (*natrium hyperboratum*), białą krystaliczną sól, a jako katalizator 30 gr. boranu manganowego. Sole te trzyma się osobno i rozdziela po całej powierzchni wody. Po dwóch minutach wytwarza się obficie wolny tlen o znacznej sile działania w postaci małych baniek. Woda przybiera początkowo zabarwienie mleczne, później staje się ciemno-brunatną od wytworzonego dwutlenku manganowego. Tlen wytwarza się przez 15—20 minut. Zdaniem S. właściwy cel Sarasona jest częściowo chybiony, gdyż nie wytwarza się tlen, zawierający ozon, lecz tylko czysty tlen. Działanie kąpieli jest podobne do działania kąpieli z kwasu węglowego: kąpiel szczypie skórę, wywołuje przyjemne uczucie ciepła i poczucie zdrowia, a po kąpieli znaczną senność. Kąpieli tej próbował autor na jednym zdrowym i 14 ciężko chorych. Z badań ilości tętna, wysokości ciśnienia krwi i ciepłoty ciała przed kąpielą, wśród i po kąpieli wynika, że chorzy (prócz jednego) znoszą kąpiele te dobrze, ilość tętna się nieco zmniejsza, tętno staje się silniejszem. Ciśnienie krwi wzrasta czasem, częściej jednak mało się zmienia lub spada; ciepłota ciała nie zmienia się. Kąpiele te są skuteczne w pierwszym rzędzie w chorobach nerwowych (nerwicach, histeryi i neurastenii), następnie w chorobach serca różnego rodzaju, szczególniej na tle nerwowem. Mają one wyższość nad kąpielami z kwasem węglowym, w których ciśnienie krwi się zmniejsza z napływem kwasu węglowego. Dla jednej kuracyi trzeba kąpieli takich co najmniej trzydzieści, co wraz z wysoką ich ceną stanowi ujemną stronę. *B. Żmigród* (Rymanów).

M. Letulle. **Odczyn oczny tuberkuliny.** *Presse méd.* 1907, Nr 53). Na 50 chorych (wziętych bez wyboru) 19 oddziaływało na tuberkulinę wkroploną na spojówkę. A byli między nimi 2 chorzy na zapalenie przewlekłe nerek (zatrucie ołowiem), 2 z rakiem żołądka, 1 z wadą serca i jedna morfinistka z zapaleniem nerek. Chora ta zgłosiła się do szpitala umierająca z licznemi owrzodzeniami na skórze i ropniami podskórnymi po nieczystych wstrzykiwaniach morfiny. W 4 dni po dodatnim odczynie dokonana sekcya stwierdziła próchnienie gruźlicze kręgu lędźwiowego i dwa ropnie opadowe. — L. na podstawie braku odczynu u ludzi, którzy mieli dawniej nacieki w szczytach płuc, a w chwili badania okazują objawy stwardnienia, rozpoznaje zupełne wyleczenie z gruźlicy. W przypadkach, w których przypuszcza się drobne zmiany gruźlicze w szczytach płuc, L. wyłącza gruźlicę, jeśli odczyn wypada ujemnie. *Stahr.*

R. Lépine. **Czy istnieje mocznicowe zapalenie opon mózgowych.** (*Sem. méd.* 1907, Nr 31). Na podstawie trzech dokładnie spostrzeganych przypadków, które się zakończyły śmiercią i które autor zbadał i pośmiertnie bardzo szczegółowo, dochodzi do wniosku, że mocznica sama przez się może być przyczyną zapalenia opon mózgowych. *Stahr.*

Maier. **Leczenie zakażenia krwi.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 29). M. poleca gorąco przetwory salicylowe (aspirynę). Należy pamiętać, aby ustrój przyzwyczajać stopniowo, zaczynając od małych dawek, i aby w nocy nie przerywać lekowania. *Dr M. Godlewski.*

Einhorn. **Środek do inhalacyi przeciw dychawicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 27). E. podaje przepis na środek, który zdaniem jego w prawdziwej dychawicy działa bardzo korzystnie. (Rp. *Cocain nitrit* 1·028%, *Atropin nitrit* 0·581%, *Glycerin* 32·16%, *Aquae* 66·23%). Gotowego płynu, oraz inhalatora dostarcza firma: Einhornapotheke Berlin C. Kurstrasse 34/35. *Dr M. Godlewski.*

Ziegler. **Wczesne rozpoznawanie gruźlicy płuc zapomocą tuberkuliny Kocha w praktyce lekarskiej.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 27). Autor na zasadzie doświadczeń, zebranych w sanatoryum w Davos poleca bardzo ten sposób. *Dr M. Godlewski.*

Prof. H. Strauss. **O dyetach w czasie picia wód mineralnych.** *Med. Woche* 1907, Nr 19). S. podnosi, że przepisy dyetetyczne przy piciu wód nie straciły swej doniosłości, chociaż dziś przepisuje się dyetę już nie »z powodu«, ale »podczas« picia wód. Ułożenie dyety jest dziś nawet trudniejsze, niż dawniej, bo nie można już stosować jej szablonowo według rodzaju pitych wód, lecz trzeba dobierać ją indywidualnie i według rodzaju choroby. Wśród publiczności przechowuje się z dawnych czasów mniemanie, że przy piciu wód konieczną jest pewna dyeta. Mniemania tego nie należy obalać; powinno się je wyzyskać na to, aby w czasie picia wód chorego nauczyć i przyzwyczaić do wskazanego w danym przypadku leczenia dyetetycznego, przyczem trzeba na chorym wymódz, aby przepisanej dyety trzymał się i po ukończeniu picia wód. Wtedy i wyniki leczenia zdrojowego będą trwalsze, niż bywają obecnie. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Bence i Sarvonat. **O wodnistości krwi (hydraemii) przy niedomodze nerkowej.** (*Revue de médecine* 1907, Nr 7). Badania autorów wykonane na królikach wykazują, że przy niedomodze nerkowej wodnistość krwi jest wynikiem chorobowego wzmożenia się stanu regulującego skład krwi. Ta wzmożona zawartość wody czerpie swe źródło z przyjmowanych napojów, a w braku ich powstaje przez odjęcie wody tkankom. Klasyczne przypuszczenie, jakoby wodnistość krwi była przyczyną puchliny, nie może się utrzymać, gdyż wodnistość w braku napojów powstaje kosztem tkanek ustroju. Wodnistość krwi nie jest zatem przyczyną, lecz jednem z różnych umiejscowień puchliny nerkowej. *Dr Blassberg.*

Poczobut. **W czasie wczesnego rozpoznawania sprawności mięśnia sercowego.** (*Lwowski tygodnik lek.* 1907, Nr 9—11). Autor poleca w pewnych chorobach uwzględnienie różnicy ciepłoty mierzonej pod pachą (przez 10 minut) i w pochwie lub w odbytnicy (przez 3—5 minut) jako wyraźnej wskazówki osłabienia mięśnia sercowego. Różnicę 0—0·7° uważa on za prawidłową, a różnicę 1° wyżej za nieprawidłową. W przebiegu duru plamistego normalna *r* (różnica ciepłoty) oznacza prawidłowy przebieg choroby, nagła przemiana w przebiegu choroby z prawidłowej na różnicę o 1—3° wskazuje na ostrą niedomogę serca z towarzyszącymi groźnymi objawami, stopniowe zaś zwiększanie się *r* w czasie choroby pojawia się zwykle u osób, u których serce już przed chorobą było chore i zapowiada długie wyzdrawianie. Przy durze brzusznym *r* nie daje obrazu jaskrawego, ale w krwotokach kiszkowych podnosi się. W błonicy wysoka *r* zapowiada porażenie newów, ostrą niedomogę serca, a czasem zapalenie nerek. W płonicy nawet śmiertelnej *r* zostaje pierwotną, z czego autor wnosi, że śmierć przy tej chorobie następuje nie z ostrej niedomogi mięśnia sercowego, lecz z porażenia ośrodków nerwowych przez jad płoniczy. W grypie wysoka *r* dopomaga do wykrycia utajonej ostrej niedomogi serca i zapowiada długie wyzdrawianie. Przy róży *r* bywa prawidłowa lub nieprawidłowa zależnie od siły zakażenia i wskazuje na udział mięśnia sercowego w schorzeniu. Również w ostrej gruźlicy prosówkowej podlega *r* znacznym wahaniom i dowodzi zajęcia serca. Nadto *r* ma odgrywać ważną rolę przy rozpoznawaniu początku niedomogi przy wadach serca przy odróżnianiu dusznicy bolesnej, wad organicznych dusznicy sercowej od chorób w przebiegu podobnych. *Dr Blassberg.*

Jan Ch. Roux. **Przepłukiwanie jelit. Technika wskazania i przeciwwskazania.** (*La Clinique* 1907, Nr 32). Co do techniki to autor zaleca używanie kanek krótkich, nigdy dłuższych ponad 15 ctm. Czy chory leży na prawym, czy na lewym boku, nie stanowi żadnej różnicy. Nie powinno się wprowadzać nigdy więcej, niż litr płynu, o ciepłocie 38°—40° i z niewiększej wysokości, jak $^1/_2$ metra. Do leczenia zaparcia nawykowego wlewania się nie nadają. W zaparciu na tle niedowładu, a więc wtedy, kiedy obmacaniem nie możemy wyczuć ani jelita zstępującego, ani kiszki esowatej, które w warunkach prawidłowych dają wrażenie sznura lekko skurczonego, wlewanie powoduje wprawdzie wypróżnienie, ale rozciągając jeszcze więcej jelito, jeszcze bardziej utrudnia powrót do stosunków prawidłowych. Wlewania zalecać należy wyłącznie w zaparciu odbytnicowem, t. j. tam, gdzie palcem stwierdzić możemy obecność mas kałowych w samej odbytnicy, a wtedy wystarcza $^1/_4$—$^1/_2$ litra płynu. W zaparciu skurczowem wlewania nietylko nie pomagają, ale szkodzą. Zaparcie skurczowe poznajemy po tem, że kał odchodzi w małych, twardych kawałkach, a obmacaniem wyczuć można kiszkę esowatą w postaci sznura twardego, przesuwalnego w dole biodrowem i na ucisk wrażliwego, a nawet bolesnego. Skurcz może obejmować i wyższe odcinki jelita. Woda wlana wśród zaparcia skurczowego nie wychodzi często z powrotem, ale zatrzymana ulega wessaniu. (Niedługo potem chorzy oddają obfitą ilość jasnego moczu). Zapalenie ściany jelita śluzowo-błoniaste, które często towarzyszy zaparciu skurczowemu, jest również przeciwwskazaniem do wlewań. Autor ma wrażenie, że wlewania u tych chorych ułatwiają powstawanie fałszywych błon i mas

śluzowych, i jeśli się napotka jakby odlewy jelita, czasem i $1/2$ metra długie, to właśnie u tych, którzy przesadzają w używaniu wlewań. Za wskazane uważa autor wlewania w przypadkach, gdzie można działać miejscowo oczyszczająco, względnie odkażająco, jak wśród raka odbytnicy, wśród czerwonki. Wobec grożącej mocznicy wielkie wlewania mogą być bardzo skuteczne i to najczęściej u ludzi około 50 lat liczących, cieszących się wielkim apetytem i spożywających dużo mięsa. Zaczynają narzekać na duszność zjawiającą się w nocy, a trwającą 1 do 2 godzin, parcie tętnicze bywa podniesione, w moczu bywa ślad białka. Otóż takim zabronić mięsa, szczególniej na wieczór, i przed snem zalecić obfite wlewanie do jelit, i za kilka dni znikają przypady. Wśród krwawych wymiotów równie dobrze działają wlewania stosowane dwa razy dnia, o wysokiej ciepłocie, bo około 48° C. *Stahr.*

Stadelmann i Wolff-Eisner. **O ogólnem zakażeniu krwi prątkiem durowym i okrężnicowym; dur jako choroba polegająca na działaniu endotoksyn.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 24 i 25). W pojęciu duru łączymy zazwyczaj pewien zmienny obraz kliniczny ze swoistemi zmianami anatomicznemi i swoistą przyczyną. Tak bywa zwykle, ale nie zawsze; i tak znane są przypadki, klinicznie, a nawet bakteryologicznie niewątpliwie do duru należące, w których jednak badanie pośmiertne żadnych zmian anatomicznych dla duru znamiennych nie wykryło (*sepsis typhosa*). Odwrotnie znane są przypadki nietypowe pod względem klinicznym, typowe natomiast pod względem anatomiczno-patologicznym, znane są wreszcie i takie przypadki, w których jedynie bakteryologiczne badanie stwierdza przynależność przypadku do duru, ani bowiem przebieg choroby za życia, ani obraz anatomiczno-patologiczny po śmierci sam przez się przyjęcia duru nie usprawiedliwia (przypadek autora). Jeżeli tedy swoiste zmiany anatomiczno-patologiczne nie są nierozłącznie z pojęciem duru związane, to można uważać chorobę tę za zakażenie ogólne (*sepsis*), wywołane prątkami durowymi podobnie, jak ono zwykle jest następstwem zakażenia bakteryami ropnemi. I tu i tam szereg objawów ogólnych powstaje nie pod wpływem wytwarzanych toksyn, ale t. zw. endotoksyn, uwalniających się z ciał bakteryi skutkiem bakteryolizy. W tem oświetleniu faktów musimy w t. zw. obronnych siłach ustroju dopatrywać się czynnika, który objawy choroby wprost wywołuje. Z tego punktu widzenia patrząc, łatwo tłómaczymy sobie powstawanie nawrotów duru i ponowne zapadnięcia na tę chorobę. Wszystko zależy tu od stosunku ilości bakteryi do bakteryolizyn. Nawet przy wielkiej ilości bakteryolizyn może nastąpić nawrót (Jürgens). Że zwykle nie następuje nawrót choroby, ani powtórne zapadnięcie, to tłómaczy się tem, że ilość bakteryolizyn, jako ciał z odczynu ustroju powstających, jest po przejściu choroby tak znaczna, iż bakterye, które do ustroju wtargnąć zdołały, zostają zniszczone pierwej, aniżeli zdołają się tak rozmnożyć, aby ilość powstałych przez bakteryolizę endotoksyn zdolała chorobę wywołać. W tem oświetleniu jasno też występuje przyczyna różnicy przebiegu zakażenia durowego u ludzi i zwierząt, jeśli tylko przyjmiemy, że mała ilość endotoksyn wywołuje podniesienie się, a wielka spadek ciepłoty. Ponieważ zaś siła bakteryobójcza surowicy świnki morskiej jest większa, niż surowicy ludzkiej, przeważa u świnki spadek ciepłoty po zakażeniu durowem, natomiast u człowieka ciepłota się wznosi. Prócz tych, niewątpliwie oryginalnych poglądów na sprawę patogenezy duru, poruszają autorowie sprawę odżywiania w tej chorobie, uzasadniając potrzebę podskórnego wprowadzania odpowiednio przygotowanego pokarmu, aby nie drażnić przewodu pokarmowego. W końcu podają autorowie własne spostrzeżenie, dotyczące zakażenia ogólnego prątkiem okrężnicowym (kolisepsis). *Dr M. Godlewski.*

Tretzel. **O pewnym rozpoznawczym objawie w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochenschr.* 1907, Nr 30). Autor potwierdza spostrzeżenie Blumberga, uogólnia jednak pojawianie się owego objawu (silniejszy ból przy zwalnianiu nacisku, niż przy jego wywieraniu) na wszystkie sprawy zapalne otrzewnej (zapalenia otrzewnej i przydatków macicznych). Objawu tego nie spotykamy nigdy w sprawach przebiegających z bolami w brzuchu, w których otrzewna jest niezajęta (nieżyt jelit, kolka jelitowa, skręcenie jelit, nagromadzenie kału i gazów, nerwobole brzuszne), o czem przy rozpoznawaniu różniczkowem należy pamiętać. *Dr M. Godlewski.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne w d. 21. maja 1907.

1) Bregman przedstawia 3 przypadki **postępującego zaniku mięśni** (*Dystrophia muscularis progressiva*).

a) Typ Erba. 21-letni subjekt. Zanik mięśni pasa barkowego: Barki opuszczone, łopatki oddalone od kręgosłupa. Garb dolnych kręgów szyjnych, głowa ku przodowi, zagłębienia na szyi (zanik głębszych mięśni szyjnych). Przy ruchach barkowych łopatka nie ustalona odstaje od kręgosłupa. M. m. naramienne dobrze rozwinięte, ale nasada ich wydłużona. Ramię, przedramię wiotkie, m. trójgłowy słaby, wyprostne napięstka słabe, ręka prawa prawidłowa, lewa: paluch zgięty w pierwszym członku, mniej w 2-im odprowadzony.

b) Wygięcie lędźwiowej części kręgosłupa ku przodowi. Kończyny dolne prawie prawidłowe. Chory wchodzi na schody z wysiłkiem. Typ twarzy myopatyczny, prognatyzm, ściska prawe oko gorzej. Cierpienie nie jest ani rodzinnem, ani dziedzicznem. Osłabienie prawego barku w 15 roku. Przed 4 laty uderzenie młotem w lewą rękę, rana zagoiła się szybko. Zaburzenia ruchowe palucha wystąpiły po 9 miesiącach. Szybki postęp zaniku od tegoż czasu. Przypadek jest niezwykły, gdyż dowodzi, że nawet w przypadkach zaniku uraz nietylko przyspiesza rozwój choroby, ale wpływa i na jej siedzibę.

c) 60-letnia kobieta. Kończyny dolne porażone, tylko małe ruchy palców i stóp. Łydki zgrubiałe, twarde, uda mniej. Sinica. Odruchy ścięgnowe zniesione. W kończynach górnych zanik mniej posunięty, najwyraźniej w ramieniu. Dłoń prawie prawidłowa. Ruchy, zwłaszcza w barku, ograniczone. Drżenie rąk, przy wyciąganiu drżenie palców, niekiedy drgania włókienkowe w m. naramiennym i podskórnym szyi. Brak odruchu m. trójgłowego. Chora nie może stać, ani siedzieć bez oparcia. Mięśnie twarzy: prawy kąt ust niższy, drżenie, zwłaszcza górnej wargi lewej, górna warga cienka; chora ściska oczy słabo, mowa drżąca. Chora od lat 10, od 6 nie wychodzi, od 2 leży w łóżku. Etyologia nieznana, zachorowała po ostatniej ciąży, przed 11 laty. Z powodu proksymalnego usadowienia się sprawy, zajęcia twarzy, przerostu łączno-tkankowego, braku odczynu zwyrodnienia, powolnego rozwoju, rozpoznaje prelegent dystrofię. Na uwagę zasługuje początek w wieku starszym, usadowienie w kończynach dolnych i drżenie. Przypadki rozpoczynające się w starszym wieku, są bardzo rzadkie i nietypowe.

d) 34-letni mężczyzna. Kończyny dolne: obustronna stopa końsko-szpotowa, obrzęk stóp, sinica, mięśnie goleni twarde, zgrubiałe, również na tylnej powierzchni uda; mm. czworogłowy i przywodzące zanikłe, ruchy palcami i stopą zniesione, w kolanie małe, w biodrze nieco lepsze. Kończyny górne: posunięty zanik mięśni dłoni, przedramienia, przekurczenie palców. M. dwugłowy i naramienny wiotkie, trójgłowy przerosły, ruchy w napięstku zniesione, w palcach słabe zginanie, w łokciu lepsze, w barku zachowane. Odruchy kolanowe zniesione, również odruchy mm. dwugłowego i trójgłowego. Czucie zachowane, nerwy niebolesne. Chory w 9 r. ż. wpadł do wody. Choroba zaczęła się w 10—11 roku; stopniowe pogorszenie; znaczniejsze po durze w 20 r. i zapaleniu płuc w 24 r. ż. Cierpienie nie jest dziedziczne, ani rodzinne. Usadowienie odpowiada typowi łydkowemu, (Neurotische Muskelatrophie), jednakowoż brak zaburzeń czucia, odczynu zwyrodnienia, bolesności nerwów i bolów, przemawia raczej za dystrofią z usadowieniem obwodowem (Oppenheim-Cassirer). Na uwagę zasługuje jeszcze początek choroby w kończynach górnych od przemijających skurczów, oraz wyraźny wpływ chorób zakaźnych na przyspieszony rozwój choroby.

2) Karwacki przedstawił preparaty drobnowidzowe **clostridium butyricum**, które otrzymał z kału chorego na gruźlicę jelit. Na zasadzie swych badań, które, co prawda, dotyczyły dotąd niezbyt wielu przypadków, prelegent sądzi, że *clostridium butyricum* b. często znajduje się w kale chorych na gruźlicę jelit, gdy w innych stanach chorobowych pasorzyta tego nie spotykał. O ile spostrzeżenia te się potwierdzą, to wyniki takie będą mogły mieć znaczenie rozpoznawcze.

3) Karwacki przedstawił preparat **gronkowca z otoczką** i podał panujące w tej sprawie w nauce zapatrywania.

4) Otto wypowiedział rzecz p. t. **Zgorzel kończyny górnej na tle kiłowego zacieśniającego zapalenia tętnic,** nawiązaną do spostrzeganego przez prelegenta przypadku u 36-letniego mężczyzny.

Posiedzenie kliniczne z d. 28 maja 1907 r.

1) Zembrzuski Stanisław przedstawił miesięczne dziecko, które **na wszystkich kończynach** miało **po 6 paluszków** zupełnie prawidłowo wykształconych.

2) Świątecki Jan przedstawił chorego, leczonego w r. 1904 na **toczniа twarzy za pomocą** promieni **radu**. Do dnia dzisiejszego nawrotów niema.

3) Landau Anastazy odczytał rzecz **O wpływie alkaliów na zawartość krwi prawidłowej i przy zatruciu kwaśnem „endogen“**. Prelegent usiłował na drodze doświadczalnej rozstrzygnąć pytanie, czy przy zatruciu kwaśnem »endogen« możemy przy pomocy wprowadzenia zasad podnieść lub utrzymać na poziomie prawidłowym zasadowość krwi. Zagadnienie to ma bardzo wielkie znaczenie w zastosowaniu do cukrzycy, której, jak wiadomo, bardzo często towarzyszy acydoza, a przy śpiączce wzmaga się ona nawet do stopnia toksycznego. Metodyka badań obecnych była ściśle ta sama, co w ogłoszonej w r. 1905 pracy. Tym razem autor przeprowadził 4 serye doświadczeń. I. Króliki zdrowe, dostawały w ciągu 4 dni do 4 grm. sody, z czego połowa była wlewana do żołądka, a druga — wstrzykiwana pod skórę. U królików tych nastąpiło dość wybitne wzmożenie zasadowości osocza, które jednak nie uwydatniło się we krwi wskutek zmniejszonej ilości krwinek. II. Króliki głodzone dostawały codziennie do żołądka 100 ctm. sz. 0,5 prc. roztworu soli kuchennej. Zwierzęta głodzono w przeciągu 8 dni, straciły 23—30 prc. wagi ciała. Krew tych królików wykazuje znaczny spadek zasadowości; stopień acydozy oblicza L. na 0,65 grm. HCl na kilogr. wagi. W III seryi króliki głodzone dostawały dziennie 100 ctm. sz. 2 prc. roztworu sody. Wprowadzona zasada zniosła całkowicie objawy acydozy, gdyż wszystkie rodzaje zasadowości były prawidłowe lub nawet nieco wyższe od prawidłowych. Stosunek zasady wprowadzonej do wytwarzania kwasów był jak 3:1. W IV seryi doświadczeń wywoływał L. zatrucie kwaśne nagle przez podskórne wstrzykiwanie fosforu. Sodę króliki dostawały podobnie jak w I. seryi. Badanie krwi stwierdziło, iż jej zasadowość jest ta sama, co u królików, otrutych P i nietraktowanych sodą. Wynik ten uderza tembardziej, iż króliki zatruwane fosforem, otrzymały zasadę w ilości $1^1/_2$ raza większej, niż wynosi produkcya kwasów, towarzysząca zatruciu P (0,55 grm. HCl na kilogr. wagi). Różnicę w działaniu sody przy głodzeniu i zatruciu fosforem L. głównie składa na karb charakteru zatrucia kwaśnego; przy głodzeniu jest ono ograniczone i ilościowo zależne od potrzeb kalorycznych ustroju, natomiast przy otruciu P jest toksyczny rozpad białka tłuszczów. Godnym zaznaczenia jest fakt, iż króliki P + $NC_r CO_3$ pomimo objawów wybitnej acydozy we krwi, wydzielały przed śmiercią mocz zasadowy. Ten nadmiar alkaliów w moczu i brak ich we krwi tłómaczy L. przypuszczeniem, iż alkalia zostały ze krwi usunięte, zanim zdołały zobojętnić zawarte w komórkach produkty kwaśne. W końcu omawia L. jonową zasadowość krwi, objaśnia jej istotę oraz różnicę, jaka zachodzi między zasadowością jonową i miareczkową.

W dyskusyi zwraca Stanisław Mutermilch uwagę na pozorną sprzeczność, jaka zauważyć się daje w doświadczeniach prelegenta nad wpływem węglanu sodu na zasadowość krwi, z jednej strony na królikach głodzonych, z drugiej na królikach zatrutych fosforem. Gdy przy acydozie głodowej widzimy wyraźny wpływ węglanu sodu na stopień zasadowości krwi, to przy acydozie pochodzenia toksycznego zasadowość krwi, wypuszczonej w godzinę po zastrzyknięciu podskórnem węglanu sodu, nie uległa zwiększeniu pomimo, iż węglan sodu, jak tego dowodzi odczyn moczu, wessał się do krwi. Niezgodność tę, zdaniem mowcy, wytłómaczyć można tylko w ten sposob, iż przy zatruciu kwaśnem wyższego stopnia, t. j. pochodzenia toksycznego, działanie węglanu sodu na krew trwa krótko tak, iż po upływie godziny zasadowość krwi powraca do poprzedniego stanu. Jest przeto rzeczą prawdopodobną i łatwą doświadczalnie do sprawdzenia, iż krew, wzięta wcześniej, dajmy na to w $^1/_2$ godziny po wstrzyknięciu węglanu sodu, wykaże pod wpływem jego wzmożoną zasadowość. Rzętkowski porusza obecny stan wiedzy o zasadowości krwi, zaznaczając, że poglądy w tej dziedzinie wiedzy zmieniły się w ostatnich czasach bardzo, a to głównie dzięki pracom warszawskim An. Landaua na królikach i Rzętkowskiego — na ludziach, Rz. wyjaśnia znaczenie nazw: »zasadowość krwi białkowa«, »alkaliczność krwi mineralna«, stwierdza, że głównym czynnikiem zasadowości krwi są krwinki czerwone, t. j. ich zasadowość białkowa, która głównie ulega zmianom w stanach chorobowych, gdy alkaliczność krążków mineralna i zasadowość osocza białkowa są wielkościami mało zmieniającemi się; alkaliczność zaś osocza mineralna również uczestniczy w zmianach zasadowości krwi, acz w stopniu nierównie mniejszym, niż zasadowość krążków białkowa. Wobec tego Rz. w swej pracy o zasadowości krwi (Pam. Tow. Lek. 1905) wypowiedział mniemanie, iż wobec zależności zasadowości krwi od zawartości białka jej krwinek, wątpliwem jest, czy w acydozach uda się wzmagać zasadowość krwi wprowadzaniem do ustroju alkaliów mineralnych. Praca kol. An. Landaua stwierdza, że pogląd ten nie był pozbawiony słuszności.

Posiedzenie kliniczne z dnia 4 czerwca 1907 r.

1) R. Bernhardt i J. Wiśniewski przedstawili **mnogiego mięsaka skóry** (*sarcoma idiopathicum multiplex pigmentosum*) typu L. Kaposiego u 56 letniego mężczyzny. Mikroskopowe badanie guzków stwierdziło budowę mięsaka wrzecionowatokomórkowego. Zastosowane zabiegi rentgenoterapeutyczne z wynikiem wielce zachęcającym. Największy guz, znajdujący się na grzbiecie lewej ręki, zmniejszył się o $^1/_2$ inne zmniejszyły się i widocznie zmiękły. Niektóre muiejsze guzki i plamki na przedramieniu lewem wessały się doszczętnie. Na łokciach i kolanach wykwity jeszcze się niewiele zmieniły.

2) Świątecki pokazał trzy **śledziony, wycięte** przezeń podczas operacyi u rannych żołnierzy w szpitalu Ujazdowskim i przytoczył odpowiednie historye chorób: a) Kozak uderzony kopytem w brzuch z objawami znacznego krwotoku wewnętrznego, operowany w 6 godzin po wypadku; cięcie w linii środkowej z dodatkowem poprzecznem na lewo; około 2 litrów krwi w jamie brzusznej, wycięcie zmiaźdżonej śledziony; śmierć w 2 godziny po operacyi. Sekcya: krwi w jamie niema; szypuła podwiązana dobrze; śmierć wskutek ostrej niedokrwistości. b) Żołnierz postrzelony z brauninga w lewe przedramię, prawą kość ramieniową ze złamaniem szyjki chirurgicznej i 9 żebro lewe w linii pachowej przedniej; kula, jak się potem okazało, utkwiła w sąsiedztwie 4 kręgu lędźwiowego. Laparatomia w 12 godzin po wypadku przy wzdętym brzuchu i nikłem tętnie. Wycięcie zranionej i krwawiącej śledziony. Okres zdrowienia nadzwyczaj długi (7 miesięcy), powikłany z początku podostrą niedrożnością kiszek wskutek zrostów po worku Mikulicza, następnie ropieniem około uwięźniętej w lędźwiach kuli i zakrzepem lewej żyły biodrowej wspólnej; wyzdrowienie zupełne. c) Żołnierz raniony 5 kulami z brauninga w twarz, pierś, ramię, biodro, staw kolanowy. Szósta kula weszła w ciało na wysokości 10-go żebra z lewej strony kręgosłupa i wyszła w linii pachowej przedniej lewej w 7 międzyżebrzu; przez tę ranę wypadła sieć. Laparotomia w 2 godziny po wypadku; cięcie wzdłuż łuku żebrowego lewego, wycięcie przestrzelonej śledziony; worek Mikulicza. Chory, operowany przed 20 dniami, czuje się dobrze, prawdopodobnie więc żyć będzie. Podług statystyki Pietrowa, do końca r. z. przy ranach postrzałowych śledziony: 17 razy zastosowano splenektomię (8 śmierci), 9 razy — tamponadę (5 śmierci), 4 razy — szew (1 przyp. śmierci).

Posiedzenie kliniczne z dnia 18 czerwca 1907 r.

1) Kiełkiewicz przedstawił ogromny, 38 funtów ważący **tłuszczak pozaotrzewny**, usunięty u chorej na oddziele Karczewskiego.

2) Polański przedstawił przypadek **kurczowej duszności histerycznej.**

3) Bregman przedstawił chorego z zawodu tkacza, dotkniętego t. zw. **acanthosis nigricans**. Przed rokiem ciemne zabarwienie grzbietu rąk, później guziczki na grzbiecie rąk prawie równocześnie zabarwienie na innych częściach ciała, przed miesiącem zmiany na dłoni. Ogólne osłabienie, brak apetytu. Grzbiet ręki zabarwienia brązowego, skóra szorstka, na palcach jakby brudna. Na niej guziczki od wielkości łepka szpilki do wielkości grochu z przerosłej warstwy rogowej. Dłoń żółtawa, skóra szorstka, bruzdy głębokie. Przedramię ciemno zabarwione aż po za staw łokciowy. Ciemne zabarwienie twarzy, szyi, karku, pleców aż poza grzebień łopatki, z przodu do rękojeści mostka, brzucha, przedniej i środkowej części uda, części płciowych, dolnej części pośladków. Brodawki mniej liczne na klatce piersiowej, brzuchu, karku i czole. Zmiany symetryczne. Błony śluzowe nietknięte. W nadbrzuszu guz, który zachodzi pod lewy łuk żebrowy, sięga do lewej linii sutkowej, na prawo nie odgranicza się od wątroby, na dół prawie do linii pępkowej, twardy, niebolesny, gładki, wypukla się zewnętrznie. Żołądek rozdęty prześwietlił się dobrze promieniami Roentgena. Badanie soku żołądkowego: brak kwasu solnego, kwasu mlecznego, odczyn prawie obojętny, nieco krwi, pepsyna prawidłowa. W moczu ślady białka (0,02‰), dość dużo indykanu, ilość moczu 2000. Na prawem

oku brzegi tarczy zamazane, częściowo przykryte szarym obłoczkiem. *Acanthosis nigricans* (Dystrophie pigmentaire et pupillaire), najczęściej spostrzegano wraz ze złośliwymi nowotworami narządów wewnętrznych. W przedstawionym przypadku również nowotwór, którego punkt wyjścia nie da się z pewnością określić.

4) Z. Dobrowolski przedstawił **kamień** usunięty **z migdałka**.

5) Elsenberg przedstawił chorego, dotkniętego na całej prawie skórze **grzybicą guzową** (*mycosis fungoides*). Jedno miejsce poddawano przez 3 dni działaniu promieni Röntgena, poczem znikły tutaj wszelkie objawy choroby i skóra powróciła prawie do prawidłowego wyglądania.

6) Elsenberg przedstawił chorego, leczonego poprzednio na typowy **liszaj wyłysiający**, obecnie na miejscach poprzednich wykwitów liszaja pozostał **płaski liszaj czerwony** (*lichen ruber planus*).

7) Karwacki podał opis przypadku **zapalenia opon mózgowordzeniowych**, po kilkakrotnych nakłuciach lędźwiowych w płynie mózgowordzeniowym już nie znajdowano dwoinek swoistych, natomiast wystąpiła posocznica. Na ten właśnie związek tych cierpień prelegent zwraca uwagę. W końcu przedstawił K. własną surowicę do aglutynacyi dwoinki zapalenia opon.

8) Karwacki opisał spostrzegany przez siebie przypadek **wysięku opłucnej**, w którym znalazł czystą hodowlę **drożdży**. Jest to zaledwie drugi znany przypadek tego cierpienia.

Dr. Ign. L.

Mleko roślinne [1]).

Mleko jest w Chinach mało używanem pożywieniem. Olbrzymie państwo, którem rządzi syn słońca, nie nadaje się do hodowli bydła z wyjątkiem okolic północnych i zachodnich, czyli w małej tylko swej części; — zresztą wszędzie gdzieindziej klimat i warunki gleby nie sprzyjają uprawie paszy dla bydła. Dla tych przyczyn, czysto geograficznych, prowincye chińskie spożywają obficie mleko roślinne.

Mleko to roślinne, (określenie trochę paradoksalne) wyrabiają z ziarna rośliny *Soja hispida*, rodzaju oleistego grochu chińskiego, z rodziny roślin strączkowych. Najpierw ziarno gotują, potem je silnie wyciskają i w ten sposób otrzymują miazgę, która, rozpuszczona w letniej wodzie, daje napój, owo mleko roślinne, bardzo pożywne. Mleko to, zaprawione jakąkolwiek solą mineralną, która wobec niego zachowuje się podobnie, jak podpuszczka wobec mleka zwierzęcego, ścina się i po wyschnięciu tworzy rodzaj sera, zwanego w Chinach to-fu, będącego ważnem pożywieniem ludności chińskiej i japońskiej. Ser ten spożywają w stanie świeżym zwykle w dniu fabrykacyi. Można go jednak i przechowywać i to albo go poprzednio ugotowawszy, albo tylko dobrze posoliwszy lub uwędziwszy. W handlu znajdują się trzy główne odmiany sera roślinnego: jeden sfermentowany, koloru białego, żółtego lub szarego i ostrego smaku w rodzaju Roquefortu; inny biały i słony, przypomina ser owczy i wreszcie trzeci, wędzony, ma wejrzenie sera szwajcarskiego.

W czasie wyrabiania mleka roślinnego i tofu, Chińczycy zbierają bardzo starannie wszelakie przetwory uboczne i nadzwyczaj sprytnie zużywają je dla żywienia zwierząt lub jako nawóz na pola. W ten sposób nic się nie traci z rośliny, używanej do wyrobu, gdyż łodyg używają jako paszy, strączki, różne łupinki i t. d. jako obroku i paszy. Dlatego ser bywa sprzedawany nadzwyczaj tanio: porcya, wystarczająca na 1 dzień dla dorosłego człowieka (110 cm. kwadratowych powierzchni i 2½ cm. grubości), nie kosztuje całego halerza. Ser ten więc jest kilkadziesiąt razy tańszy od sera zwierzęcego. Mleko roślinne co do pożywności nie ustępuje wcale mleku krowiemu, zawiera bowiem wielkie ilości białka roślinnego.

Stahr.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Kilka słów o instytucyi wywiadowczej w sprawach posad lekarskich ogłasza dr Fr. Janeczek dla wyjaśnienia pytania przesłanego jednej z redakcyi pism lekarskich zawodowych przez pewnego kolegę. A mianowicie kolega ten wyraża swe zdziwienie, że wyczytał w danem piśmie równocześnie ogłoszenie starostwa, rozpisujące konkurs na jakąś posadę lekarską i ostrzeżenie związku państwowego przed przyjmowaniem tej posady. Otóż pozorną sprzeczność tę tłómaczy w swem piśmie dr Janeczek tak: Gminy rozpisują konkurs na posadę bez względu na to, czy w danem miejscu może się utrzymać lekarz czy nie. Wszak gminie wcale o to nie idzie, czy się lekarz utrzyma, tylko o to, żeby sama miała wygodę t. j. pomoc lekarską blizko. Po kilku miesiącach lekarz ustępuje, gmina znowu rozpisuje konkurs w gazetach lekarskich, ale organizacya, która stara się mieć jak najdokładniejsze wiadomości o każdej posadzie, przestrzega w swych pismach kolegów przed przyjmowaniem posady. Gminy wtedy ogłaszają po przeróżnych pismach politycznych, a kiedy wreszcie i to nie pomaga, zwracają się do starostwa, jako swej władzy przełożonej w I. instancyi z prośbą o ogłoszenie konkursu. W ten sposób nieobeznanemu z stosunkami łatwo może się wydawać, że przecie posada być musi możliwa, skoro starostwo uznaje ją godną ogłoszenia. Kto jednak zna ustawę i przepisy wie o tem, że władza polityczna I. instancyi jest obowiązaną urzędownie ogłaszać tego rodzaju wolne posady. Ogłoszenie takie jednak nic więcej nie mówi, jak tylko to, że w miejscowości N. N. jest wolne miejsce na takich a takich warunkach. Starostwo się więcej wcale sprawą tą nie zajmuje, a przyjmuje lekarza nie starostwo, ale kraj i namiestnictwo. Tylko gminy spekulują i na niedoświadczonych takie »urzędowe« zastawiają piękne sidła. Znają się na tem organizacye i dlatego pod temi urzędowemi ogłoszeniami drukują swoje przedmiotowe uwagi krytyczne.

Stahr.

Ciekawe rozstrzygnięcie najwyższego trybunału. Pewien dentysta pozwał o honoraryum przed sąd męża pewnej pani, którą leczył na jej własne zlecenie. Pozwany twierdził, że nie jest obowiązany do zapłaty, bo nie on polecał leczenie. Pierwsza instancya skazała pozwanego, natomiast wyższa zniosła wyrok pierwszej instancyi. Lekarz odniósł się do najwyższego trybunału, który potwierdził wyrok instancyi pierwszej, gdyż mąż jest obowiązany do ponoszenia kosztów »utrzymania«, do czego wedle uznania najwyższego trybunału i koszta leczenia dentystycznego należą.

Stahr.

Jak z lekarzami postępują sędziowie. Przed pewien sąd powiatowy powołano jednego z kolegów praktykujących we Wiedniu dla złożenia świadectwa. Sąd oddalony jest od mieszkania owego kolegi o godzinę jazdy tramwajem elektrycznym (kolega nasz wziął dorożkę). A kiedy po złożeniu świadectwa lekarz zażądał zwrotu wydatku za dorożkę, sędzia zastrzegł sobie na później rozstrzygnięcie przyznania kosztów. W jakiś czas potem dostał nasz kolega ze sądu 40 halerzy. Sędzia uznał, że lekarz winien był jechać do sądu tramwajem, w przeciwieństwie do adwokata, któremu sąd zawsze przyznaje wydatek na dorożkę. Nie dość, że lekarzowi sąd nigdy nie zwraca tego, co traci w swej praktyce z powodu wezwania do sądu, ale jeszcze mu każe z własnej kieszeni płacić fiakra. Sprawą tą zainteresowało się kilku posłów.

Stahr.

Ochrona czci lekarskiej. Lipski sąd krajowy jako instancya wyższa skazał odpowiedzialnego redaktora lipskiej gazety ludowej (»Leipziger Volkszeitung«) na karę 300 marek za obrazę stanu lekarskiego w artykule: »Honorowa wyprawa rabunkowa przeciw Kasom chorych«.

Stahr.

Wolny Związek niemieckiej lekarskiej prasy zawodowej odbędzie tego roku swe walne zgromadzenie dnia 24. września w Berlinie w domu cesarzowej Fryderykowej (Kaiserin Friedrich-Haus) z okazyi międzynarodowego kongresu higienicznego.

Stahr.

Partactwo lecznicze w Prusach. Urzędowa statystyka pruska tycząca się spraw sanitarnych za rok 1905 donosi, że w Królestwie tem praktykowało w tym czasie 6,137 szarlatanów, w roku 1904 praktykowało mniej, bo 5,529. Przybytek wynosi zatem 11 prc., podczas gdy przybytek notowany w roku 1904 wynosił 7,4 prc. Obecnie na 100 lekarzy przypada 30 partaczy.

Stahr.

W sprawie raka. Wedle zestawienia A. Stickera z Berlina, który zajmuje się żywo literaturą w sprawie raka, wynika, że od r. 1902 ogłoszono 3,395 prac o złośliwych nowotworach, z tego 1960 w języku niemieckim, 607 w angielskim, 549 we francuskim, 113 po włosku, 70 po rosyjsku i polsku, 37 po skandynawsku, 22 po hiszpańsku, 16 po holendersku, 9 po węgiersku, 7 po portugalsku, 3 po japońsku i 2 po grecku. Mimo tej nadzwyczajnej obfitości prac — a prawdopodobnie lista ta nie jest jeszcze zupełna, bo nie obejmuje prac rumuńskich i czeskich — kwestya jeszcze jest zawsze otwartą.

Stahr.

[1]) Wedle notatki w „Presse médicale« Nr 54, 1907.

Zimnica we Włoszech. Pod wpływem robót asanizacyjnych, dokonanych na terenach błonistych, notowano we Włoszech począwszy od roku 1887 pomniejszenie się śmiertelności z zimnicy, która z roku na rok jeszcze bardziej malała. Roczna śmiertelność z zimnicy wynosiła jeszcze wyżej 10,000, kiedy postanowiło państwo rozdzielać chininę po zniżonej cenie. Od roku 1902 konsumcya chininy państwowej wciąż bez przerwy rośnie: z 2,200 kilogramów wzrosła stopniowo do 20,700 kg. w roku 1906, a równocześnie ilość zmarłych z zimnicy opadła z 10,000 na 4,700, czyli o więcej niż połowę. *Stahr.*

Lekarze w Strassburgu uchwalili obecnie podnieść honorarya. Wizyty w gabinecie lekarza mają być płacone zawsze od razu. Wizyty domowe należy zgłaszać u lekarza w domu przed 9 rano albo popołudniu przed końcem ordynacyi, inaczej ma prawo i obowiązek lekarz liczyć taksę podwójną. Za wizyty nocne (od 8 wieczór do 8 rano) i za wizyty w niedzielę popołudniu, będą lekarze żądali taksę potrójną. Wreszcie porady telefoniczne liczy się jak inne konsultacye, a rachunki za leczenie mają lekarze przedkładać co 6 miesięcy. *Stahr.*

Czeska Izba lekarska zgłosiła, jak donosi «Głos lekarzy», na wiec Izb wniosek, aby poczynić starania u rządu o przyznanie lekarzom należytości 1 kor. za każde doniesienie o chorobie zakaźnej. *R.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 25. do 31. VIII. 1907 było przypadków: błonicy 1, duru brzusznego 1, choleryny dzieci 5, płonicy 7, odry 2, róży 3. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 18. do 25. VIII. 1907 było przypadków: błonicy 2, krztuśca 3, płonicy 2 (w tem 1 obcy).

Wiadomości bieżące.

Lwów. Na życzenie p. namiestnika, jak donosi »Tygodnik lekarski lwowski«, wyjechał do Wiednia protomedyk R. Dw. dr Merunowicz, aby w ministerstwie poruszyć i przypilnować sprawy inwestycyi w Krynicy.

Z różnych stron. Zjazd niemieckich lekarzy i przyrodników odbędzie się w Dreźnie między 15. a 21. września.

— Minister oświaty we Wiedniu zatwierdził wniosek grona profesorów wydziału filozoficznego wiedeńskiego w sprawie udzielania kobiecie stopnia prywatnego docenta. W rozporządzeniu odpowiedniem zaznaczono, że przypuszczenie kobiet do asystentów uniwersyteckich jest możliwe bez wszelkich zastrzeżeń, natomiast dopuszczenie do habilitacyi ma należeć do wyjątków.

— Dr Glaser proponuje w »Oesterr. Sanitaetswesen« wprowadzenie obowiązkowego odkażania książek w bibliotekach publicznych przed wypożyczeniem i przy zwrocie książek parą wodną płynącą o 100°, względnie parą formaldehydu o 80°.

— W czasie kongresu międzynarodowego laryngo-rinologicznego, który będzie trwać od 21. do 25. kwietnia 1908, odbędzie się wystawa przedmiotów, mających związek z laryngologią, rynologią, ezofagoskopią i bronchoskopią i będą wystawione narzędzia przeznaczone do badania i leczenia, narzędzia operacyjne, przyrządy inhalacyjne, przyrządy do oświetlania, przyrządy elektro-medyczne, jakoteż inne przedmioty techniczne, protezy, manuskrypty, książki, preparaty, rysunki i t. d. Informacyami służy sekretarz, prof. M. Groszmann, IX. Garnisonsgasse 10, w Wiedniu najdalej do 31. grudnia 1907. Tamże powinni zwrócić się interesowani z dokładnym opisem przedmiotów przeznaczonych na wystawę ze względu na katalog, który zarządzający kongresem zamierzają wydać. Przedmioty przeznaczone na wystawę należy przysyłać najpóźniej do 15. lutego 1908 pod następujący adres: Herrn Ober-Ingenieur Jaroschka, Inspektor des k. k. Universitässgebäudes in Wien. Staraniem komitetu wykonawczego, będą przedmioty przysłane zabezpieczone od ognia, kradzieży i zniszczenia. Władze kompetentne uwolniły od cła wwozowego i wywozowego przedmioty przysyłane na wystawę; odpowiednich dokumentów cłowych dostarczy na każde żądanie sekretarz. *Stahr.*

Mianowani: Dr Peter prof. anatomii w Gryfii; dr Rumf prof. med. w Bonn; dr Meller doc. okulistyki we Wiedniu; dr Nicolas prof. anatomii, dr Prenant prof. histologii, dr Quénu prof. nauki o operacyach, dr Bar prof. położnictwa, dr Ballet prof. historyi med. — w Paryżu; dr O. Mueller prof. med wewn. w Tybindze.

Zmarli: Dr Gué prof. chorób skórnych i wenerycznych w Kazaniu; dr Hitzig znany prof. psychiatryi w Halle.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w sierpniu 1907: *Gazeta lekarska Nr 30—33:* Rydygier: W sprawie akcyi przeciwrakowej. Biernacki, Sterling, Ciechomski (c. d.). Starkiewicz: W sprawie patogenezy przewlekłej żółtaczki wrodzonej. Arnstein: Kilka uwag o leczniczem znaczeniu digalenu. Łapowski: Nowe badania nad syfilisem i praktyczne ich zastosowanie. Bornstein: O tak zwanej psychozie Korsakowa. — *MedycynaNr 31—34:* Sokołowski K.: Rynolity czyli kamienie nosowe. Tuz: O wykrywaniu barwników żółciowych w moczu. Sterling W.: Poliomyelitis z zajęciem dróg piramidalnych. Bieliński: Wydział lekarski królewskiego uniwersytetu warszawskiego (1817—1831). Hellin D.: Ropotok obustronny opłucny. Dunin: Henryk Hoyer, sylwetka człowieka. Gapner: Żądło pszczoły tkwiące w powiece w ciągu 2 miesięcy. Hertz: Przyczynek do kazuistyki ciał obcych nosa. Brenneisen: Przyczynek do leczenia przewlekłych zapaleń śluzówki jamy ustnej. — *Tygodnik lekarski Nr 33—35:* Mars: O leczeniu spraw zapalnych przydatków macicy. Spira: O miejscowem stosowaniu nowszego środka znieczulającego w leczeniu chorób ucha i górnych dróg oddechowych. Rencki: O policytemii. — *Czasopismo lekarskie Nr 6—8:* Perlis: O znieczulaniu rdzeniowem. Jasiński: Stosunek ciepłoty ciała wewnętrznej do zewnętrznej w różnych stanach chorobowych u dzieci. Mazurkiewicz: O prawach myślenia w obłędzie i w zdrowiu. Puterman: Z dziedziny bakteryologii doświadczalnej. O metodzie wiązania aleksyny. Brudziński: Przyczynek kliniczny do zboczeń rozwoju fizycznego dzieci na tle zaburzeń czynności gruczołu tarczowego. Goldenberg: O wrzodziejącem zapaleniu jamy ustnej, wywołanem prątkami wrzecionowatymi i krętkami. Serkowski: Sprawozdanie z działalności pracowni sanitarnej miejskiej w Łodzi (1901—1907). Schoeneich: O zapaleniu nerek w przebiegu płonicy. Serkowski: Gruźlica ludzi i perlica bydła. Sterling: O rokowaniu w gruźlicy płuc. Maybaum: Rak u ludzi młodych. — *Nowiny lekarskie Nr 8:* Chłapowski: Dwie nowe metody mające życie przedłużyć (c. d.). — *Głos lekarzy Nr 15—17:* Mikołajski: S. p. dr Adam Langie. 2) Pomijanie Polaków w centralnej Radzie Zdrowia. Wnioski w sprawie ujednostajnienia przepisów etycznych i norm obyczajowych dla lekarzy polskich we wszystkich zaborach. Po Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich. Sekcya dla spraw zawodowych na X. Zjeździe lek. i przyr. pol. Ostrzeżenia i bojkotowania kolegi. VII walne zgromadzenie związku lipskiego. 35 zjazd delegatów związku Tow. lekarskich w Niemczech. — *Kronika dentystyczna Nr 8:* Krakowski: Przypadek postrzału górnej szczęki. — *Przegląd higieniczny Nr 8—9:* Barzycki: Handle starej odzieży w Galicyi. Panek: O wartości zdrowotnej naczyń niklowych. Szpilman: Międzynarodowy kongres higieny mieszkań (c. d.). — *Zdrowie Nr 8:* Wernic: O uświadomieniu płciowem młodzieży w okresie szkolnym i przedszkolnym. Chodecki: Alkohol i szkoła.

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. dr Stanisław Dobrowolski.

Rok XLVI. Kraków, dnia 14 września 1907. Nr 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O jadzie błoniczym.

Przez

Dra R. Nitscha.

(Ciąg dalszy.)

Takie byłoby w ogólnych zarysach wyobrażenie szkoły Ehrlicha o budowie jadu błoniczego. Widzieliśmy, że rozróżnia on w jadzie błoniczym 3 główne grupy, a mianowicie toksyny, toksony i toksoidy. Toksyny i toksony są produktami bakteryi błoniczych. Toksoidy zaś powstają w jadzie dopiero następowo wskutek przemiany toksyn. Są to zatem ciała pochodne od toksyn i w świeżym jadzie teoretycznie nie ma toksoidów. Oczywiście tylko teoretycznie, albowiem już podczas wytwarzania toksyn, gdy bulion, zaszczepiony bakteryami błonicy, stoi w termostacie, już wtedy pewna część toksyn zamienia się na toksoidy. Każda z tych 3 głównych grup jadu błoniczego dzieli się znowu na kilka części. A więc toksyny na proto- deutero- i tritotoksyny z odmianami α i β. Toksoidy na proto- syn- i tritotoksoidy. Toksony na toksonoidy i może na epitoksonoidy.

Możnaby wyrysować niejako drzewo genealogiczne jadu błoniczego i ono takby mniejwięcej wyglądało (patrz fig. 5).

Powinowactwo do antytoksyny zmniejsza się w tym szkicu z lewej strony ku prawej. Jak zaznaczono, jest obecnie jeszcze nieustalone miejsce epitoksonoidów. Niewiadomo, czy zaliczyć je do pochodnych od toksonów, czy też do równorzędnych toksonom i toksynom odmian jadu. Szkoła Ehrlicha (v. Dungern) pozostawia tę sprawę na razie nierozstrzygniętą, chociaż więcej się skłania do uznania epitoksonoidów za bezpośrednie wytwory bakteryi błoniczych. O epitoksonoidach będzie jeszcze niżej mowa.

Z kolei zastanowimy się nad tem, jak Ehrlich wyobraża sobie stosunek toksyny błoniczej do antytoksyny, czyli wzajemne oddziaływanie na siebie tych ciał.

Jest rzeczą teraz przez wszystkich uznaną, że toksyna nie zostaje zniszczoną przez działanie antytoksyny tak, jakby n. p, zniszczoną być mogła działaniem silnych kwasów mineralnych lub wysokiej ciepłoty[4]). Dowodzi tego ta okoliczność, że udaje się z obojętnego połączenia toksyny z antytoksyną otrzymać napowrót niezmienioną toksynę, jeśli tylko połączenie to nie trwało za długo.

Drugim faktem, przyjętym obecnie przez znaczną większość uczonych, jest ten, że do połączenia toksyny z antytoksyną i do zobojętnienia toksyny nie potrzeba współdziałania żyjących komórek ustroju, ale że to zobojętnienie odbyć się może równie dobrze na zewnątrz ustroju *in vitro*, jak i wśród tkanek ustroju.

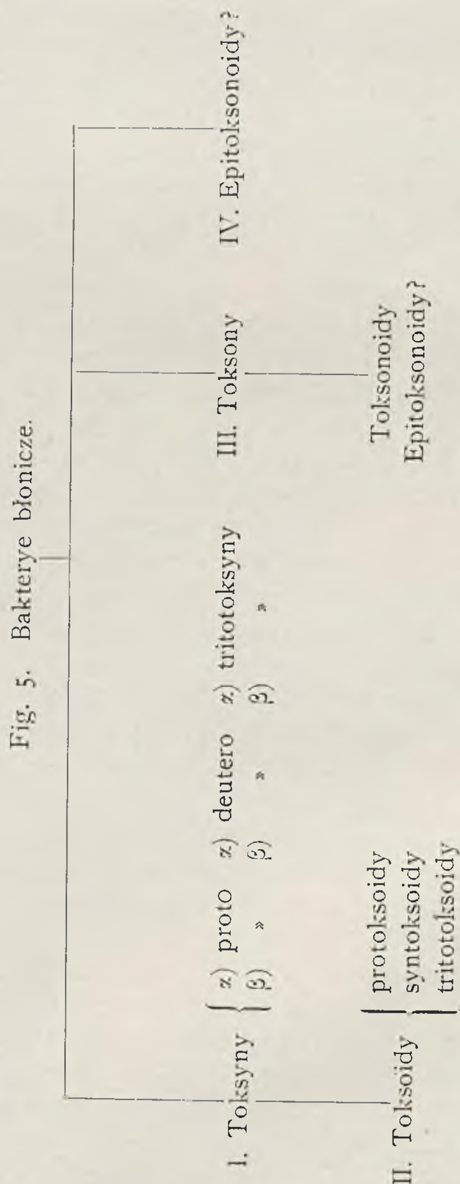


Fig. 5.

Te dwa fakta są również podstawą zapatrywań Ehrlicha na połączenie toksyny z antytoksyną błoniczą.

Prócz tego utrzymuje dalej Ehrlich, że to połączenie odbywa się na wzór działania silnego kwasu na silną zasadę, t. zn. że z połączenia toksyny z antytoksyną powstaje ciało trzecie, obojętne, przyczem w rozczynie nie pozostaje ani wolna toksyna ani antytoksyna, jeżeli zmieszano je

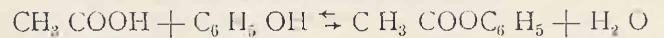
[4]) Porównaj jednak niżej zapatrywanie zwolenników teoryi kolloidalnej.

w stosunkach równoważnych. Jeżeli zaś zmięszano je w nierównoważnych ilościach, to z połączenia powstanie ich związek (ciało obojętne), a w rozczynie pozostanie tylko to z nich, którego dodano w ilości większej.

Dalej, co właściwie wynika z poprzedniego, twierdzi Ehrlich, że oddziaływanie to odbywa się według ścisłych ilościowych stosunków. Jeżeli zatem do zobojętnienia *a* części toksyny błoniczej, potrzeba *b* części antytoksyny, to do zobojętnienia *n a* części toksyny, potrzeba będzie zawsze *n b* części antytoksyny.

Prócz tego połączenie takie jest nieodwracalne. Ani połączenie powstałe nie rozkłada się z powrotem na toksynę i antytoksynę (choćby w śladach tylko) ani też z połączenia takiego nie można z powrotem żadnymi środkami otrzymać wolnej toksyny lub antytoksyny, jeżeli tylko połączenie trwało czas dostateczny.

Te zapatrywania Ehrlicha na budowę jadu błoniczego i na sposób jego oddziaływania na antytoksynę nie wszędzie zostały przyjęte. Od kilku lat (1902) występują przeciw nim Arrhenius, profesor fizyki w Sztokholmie i Madsen, dawny współpracownik Ehrlicha, obecnie kierownik państwowego zakładu surowic w Kopenhadze. Zgadzają się oni z Ehrlichem co do tego, że oddziaływanie toksyny na antytoksynę jest bezpośrednie, że odbywa się też *in vitro* bez żadnego udziału żywych komórek ustroju i że sprawa ta odbywa się według praw, znanych w chemii i fizyce. Zgadzają się też na to, że toksyna składa się z 2 grup: z grupy chwytnej i grupy toksycznej. Różnica polega na tem, że gdy Ehrlich przyjmuje, iż toksyna oddziaływa na antytoksynę na wzór silnego kwasu n. p. HCl, na silną zasadę n. p. Na OH, utrzymują Arrhenius i Madsen że oddziaływanie to porównać trzeba z działaniem słabego kwasu, n. p. kwasu borowego na słabą zasadę, n. p. na NH_3. Jak z chemii wiadomo, sprawa ta przebiega znacznie wolniej, aniżeli pierwsza, przytem zaś nie przebiega aż do końca, t. zn. aż do tego punktu, gdy wszystek kwas zobojętniony zostanie przez zasadę lub na odwrót, jak to praktycznie przyjąć możemy przy działaniu silnego kwasu na silną zasadę. Działanie słabego kwasu na słabą zasadę odbywa się według prawa Guldberga i Waagego, które opiewa, że szybkość przebiegu odczynu dwóch ciał, w rozczynie będących, zależy od masy tych ciał czyli od ich zgęszczenia. Według tego prawa szybkość czyli energia wzajemnego oddziaływania jest więc największą na początku odczynu, kiedy w rozczynie znajduje się najwięcej ciał oddziaływających na siebie. W miarę przebiegu odczynu zmniejsza się oczywiście coraz bardziej ilość owych ciał, bo zużywają się one na wytworzenia nowych połączeń z tego odczynu powstających. Coraz bardziej też maleje energia, z jaką one się łączą. Równocześnie z tem jednak powstają z odczynu tego nowe związki, a ilość ich coraz bardziej rośnie. Związki te również nie pozostają obojętne w obec siebie, ale w miarę tego, jak się ich tworzy coraz więcej, zaczynają oddziaływać na siebie coraz energiczniej i rozkładać się na nowo na ciała pierwotne. Jeżeli oznaczymy ciała, oddziaływające na siebie przez *a* i *b*, a związki powstające z tego odczynu przez *c* i *d*, to na początku szybkość i energia, z jaką *a* i *b* oddziaływają na siebie, będzie największą, pomału jednak maleje ilość ciał *a* i *b*, a równocześnie maleje też i energia, z jaką one na siebie działają. Z tego odczynu powstają ciała *c* i *d*, a ilość ich coraz bardziej wzrasta, równocześnie wzrasta też i energia, z jaką znowu ciała *c* i *d* na siebie oddziaływują i rozkładają się na pierwotne związki *a* i *b*. W końcu dojść musi do tego, że ilość ciał *c* i *d*, powstających w jednostce czasu wskutek tego odczynu równa się ilości ciał *c* i *d* rozkładających się znowu na pierwotne połączenia *a* i *b*. Wtedy nastaje równowaga. Jestto jednak równowaga czynna (dynamiczna), w której odbywa się nieustanny ruch w jednym i drugim kierunku. Sprawę taką oznaczają w chemii strzałkami w przeciwne strony skierowanemi $a + b \leftrightarrows c + d$. Za przykład takiego odczynu służyć może oddziaływanie kwasu octowego na wyskok, przy czem powstaje octan etylowy i woda:



$$CH_3\,COOH + C_6\,H_5\,OH \leftrightarrows C\,H_3\,COOC_6\,H_5 + H_2\,O$$

Takie odczyny, w których działanie w obie strony przebiega, nazywamy odwracalnymi *(reversibel)*. Za inny podobny przykład służyć może oddziaływanie $B(OH)_3$ na NH_3: $B(OH)_3 + NH_3 \rightleftarrows NH_4\,H_2\,O_3\,B$ powstaje (orto) boran amonowy, który znowu rozkłada się na pierwotne składniki.

(C. d. n.)

Przypadek pęknięcia macicy.

Podał

Dr med. Aleksander Karnicki,

ordynator zakładu położniczego i szkoły położnych w Petersburgu.

Pozwalam sobie zatrzymać uwagę Szanownych Kolegów na spostrzeganym przezemnie przypadku z tego powodu, iż mojem zdaniem, pęknięcie macicy jest o tyle znacznem uszkodzeniem w ustroju kobiety i tak w każdym przypadku się różni, zarówno co do etyologii, jak i co do przebiegu klinicznego, że zasługuje na to, by każdy przypadek był rozpatrzony. To też tem bardziej należy się dziwić, że aż do końca XVI. stulecia o tej sprawie nic w piśmiennictwie nie znajdujemy. Pierwszy Guillemeau opisał przypadek pęknięcia macicy, ale jak on sam, tak i późniejsi autorowie (Levret, Dela Motte) mieli najzupełniej mylne pojęcie o przyczynach, które mogą pęknięcie wywołać. Dopiero w pracach Baudelocquea znajdujemy wskazówki, że guzy, ścieśniona miednica i wadliwe położenia płodu są tego uszkodzenia przyczyną i że w razie dostania się płodu do jamy brzusznej radzi on zastosowywać gastrotomię. Michaelis i Bandl pierwsi rzucili prawdziwe światło w nauce o pęknięciu macicy, a teorye ich aż dotąd są powszechnie przyjęte. Michaelis twierdził, iż przy niektórych porodach szyjka maciczna bywa uciśniętą pomiędzy częścią przodującą płodu a ścianką miednicy, z powodu czego, gdy kurcze zmuszają macicę podnosić się do góry, dolny jej odcinek rozciąga się i w końcu wreszcie może dojść do pęknięcia. Najczęściej według niego zdarza się to przy ogólnie jednostajnie ścieśnionej macicy i brzuchu obwisłym. Teorya Bandla jest dobrze znana: dzieli on macicę na dwie części: górną, która się kurczy i dolną, która się tylko rozciąga, granicę pomiędzy niemi stanowi pierścień skurczowy, który, jak dowodzi Frommel, w przypadkach z przebiegiem zwyczajnym porodu leży w poziomie wejścia do miednicy małej. W niektórych przypadkach miednicy płaskiej, wodogłowia lub też wadliwego położenia płodu, po pewnym czasie po odejściu wód płodowych daje się wyczuć wyraźnie pierścień skurczowy około pępka lub niewiele niżej; jest to objawem tego, że dolny odcinek macicy uległ znacznemu rozciągnięciu i że łatwo tu dojść może do pęknięcia; przeciwdziałają takiemu nadmiernemu rozciągnięciu dolnego odcinka więzy obłe i mocne powłoki

brzuszne, które nie pozwalają wysoko się podnosić macicy. Z tej przyczyny pęknięcie zdarza się najczęściej u wieloródek z brzuchem obwisłym, natomiast bardzo rzadko zdarza się u pierwiastek. I tak według statystyki: Bandl miał na 4 pierwiastki 39 wieloródek; Trask 39 pierwiastek na 320 wieloródek; Merz w 6,1%, Fritsch w 12%. Zdaniem Freunda znaczenie ma tutaj nie wiek, ponieważ u starych pierwiastek znajdujemy pęknięcia tylko ujścia zewnętrznego i krocza, ale te zmiany w samem utkaniu dolnego odcinka, które są następstwem poprzednich porodów, jak naprzykład blizny po niezupełnem pęknięciu macicy. Freund i Veit sądzą, że w tych przypadkach, gdy część więzadła szerokiego jest uciśnięta pomiędzy częścią przodującą płodu, a ścianą miednicy, prędzej może dojść do pęknięcia. Zdaniem Freunda wogóle trudno przypuścić, iż pęknięcie macicy może nastąpić bez uciśnięcia jej dolnego odcinka, ponieważ w przeciwnym razie bywa zwykle pęknięcie sklepienia; takie uciśnięcie zdarza się najczęściej przy sztywności ujścia zewnętrznego i ścieśnionej miednicy. Co do częstości pęknięcia macicy statystyka się różni; tak naprzykład znajdujemy następne dane: Bandl 1 pęknięcie na 1183 porodów; Leopold 1:6100; Braun 1:2000; Winckel 1:750; Tarnier 1:1690. Przypadek mój był następujący:

18. grudnia 1906 roku o 8 godz. 35 min. wieczorem przybyła do Zakładu położnego petersburskiego rodząca z miasta Czerepowiec. Wywiady dały następne wyniki: P. S., 32-letnia włościanka z gub. Nowogrodzkiej, miesiączkowała co 4 tygodnie w ciągu 5 dni, rodzi 7 raz; żywych dzieci niema; 4 porody ukończono zapomocą kleszczy; 4 razy rodziła płody martwe. Z notatki, nadesłanej przez lekarza z miasta Czerepowiec dowiadujemy się, że poród zaczął się dnia 17. XII. o godzinie pierwszej w południe; o 9 godzinie wieczorem przy ujściu na 4 palce odeszły wody płodowe i bóle stają się coraz silniejsze; o 11 godz. stwierdzono pierścień skurczowy o $1\frac{1}{2}$ palca poniżej pępka, a o 1 w nocy raptownie ustały bóle, chora zaczęła krwawić; badanie stwierdziło pęknięcie macicy i wypadnięcie płodu do jamy brzusznej, a ponieważ warunki miejscowe nie pozwalały chorej tam operować, odesłano chorą do zakładu. Po przybyciu do zakładu stan chorej następujący: pomimo tak dalekiej podróży (kilkaset wiorst, które chora przejechała trzecią klasą siedząc) znajdujemy chorą stosunkowo w dobrym stanie: tętno 90, ciepłota 37,8, krwawienie nieznaczne. Wymiary miednicy *dist. troch.* 30; *crist.* 25; *spin.* 22; sprzężna zewnętrzna 17; sprzężna prawdziwa 8,6 (mierzona zapomocą miednicomierza Gausa). Przez powłoki brzuszne wyczuwamy w prawej części jamy brzusznej dobrze skurczoną macicę, w lewej zaś dają się łatwo namacać oddzielne części płodu. Przy badaniu przez pochwę znajdujemy pęknięcie dolnego odcinka macicy z lewej strony, które przechodzi na tylne sklepienie pochwy. Wszystkie dane powyższe w zupełności potwierdziły rozpoznanie, z którem chora do nas przybyła. Postanowiłem skończyć poród zapomocą cięcia brzusznego. Po zwykłem odkażeniu powłok brzusznych, części rodnych zewnętrznych i pochwy, zrobiłem cięcie w środkowej linii ciała, poczynające się zaraz poniżej pępka i kończące się na 3 palce od spojenia łonowego; otrzewnę otwarto pomiędzy dwoma szczypczykami. Wprowadzoną przez cięcie brzuszne ręką wydobyłem za nóżkę płód martwy, dobrze rozwinięty, a zaraz potem i łożysko, które znalazłem w samem miejscu pęknięcia. Macicę wytoczyłem na zewnątrz przez cięcie brzuszne. Stwierdziłem pęknięcie w dolnym lewym odcinku macicy, przechodzące nierówną linią z jednej strony naprzód, gdzie na wielkiej przestrzeni otrzewna jest oddzielona od pęcherza moczowego, z drugiej zaś na tylne sklepienie pochwy; miejsce pęknięcia mocno zmiażdżone, z powodu czego postanowiłem nie zeszywać pęknięcia, ale natychmiast przystąpić do nadpochwowego wycięcia macicy. Podwiązałem więc z obu stron tętnice nasienne i więzadła oble i po przecięciu więzadła szerokiego i oddzieleniu płata otrzewnego, wymacałem tętnice maciczne, które zacisnąłem mocnemi szczypczykami. Po dokonaniu tego macicę powyżej szczypczyków odciąłem, a tętnice maciczne mocno podwiązałem. Po zeszyciu pęknięcia lewego sklepienia, pozostałe części więzadła obłego i jajowodu przyszyłem do kikuta szyjki, a nad tem wszystkiem dokonałem plastykę otrzewnej, jednak w taki sposób, że zostawiłem otwory dla osączkowania: jeden przez kikut szyjki, a drugi przez zagłębienie odbytniczomaciczne, przez które przeprowadziłem dwa pasy wyjałowionej gazy kseroformowej. Przed sączkowaniem przemyto jamę brzuszną roczynem fizyologicznym. Po usunięciu wszystkich serwetek z wyjątkiem jednej, którą były przykryte jelita, przystąpiłem do zamknięcia jamy brzusznej. 3 szwy przeprowadziłem przez całą grubość powłok brzusznych, rozcięgno spoiłem szwem węzełkowym (teraz wyjęto ostatnią serwetę), a brzegi rany skórnej złączyłem spinaczkami (serfinami). Ranę, niczem nie przysypaną, zakryto zwykłą wyjałowioną serwetą i nałożono opatrunek; na brzuch worek z lodem. Operacya w uśpieniu chloroformowem. Płód żeński wagi 4,000 gr., długość 53 cm.; rozmiary główki: prosty 13; wielki ukośny 14; mały ukośny 11; wielki poprzeczny 9; obwód 41; obwód klatki piersiowej 33; plecy 12 ctm. Łożysko 500 gr. Błony płodowe mocne. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy; ciepłota przez cały czas była prawidłowa; szóstego dnia gazę usunięto, a dziesiątego zdjęto szwy; wszędzie zagojenie się doraźne. Przez cały czas chora się czuła doskonale, apetyt dobry, mocz sam odchodził, odchody w ilości minimalnej. Z powodu zatrzymania stolca kilkakrotnie stosowano lewatywę. Przy badaniu wewnętrznem przed wyjściem chorej z zakładu można wymacać kikut szyjki, nad którym tkanka ziarninowa tworzy rodzaj kopuły; 17. dnia chora wstała z łóżka, a 23. wyszła z zakładu zupełnie wyleczona.

Przypadek powyżej opisany swoim przebiegiem nieco się różni od innych. Mianowicie rodząca pomimo tak ciężkiego uszkodzenia, za jakie należy uważać pęknięcie macicy, ma jeszcze tyle sił, że może przyjechać z Czerepowiec do Petersburga, gdzie jej zaledwie dopiero w dobę od chwili pęknięcia udzielono pomocy, niezbędnej dla ukończenia porodu. Za przyczynę tak wyjątkowo szczęśliwego przebiegu należy uważać to, że chora według wszelkiego prawdopodobieństwa od samej chwili pęknięcia macicy krwawiła nieznacznie. Zależało to od tego, że pęknięcie nastąpiło nie raptownie, lecz przeciwnie w ciągu dłuższego czasu; ściana macicy była jakby przetartą przez główkę płodu. Jak wiadomo, po pęknięciu macicy częściej zdarzają się krwotoki żylne, które po wypadnięciu płodu do jamy brzusznej i dobrem skurczeniu się macicy mogą być bardzo nieznaczne. Z wywiadów wiemy, że w naszym przypadku kurcze ustały raptownie, co swoją drogą może świadczyć o tem, że płód natychmiast został wydalony z macicy do jamy brzusznej. Zdaniem Freunda zdarza się, iż macica nawet po pęknięciu kurczy się prawidłowo, aż dopóki płodu nie wydali. Możemy więc przypuszczać, że jeżeli w moim przypadku kurcze natychmiast po pęknięciu ustały, macica odrazu była dobrze skurczoną i prawie nie krwawiła.

Cóż mogło wywołać pęknięcie macicy w naszym przypadku? Ażeby odpowiedzieć na to pytanie, należy przejrzeć etyologię tej sprawy. Otóż większość autorów twierdzi, że przyczyną pęknięcia macicy może być ścieśniona miednica, tak n. p.: Trask w 74%, Fritsch w 77%, a Freund w 65% znaleźli jako jedyną przyczynę pęknięcia macicy ścieśnioną miednicę. Korman powiada, że wielki płód nieraz wywołuje pęknięcie macicy; tak z 63 przytoczonych przez niego przypadków w 10 pęknięcie było skutkiem wielkich rozmiarów płodu. Jak już wiemy, w moim przypadku była miednica ogólnie jednostajnie ścieśniona, a także płód wielkich rozmiarów (4,000 gr.); jak jedna, tak i druga okoliczność mogła być aż nadto powodem pęknięcia macicy. Nie mogę pominąć całkowicie milczeniem tych przypadków, w których zmiany, zaszłe w samej ściance macicy, jakby ułatwiają pęknięcie. Tak naprzykład Wigand uważa, że przyczyną pęknięcia dolnego odcinka macicy bywa częściowy zanik szyjki. Leopold, Neumann, Chworostansky sądzą, że głębokie wdzieranie się kosmków wywołuje ścieńczenie ściany macicy, a przeto ułatwia jej pęknięcie. Według Langiego przyżeganie gorącem powietrze *(atmocausis)* może prowadzić do przeciągłego zaniku. Zdaniem Dawydowa i Policnowa odgrywa w tej sprawie niemałą rolę stan włókien elastycznych, które mają wyglądać zupełnie inaczej w preparacie wziętym ze ściany pękniętej macicy, aniżeli zwyczajnie. Gruzdiew opisuje przypadek, w którym w miejscu pęknięcia znalazł niewielkie włókniaki. W innych znów przypadkach stan zapalny i bli-

zny (jak to było w przypadku Kriwskiego) mogą być uważane za przyczynę pęknięcia macicy. Pomimo tego, iż wielu autorów, jak Lehman, Klob, Simpson, Bennecke, Thorn, wcale nie uznają, by te zmiany w substancyi ściany macicy mogły doprowadzić do pęknięcia macicy, sądziłem, że należy i w moim przypadku dokonać badań drobnowidowych, by się upewnić, gdzie mamy szukać przyczyny pęknięcia. Jednak, jak i przypuszczałem, w budowie ściany macicy żadnych zmian nie znaleziono. Otóż musimy przyjąć, że w naszym przypadku pęknięcie nastąpiło z powodu ścieśnionej miednicy i wielkich rozmiarów płodu. Pękła lewa strona macicy, co w zupełności zgadza się ze zdaniem Wychgela, Sauvagea i Olshausena, którzy twierdzą, iż z lewej strony pęknięcie bywa o wiele częstsze. Mojem zdaniem przyczyny tak częstego pęknięcia z lewej strony należy szukać w tem, że częściej się zdarza postawa I płodu, przy której tyłogłowie bywa zwrócone ku lewej stronie, co znowu może ułatwić pęknięcie. Tak samo, jak w moim przypadku, Sauvage i Olshausen podają, że częściej otrzewna bywa oddzieloną ze strony pęcherza moczowego; jedynie tkanka łączna, otaczająca pęcherz, ochrania go od częstszego pęknięcia. Klien zebrał 15 przypadków z pęknięciem pęcherza, z których tylko w dwóch nie nastąpiła śmierć. Smutną przepowiednię w tych razach stawiają również Fournier i Möller, których chore także zmarły.

Co do sposobu, w jaki należy postępować w razie pęknięcia macicy, zdania są podzielone; gdy część autorów (jak Kolaczek, Popow, Mendel, Osterlot, Stojanow) radzą zastosowywać tamponowanie, inni (Leopold, Klien, Iwanow, Wiener, Varnier, Zweifel) usilnie doradzają cięcie brzuszne. Kolaczek w ciągu r. 1900—1 miał w 100% szczęśliwy przebieg przy tamponowaniu; z drugiej strony Klien zebrał statystykę z 381 przypadków, w których o wiele lepszy przebieg był przy cięciu brzusznem. Mojem zdaniem każdy przypadek pęknięcia należy wyodrębniać i gdy, jak w moim, płód całkiem wypadł do jamy brzusznej, mówić o sposobie zachowawczym można chyba tylko w tem znaczeniu, że należy zeszyć pęknięcie, a nie wycinać macicy, a wszelka myśl o tamponowaniu w takich razach powinna być całkiem porzuconą. Rozstrzygać w tej sprawie powinna linia pęknięcia i stan brzegów rany; bez wątpienia tam, gdzie będziemy mieli równą linię pęknięcia, należy je zeszyć, lecz w przypadkach podobnych do mojego, w których pęknięcie idzie nierówno, brzegi są zmiażdżone, a otrzewna oddzielona na wielkiej przestrzeni, należy macicę wyciąć. Do tego muszę dodać, że niemałe, mojem zdaniem, ma znaczenie i ta okoliczność, ile czasu ubiegło od chwili pęknięcia do operacyi i czy możemy z pewnością wyłączyć możność zakażenia. W tym względzie, jak twierdzi Aleksandrow, o wiele lepiej rokować należy w przypadkach, w których pęknięcie nastąpiło w tym samym zakładzie. W moim przypadku należało obawiać się zakażenia, ponieważ od chwili pęknięcia przeszła cała doba, którą chora spędziła w podróży. Co do sposobu, w jaki ma być wycięta macica, może być zastosowane: wycięcie macicy nadpochwowe, wycięcie całkowite przez cięcie brzuszne i wycięcie przez pochwę. Według statystyki Kliena najlepsze wyniki daje nadpochwowe wycięcie macicy, ponieważ przy wycięciu brzusznem śmierć nastąpiła w 55%, przy wycięciu pochwowem w 54%, a przy wycięciu nadpochwowem w 46%. Dodać tu należy, że statystyka Kliena jest zebrana za 20 lat; jeżeli wziąć wyniki operacyi tylko lat ostatnich, to odsetki o wiele będą mniejsze. Dodatnio wpływa tu wymycie jamy brzusznej przed sączkowaniem rozczynem fizyologicznym, co Zweifel i Freund usilnie zalecają. Kończąc pozwolę sobie wyrazić nadzieję, że z większym rozwojem sztuki położniczej w miastach i szczególniej we wsiach, coraz rzadziej spotykać będziemy przypadki pęknięcia macicy, ponieważ będzie im wcześnie zapobiegać prawidłowo zastosowana pomoc położnicza.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

V. Aberle. **Operacyjne leczenie kręczu** (*caput obstipum*) **mięśniowego.** (*Zentrblt. f. Chir.*, 1907, Nr 28). Główny nacisk przy leczeniu kręczu, kładzie A. na prostowanie skrzywienia szyjnego części kręgosłupa. Operacye na mięśniach uważa za akt przygotowujący i ułatwiający leczenie, jest więc obojętnem, jakiej metody do tego się używa; przecięcie podskórne uważa A. o tyle za najlepsze, że daje ono dobry wynik kosmetyczny i dozwala zaraz prostować kręgosłup. *Klęsk.*

Neuhäuser. **O krwotokach po przecięciu nerki, zawierającej kamienie.** (*Deut. med. Wochs.*, 1907, Nr 28). Po usunięciu kamieni nerkowych zapomocą przecięcia nerki wydarzać się mogą krwawienia i to albo już od operacyi się utrzymujące, lub też występujące następowo nagle dopiero w pewien czas. Krwotoki te są poważne i zmuszają często do powtórnego otwarcia rany, tamponady, a czasem i wyjęcia nerki operowanej. *Klęsk.*

Delore. **O wyłuszczaniu tętniaków górnych tętnicy szyjnej wspólnej.** (*Rev. de chir.*, 1907, Nr 1) Ten rodzaj tętniaków, wychodzący z rozwidlenia się tętnicy, jest stosunkowo rzadki, jednak daje się wyłuszczać. Z 10 dotąd operowanych przypadków 9 wyleczono. Z trzech rodzajów zabiegów t. j. podwiązania, nacięcia i wyłuszczenia, tak ze względu na następstwa bezpośrednie po zabiegu; (niedokrwienie mózgu i zator) i ze względu na następstwa późne najlepiej się nadaje wyłuszczenie. Jak tego sam D. doświadczył, tętniak może nie dawać czasem żadnych objawów, pozwalających go odróżnić od innych guzów w danej okolicy ciała. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Vorschütz. **Przeczulica przy zranieniach czaszki i mózgu.** (*Deut. Zeits. f. Chir.*, T. 88, Z. 1—3). V. znajdował często przeczulicę po zranieniach czaszki i mózgu i uważa objaw ten za bardzo ważną wskazówkę rozpoznawczą uszkodzenia wnętrza czaszki. Przeczulicę tę odnieść należy do uszkodzenia samego mózgu, skąd podrażnienie drogą nerwu współczulnego udziela się górnemu zwojowi szyjnemu, a dalej nerwom obwodowym (a nie do uszkodzenia zwoju współczulnego około zatoki jamistej). *Klęsk.*

Geigel. **Znaczenie małżowiny usznej dla słyszenia.** (*Münch. med. Wochs.*, 1907, Nr 30). Według G. przy słyszeniu główną rolę odgrywa nie tyle przewodnictwo powietrza w przewodzie ucha, ile raczej drganie samej małżowiny i udzielanie się tego drgania dalej aż błonie bębenkowej. Mimo zatkania przewodu woskowiną słyszy się często wcale dobrze. *Klęsk.*

Kurt Schultze: **Badania ciepłoty po zabiegach na gruczole tarczowym.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, T. 17, Z. 5). Na podstawie kilku doświadczeń, wykonanych na ludziach, którym wstrzykiwano wyciągi z gruczołów tarczowych ludzkich wyciętych z powodu różnych niezłośliwych zmian, wnosić należy, że podniesienie się ciepłoty po zabiegach na gruczole tarczowym nie jest wywołane przez wessanie wydzieliny, lecz prawdopodobnie przez wessanie wynaczynionej krwi. Również pogorszenia się choroby Basedowa po zabiegach na gruczole, nie pozostają w żadnym związku z wchłanianiem wydzieliny, wyciągi bowiem z tak powiększonych gruczołów nie wywołują żadnych zmian ani w ciepłocie, ani w tętnie. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Jordan. **O podwiązywaniu tętnicy szyjnej wspólnej.** (*Arch. f. klin. Chir.*, 82, I. 1907). Ponieważ w 10% przypadków po podwiązaniu tętnicy szyjnej wspólnej nastaje śmierć, dlatego przed zabiegiem właściwym stosowano 1-godzinne zaciskania. Doświadczenia na psach dowodzą, że można częściowe zaciskania stosować przez dwie doby, bez wywołania żadnych zaburzeń w krążeniu mózgowem lub skrzepów w naczyniu zaciśniętem. To też J., mając w jednym przypadku operować guz na szyi, założył tymczasowo podwiązkę na dwie doby, a przekonawszy się, że chory to dobrze znosi, wykonał następnie zabieg ostateczny w znieczuleniu miejscowem z wynikiem pomyślnym. Podwiązywanie to natychmiastowe lub stopniowe należy wykonywać ostrożnie. Częściowe zaciskanie i to końca dośrodkowego na dwie doby jest również wskazane po zeszyciu ścian naczyn większych. *Dr Kasprzyk* (Berlin.)

Fischer: **O leczeniu operacyjnem wola wrodzonego.** (*Beitr. z. kl. Chir.*, 82, 1). Znane są z piśmiennictwa liczne przypadki wola wrodzonego, leczone jodem, rtęcią, upustem krwi, bańkami, — w razie zaś duszenia się stosowano kąpiele ciepłe

z zimnymi natryskami, wychylanie głowy ku tyłowi i wysuwanie ku przodowi szczęki dolnej, wszystko z mniej lub więcej pomyślnym skutkiem. W groźnych przypadkach należy jak najwcześniej przystąpić do wyłuszczenia wola, gdyż stosowana dotąd tracheotomia, — pominąwszy już trudności techniczne, — zwykle nie może uratować życia noworodka ze względu na związane z nią powikłania. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Schulz. **Atropina przy niedrożności jelit.** (*Mittheil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, Tom XVII, Z. 5). Zdanie swoje opiera S. na 35 przypadkach. Wstrzykuje on atropinę przy niedrożności jelit w ilości 0,002 gr. jako pierwszą dawkę, rzadziej 0,001 gr, u dzieci 0,0005 gr., następnie po 4—12 godzinach, jeśli niema żadnych oznak zatrucia jeszcze raz tę samą dawkę, a w końcu w niektórych przypadkach jeszcze 0,001 gr. Dla uniknięcia objawów mózgowych, świadczących o zatruciu, wstrzykuje S. jeszcze przedtem morfinę, która ma usuwać także i później występujące objawy, mianowicie bredzenia. Wypróżnienie stolca następuje zazwyczaj przy niedrożności kurczowej (*ileus spasticus*) w 16 godzinach, przy poraźnej w 20, a przy mechanicznej w 24 godzin. W pierwszych dwóch razach następuje wypróżnienie zaraz po odejściu wiatrów, w mechanicznej niedrożności dopiero po kilku godzinach. Atropina działa we wszystkich przypadkach niedrożności kurczowej, prawie we wszystkich przypadkach poraźnych, a w dwóch trzecich przypadków mechanicznej niedrożności. Jeśli po 24—36 godzinach niema wypróżnienia, przygotowuje S. wszystko do operacyi, do której wskazanie tworzą: wzrastająca liczba tętna i malejąca pełność tegoż. Także w przypadkach zaniedbanych stosuje S. przed operacyą atropinę dla pobudzenia krążenia i ruchu jelit i dla uspokojenia wymiotów. W niedrożności kurczowej, powstałej z powstałej z powodu zatrucia ołowiem, działa atropina o wiele szybciej, niż makowiec. *B. Żmigród* (Rymanów).

Bernhard. **Doszczętna operacya olbrzymich przepuklin z przemieszczeniem jądra do jamy brzusznej.** (*Mnch. med. Wochs*, 1907, Nr 32). Olbrzymie przepukliny radzi B. operować w ten sposób, że przemieszcza się jądro do jamy brzusznej, przez co zaszycie kanału staje się zupełnie pewnem. Jądro, leżące w jamie brzusznej nie ulega zanikowi. By zapobiedz wrażliwości wytworzenia się w jamie brzusznej wodniaka jądra, należy usunąć pochewkę jądra. Sposób autora zastosowano też przy jądrze leżącem w pachwinie zamiast opuszczania i umocowywania w worku mosznowym. *Klęsk.*

Prof. Ercklentz. **O pęknięciu przełyku.** (*Allg. med. Ctrl. Ztg.*, 1907, Nr 27). Przypadek E. dotyczy 46-letniego mężczyzny, leczonego regularnemi przepłukiwaniami żołądka, które chory doskonale znosił. Pewnego dnia wprowadził lekarz zgłębnik żołądkowy w zwykły sposób i dwukrotnie przepłukał żołądek bez żadnych szczególnych przypadłości; przy trzeciem przepłukaniu, po wlaniu ³/₄ litra płynu do żołądka, nastąpił nagle gwałtowny odruch wymiotny, przyczem wypadł zgłębnik, z ust chorego wylała się ciecz krwawo zabarwiona i pojawiły się gwałtowne bole w okolicy żołądka. Po 20 minutach wymiotował chory około 400 cm. sz. ciemnej krwi; w półtrzeciej godziny potem pojawiła się po prawej stronie szyi wyraźna odma podskórna. Rozpoznano pęknięcie dolnej części przełyku. Odma podskórna wzrastała gwałtownie, a po 14 godzinach nastąpiła śmierć. Przy sekcyi znaleziono w prawej jamie opłucnej przeszło litr mętnej cieczy o kwaśnym zapachu, mierne rozszerzenie całego przełyku, w najniższym zaś jego odcinku otwór, wiodący do prawej jamy opłucnej, długi 4 ctm., o brzegach nierównych, poszarpanych; oprócz niego zaś rozdarcie błony śluzowej i powierzchownych warstw błony mięsnej, długie na $1^1/_2$ ctm.; przedarcia sięgały aż do wpustu. Pęknięcie przełyku w tym przypadku uważa E. za samorodne; przepłukiwanie żołądka do pęknięcia tylko się przyczyniło, ale samo wywołać go nie mogło. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Meissner. **O pęknięciu przewodów żółciowych po urazie tępym.** (*Beitr. z. kl. Chir.*, 82, 1). Pęknięcia te są o wiele rzadsze od pęknięć wątroby, a 2 razy rzadsze od pęknięć pęcherzyka żółciowego. Dotąd opisano 20 przypadków; dotyczyły one 12 razy przewodu wspólnego, 7 razy wątrobnego, a raz pęcherzykowego, i to przeważnie dzieci i osób młodych. Rozpoznanie: wstrząs, żółć gromadząca się w jamie brzusznej, barwiki żółciowe w moczu, żółtaczka, stolce bezbarwne, szybkie wychudnienie z utraty cieczy i nakłucie. Leczenie: laparatomia jak najwcześniej, zeszycie otworu, ewentualnie tamponada i sączkowanie; wyleczeń dotąd 7. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Hildebrandt. **Chirurgiczne leczenie wrzodu żołądka.** (*Berl. klin. Wochs.*, 1907, Nr 25). Według Krönleina chirurgiczne leczenie wrzodu żołądka daje w 85% przypadków dodatni wynik leczniczy. Za najodpowiedniejsze postępowanie przy wrzodzie uznać należy połączenie żołądka z jelitem, które choć wprawdzie samej choroby nie leczy, to jednak obniża kwaśność treści żołądkowej i uspokaja żołądek. Przy ostrym krwotoku wyniki operacyjne są niepewne. W razie powtarzających się krwawień próbować należy wycięcia wrzodu. Zwężenie odźwiernika i zrosty można i należy zawsze operować; wyniki są przytem bardzo dobre. *K.*

D. Grünbaum. **Nowy przypadek pierwotnego raka wyrostka robaczkowego.** (*Berl. klin. Wochs.*, 1907, Nr 31). W klinice Landaua spostrzeżono u chorej 33-letniej, u której wykonano cięcie brzuszne z powodu włókniaków macicy, także przypadkowo raka wyrostka robaczkowego. Th. Landau wypowiedział wtedy zdanie, że przy każdem cięciu brzusznem należy także z zasady oglądnąć wyrostek robaczkowy. Postępując więc według tych wskazówek znaleziono u chorej 19-letniej, która na 4 tygodnie przed zabiegiem skarżyła się na objawy, właściwe zapaleniu wyrostka robaczkowego, zmiany wyrostka robaczkowego, który też wycięto. Badanie mikroskopowe stwierdziło raka. Chorą tę operowano z powodu obustronnych ropniaków jajowodowych. W piśmiennictwie opisano dotąd 70 przypadków raka wyrostka robaczkowego. Lubarsch opisuje taki przypadek u 17-letniego chorego. Ponieważ obraz kliniczny raka wyrostka robaczkowego jest podobny do jego zapalenia, przeto rozpoznanie ścisłe jest niemożliwe. *Engländer.*

Tietze. **3 przypadki wszczepiania kości.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. f. Med. u. Chir.* III. Suppl.-Bd.). Wszczepianie kości w miejsce kawałka wyciętego w ciągłości, ma wielką doniosłość, dozwala bowiem nieraz ocalić kończynę, zwłaszcza w przypadkach mięsaków olbrzymio-komórkowych; nowotwory te są natury stosunkowo łagodnej i nie wymagają odjęcia całej kończyny. T. stosował wszczepienie kości w trzech przypadkach. Raz zastąpił kości przedramienia kośćmi śródstopia, drugi raz kawałkiem goleni, a w trzecim przypadku wszczepił część śródstopia w miejsce śródręcza. *Klęsk.*

Ritschl. **Przykurczenie palców (zginaczy) wskutek urazowego rozszczepienia ścięgna mm. prostujących.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 23). Przykurczenie palców wskutek zeskoczenia ścięgna mm. prostujących z główek kostek śródręcza wydarza się głównie u osób, cierpiących na gościec stawowy lub zniekształtniające zapalenie stawów. Ścięgno zesuwa się prawie zawsze w stronę kości łokciowej. R. spostrzegał niezwykły przypadek przykurczenia małego palca ręki prawej, powstałego wskutek urazu przez to, że ścięgno m. prostującego pękło podłużnie i główka kostki śródręcza weszła między obie połowy ścięgna, jak to przy operacyi stwierdzono. Po zeszyciu ścięgna czynność jego wróciła zupełnie do stanu prawidłowego. *Klęsk.*

Offergeld. **Podwiązywanie wielkich naczyń dolnych części ciała.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 88, Z. 1—3). Przy podwiązywaniu wielkich naczyń największą uwagę zwracać należy na stan serca. Podwiązanie tętnicy głównej wpływa prawie zawsze bardzo źle na czynność serca, podobnie obustronne podwiązanie tętnic biodrowych wspólnych. Podwiązanie tętnicy udowej u człowieka w 60 prc. przypadków wywołuje zgorzel kończyny, dlatego też lepiej jest podwiązywać tętnicę biodrową wspólną, przyczem zwykle kończyna nie ulega zmianom. Podwiązanie obustronne żył biodrowych wspólnych równa się podwiązaniu żyły głównej dolnej: nie wywołuje zaburzeń w narządach miednicy małej, w kończynach i obrzęków, ale na ogólne krążenie ma wpływ bardzo zły. *Klęsk.*

Zuelzer. **Ortopedyczna opaska na stołek.** (Proste urządzenie celem zmuszenia dzieci do prostego trzymania się). (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 26). Opaska, podana przez autora, zasadą swą przypomina tornister. Składa się z poduszki i dwóch rzemieni. Poduszka wchodzi między łopatki, a rzemienie idą przez ramiona, obejmując zarazem stołek. Przyrząd można przymocować łatwo do każdego stołka. Dziecko może samo z niego się uwolnić. W przyrządzie tym oddychanie jest zupełnie swobodne i przy nauce dzieci chętnie siedzą przy użyciu przyrządu. *Klęsk.*

Położnictwo i ginekologia.

Barth. **Ropienie nerkowe w ciąży.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 85). Mniej więcej w połowie ciąży powstać może czasem silne przekrwienie prawego moczowodu, wywołując zwężenie światła. Do tego dołączyć się może zakażenie prątkiem.

okrężnicowym i zajęcie miedniczek, rzadziej już nerek. Zakażenia ropne są oczywiście o wiele groźniejsze. W przypadkach takich należy bezzwłocznie wprowadzić do moczowodu cewnik, w danym razie nawet naciąć nerkę. Operacya ta nie przedstawia zdaniem B. żadnego niebezpieczeństwa, ani dla matki, ani dla płodu; natomiast przy cewnikowaniu moczowodu odruchowo wywołać można poronienie. Usunięcie zastoiny moczu usuwa przypadłości; podobnie i odejście płodu; drobnoustroje pozostają jednak nadal w drogach moczowych. *Klęsk.*

Bewersdorff. **Przypadek zakażenia połogowego leczony surowicą przeciwpaciorkowcową Menzera.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 30). Korzystny wynik, uzyskany w jednym wypadku przy leczeniu tym sposobem zachęca do dalszych prób. Surowicę w tym przypadku wstrzyknięto dwa razy, po raz pierwszy 20 ctm., następnie 10 ctm. *Dr M. Godlewski.*

J. Kermanner. **Ropowica żołądka w toku ciąży.** (*Mitteil. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir.* 1907, XVII, 5). Etyologia ropnego zapalenia żołądka jest dotąd jeszcze ciemną; w niewielu przypadkach zwłaszcza zdołano stwierdzić istnienie wcześniejsze jakiegoś przewlekłego zboczenia żołądka, jak n. p. wrzód lub rak, przeważnie zaś przyczyny dopatrywano się w różnych chorobach zakaźnych, jak dur, ospa, ropnica, a przedewszystkiem gorączka połogowa. Dotychczas ogłoszono tylko dwa przypadki, które przemawiają na pewne za tem, że między gorączką połogową, a ropowicą żołądka zachodzić może związek przyczynowy. W czasie epidemii gorączki połogowej w Pradze w r. 1847 widział Dittrich kilka takich przypadków i omawiał je pobieżnie w swoich wykładach, ale zdaje się, że ich nie ogłosił. W r. 1851 wspomniał o tych przypadkach Brand w swej pracy doktorskiej i odtąd stale powtarzają za nim autorowie, że gorączka połogowa może wywoływać ropowicę żołądka. Obecnie nasunął się autorowi w klinice położniczej heidelberskiej przypadek, w którym cały przebieg choroby dowodzi, że ropowica żołądka rozwinęła się samoistnie w toku ciąży, wywołując jej przerwanie tylko krótko przed śmiercią chorej. Przypadek ten tyczył się kobiety 39-letniej, która urodziła pierwsze dziecię, mając 24 lat, a potem rodziła jeszcze 5 razy. Z dzieci tylko pierwsze i piąte chowają się, wszystkie inne ginęły po 1—3 miesiącach. W siódmej ciąży już w pierwszych miesiącach stwierdzono u matki szybko postępującą gruźlicę obu szczytów płuc. Chora urodziła przedwcześnie dziecko, ważące ledwo 1650 gramów, które jednak zmarło po 2 miesiącach. Tymczasem stan chorej się poprawił, ale kiedy znowu po raz ósmy zastąpiła, zaczęła znów podupadać na siłach i szybko chudnąć. Po przyjęciu na klinikę ważyła ledwo 39 klgr., miała skórę suchą, wypieki na twarzy, chrypkę, i częsty suchy kaszel. Ciepłota nie przekraczała z początku 37·6°. Wzdęcie brzucha mierne z wybitnem rozszerzeniem żył na ścianie brzucha. Dno macicy sięgało na trzy palce wyżej pępka, tętno płodu słabe, ale wyraźne słyszalne. Po 8 dniach obraz zupełnie się zmienił: zjawiły się wymioty i wobec wzdęcia i przeczulicy brzucha, rozpoznano zapalenie gruźlicze otrzewnej. Ciepłota się podniosła na 38·3 i 38·9 w ciągu 2 dni, trzeciego dnia spadła na 36·9° C. Ciężar ciała spadł na 37·6 klgr. Wkrótce potem chora urodziła płód nieżywy, ważący 360 gramów. Zaraz potem stwierdzono ogólny gwałtowny upadek sił z dusznością i wybitną sinicą, bębnica rosła i chora w kilka godzin zmarła. Na sekcyi stwierdzono ropowicę żołądka z następowem rozlanem włóknikowo-ropnem zapaleniem otrzewnej. *Stahr.*

Th. H. van de Velde. **Coś nowego o hebotomii.** (*Wien. klin. Wochs.* 1907, Nr 29). Autor wykonał wśród porodu hebotomię w trzech przypadkach z powodu zwężenia wychodu miednicy, raz u pierwiastki z miednicą koksalgiczną, której odległość guzów wynosiła 9 ctm., drugi raz u pierwiastki z miednicą lejkowatą, której ten wymiar wynosił 7 ctm., trzeci raz u pierwiastki z miednicą zniekształtnioną wskutek garbu, której odległość guzów wynosiła 6 ctm. We wszystkich tych przypadkach miał dobre wyniki tak ze względu na matkę, jak i płód. Po hebotomii pozostało trwałe rozszerzenie miednicy; w pierwszym przypadku odległość guzów pozostała 10·5 ctm., w drugim około 10 ctm. Wszystkie 3 kobiety rodziły potem siłami natury dzieci większe i to o 100, 300 i 160 gr., niż przed hebotomią. Autor dochodzi w końcu do wniosku, że hebotomia jest operacyą, umożliwiającą trwałe rozszerzanie miednicy; daje dobre wyniki przy zwężeniach także wychodu miednicy, a następne porody płodów większych, niż przed operacyą, odbywają się siłami natury. Celem trwałego rozszerzenia miednicy nie potrzeba tak skomplikowanych sposobów operacyjnych, jak n. p. sposób Credego. Pracę objaśniają starannie wykonane rentgenogramy miednic kobiet operowanych i ryciny sposobów rozszerzenia pierścienia miednicznego, zestawionych w chronologicznym porządku. *Engländer.*

L. Blumreich. **Samoistne znaczenie szyjki wśród poronienia i jego znaczenie sądowe.** (*Berl. klin. Wochs.* 1907, Nr 28). Streściwszy spostrzeżenia Normanna, Wormsera, Weissa, zupełnie podobny do swego przypadek Rubeśki i przypadek Ostrčila, opisuje B. obszernie przypadek własny. Dotyczył on młodej pierwiastki w 4 mies. ciąży, której lekarz z powodu napadów bolów w okolicy kiszki ślepej przed i wśród ciąży rozpoczął sztuczne poronienie. (Wskazania tego B. nie uznaje, raczej należało ognisko zapalne usunąć na drodze operacyjnej). Ponieważ jednak poronienie nie postępowało, a wystąpiła gorączka 39° C., przy tętnie 110, wezwano autora, który ostatecznie znanymi sposobami poronienie wywołał, przyczem zauważył, że ujście zewnętrzne macicy było bardzo mało podatne (*rigiditas ostii ext. ut.*), że płód urodził się, nie drogą naturalną, lecz drogą sztuczną powstałą przez oderwanie się wargi tylnej. Ponieważ chora gorączkowała, nie przyszył B. wargi do szyjki, lecz zapomocą tamponu przysunął ją do sklepienia, co miało ten skutek, że prawie cała warga uległa obumarciu, a w tem miejscu powstała blizna. Wyłączywszy zranienia miąższu szyjki macicznej wśród zabiegu (brak krwi na gazie, wyciągniętej ze szyjki, brak uchyłka, zgłębnik wchodził gładko), odnosi B. oderwanie się części pochwowej do wielkiej oporności ujścia zewnętrznego macicy. Dalej omawia B. następstwa takiego uszkodzenia. Najczęściej powstają potem przetoki pochwowe, które są lepsze, niż zbliznowacenie, ze względu na dalsze porody. Nie jest rzeczą korzystną przetoki takie zaszywać, gdyż miejsce zeszyte często podczas porodu pęka; lepiej więc przetokę zostawić, przy porodzie zaś rozciąć pas tkanki macicznej między przetoką, a właściwem ujściem zewnętrznem, który pozostaje twardy i płodu nie przepuszcza, i w ten sposób umożliwić poród. W końcu zastanawia się B. nad znaczeniem sądowem tych zranień i kończy następującymi słowy: Ważnem jest pamiętać, że zdarzają się samoistne oderwania się części pochwowej, że nie zawsze są one następstwem zdrożnych zabiegów na częściach rodnych celem wywołania poronienia. Dokładne wywiady, śledzenie i badanie sumienne przypadku, wiarogodność otoczenia mogą w danym przypadku sprawę wyświetlić. *Engländer.*

L. Aschoff. **Podział macicy na trzy części; dolny odcinek jej** (*Isthmussegment*), **a łożysko przodujące.** (*Berl. klin. Wochs.* 1907, Nr 31). Opierając się na spostrzeżeniach własnych, jakoteż C. Rugego i H. W. Schultzego, dochodzi autor do wniosku, że macicę ciężarną należy dzielić na 3 części, t. j. na właściwy trzon macicy, od dna do ujścia wewnętrznego anatomicznego, na szyjkę, ciągnącą się od ujścia zewnętrznego macicy do ujścia wewnętrznego histologicznego, które istnieje na granicy między górną $^{1}/_{3}$, a średnią $^{1}/_{3}$ częścią szyjki, i na część trzecią pośrednią, między ujściem wewnętrznem anatomicznem, a ujściem wewnętrznem histologicznem. Tę część macicy właściwie szyjki, proponuje autor oznaczać mianem »cieśni« (*Isthmus*). Podczas ciąży błona śluzowa tej części przybiera charakter doczesnej, natomiast zmiany na błonie śluzowej szyjki poniżej »cieśni« są w ciąży bardzo małe i dotyczą tylko jej fałdów. Autor uważa »cieśń«, odpowiadającą górnej $^{1}/_{3}$ części szyjki, zgodnie z Bandlem, Küstnerem i Bayerem za dolny odcinek macicy. Mięśnie cieśni nie ulegają w ciąży przerostowi i zachowują się tak, jak mięśnie reszty szyjki. Część ta ulega w ciąży i podczas porodu coraz większemu rozdęciu. Prawidłowo służy cieśń w drugiej połowie ciąży do pomieszczenia jaja płodowego.

Następnie omawia A. tworzenie się łożyska prawidłowego, jakoteż przodującego. Rozróżnia tu A. dwa okresy, 1) okres zagnieżdżenia się jaja (Einnistungsperiode), kiedy jaje w głąb i na powierzchni błony śluzowej szybciej rośnie, niż ściany macicy i 2) okres wzrostu i rozdęcia (Wachstums- und Dehnungsperiode), kiedy jaje i macica równomiernie rosną. Jeśli jaje usadowi się w cieśni, wtedy wytwarza się łożysko przodujące. Jeśli łożysko zajmuje tylko mały skrawek cieśni, powstaje wtedy łożysko nizko usadowione, gdy się ono zbliża do ujścia wewnętrznego histologicznego, powstaje łożysko przodujące brzeżne (*placenta praevia marginalis*), gdy zaś łożysko jeszcze niżej się rozwinie, już we właściwej szyjce, powstaje wtedy łożysko środkowo przodujące (*plac. praev. centralis*). Proponuje więc A. celem lepszego porozumiewania się, następujące mianownictwo: 1) *Placenta praevia simplex* = nizko usadowione łożysko. 2) *Placenta praevia isthmica* = łożysko brzeżnie przodujące. 3) *Placenta praevia centralis* = łożysko całkowicie przodujące. W końcu porównuje A. tworzenie się łożyska przodującego szyjkowego (*cervicalis*) z rozwojem jaja płodowego w jajowodzie. Jak tu następuje od-

dzielenie błony śluzowej i warstw mięśnych od ściany jajowodu (*dissecatio*), tak samo dzieje się to i przy tworzeniu się łożyska przodującego szyjkowego; w ten sposób stara się A. wytłómaczyć powstanie łożyska środkowo przodującego. Płat taki śluzowo-mięsny przez dalszy wzrost jaja ulega odwinięciu od swego podłoża i zatyka ujście wewnętrzne histologiczne. *Englander.*

Pankow. **Dlaczego należy usuwać wyrostek robaczkowy przy operacyach ginekologicznych.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 30). Około 60 prc. kobiet, które podlegają operacyom ginekologicznym, przebyło zapalenie wyrostka robaczkowego. Nawet najcięższe tegoż postacie przebiegać mogą niepostrzeżenie i dopiero później dawać się we znaki przez schorzenia przydatków. Wiele tak zwanych nerwobolów jajnika pochodzi od zmian wyrostka robaczkowego. Często też zapalenie wyrostka wywoływać może niepłodność przez następowe zamknięcie jajowodu. Wszystko to, zdaniem autora, wskazuje, że należy zawsze usuwać przy operacyach ginekologicznych i wyrostek robaczkowy. *Klęsk.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Następującą odezwę do wszystkich austr. lekarskich organizacyi i do wszystkich zorganizowanych kolegów ogłasza imieniem Związku org. państw. prezydent dr Fr. Janeczek: Związek dostawców dla członków c. k. armii, c. k. marynarki i c. k. obrony krajowej i t. d. stara się o pozyskanie lekarzy na członków. Przystępujący lekarze płacą roczną wkładkę w sumie 40 K i mają udzielać członkom związku procentowy opust, w zamian za co ich adresy będą polecone panom oficerom i t. d. w rozkazach pułkowych. Wszystkie organizacye, jakoteż wszyscy zorganizowani koledzy są zobowiązani zamach ten zdążający do poniżenia godności zawodowej, jak najenergiczniej odeprzeć i każdy z kolegów powinien sobie mieć za punkt honoru, żeby do tego związku nie przystąpić. *Stahr.*

Dla poprawienia bytu materyalnego akuszerek wydało ministeryum spraw wewnętrznych rozporządzenie na dniu 10. sierpnia 1907 l. 22,077. Zwraca ono uwagę na to, że akuszerki wszędzie, nawet i tam, gdzie pozornie gminy mają z akuszerkami uregulowane stosunki, są na ogół źle płatne i uposażone i ze względu na wielką doniosłość tej gałęzi służby sanitarnej przypomina władzy politycznej, że wykonywanie praktyki położniczej przez osoby niepowołane (babki) należy wykorzenić już w drodze pouczania ludności, już to przez odpowiednie stosowanie postanowień rozp. minister. z 6. marca 1854, Dz. u. p. Nr 57. *Stahr.*

Z okazyi obecnej epidemii ospy w Wiedniu podnoszą pisma zawodowe lekarskie różne ciekawe uwagi. I tak n. p. ciekawą statystykę z prawie ostatnich 10 lat zestawia dr Grün w sprawie szczepienia ospy w Wiedniu. Jak wiadomo nie ma w Austryi dotąd przymusu szczepienia, a partacze zwalczający szczepienie jużto słowem po zgromadzeniach publicznych, już to drukiem znajdują co raz chętniejszy posłuch nietylko u publiczności w Austryi, ale nawet u władz. Dla oświetlenia niezwykłych stosunków chyba wystarczy podkreślić, że stowarzyszenie przeciwników szczepienia i wiwisekcyi jest subwencyonowane przez gminę miasta Wiednia i Sejm niższo-austryacki. To też coraz mniej rodziców pozwala w Wiedniu szczepić swoje dzieci. Kiedy n. p. w r. 1897 ledwo ćwierć dzieci uczęszczających do szkół wiedeńskich była szczepioną, to w roku 1904 ilość dzieci nieszczepionych wynosiła 30 prc. Od r. 1897 wzrasta stale ilość nieszczepionych dzieci szkolnych. Najlepiej mówią za siebie cyfry:

Rok	Ogólna liczba uczniów	Ilość nieszczepionych dzieci	Z tego szczepiono	Pozostało nieszczepionych
1894	157,277	1,700	939	761 t. j. 0·48%
1895	168,077	1,688	901	761 » 0·46 »
1896	170,074	1,359	821	538 » 0·32 »
1897	171,343	1,258	838	420 » 0·245 »
1898	175,644	1,277	533	744 » 0·43 »
1899	180,600	1,800	635	1,167 » 0·64 »
1900	185,072	2,090	667	1,423 » 0·75 »
1901	?	?	974	?
1902	193,677	3,934	1,212	2,722 » 1·41 »
1903	198,936	5,080	1,563	3,517 » 1·77 »
1904	204,515	8,794	2,453	6,341 » 3·10 »

Podczas gdy zatem w r. 1896 tylko rodzice 538 uczniów, a w r. 1897 ledwo 420 uczniów nie pozwoliło na szczepienie swych dzieci, to w r. 1902 już 2,722, w r. 1903 jeszcze więcej, bo 3,517, a wreszcie w roku 1904 nawet już 6,341 dzieci nie dali roozice zaszczepić. Trudno uwierzyć, że coś podobnego możliwe jest w niby cywilizowanem świecie. Podobne stosunki panują nietylko w Wiedniu, ale i w innych krajach koronnych Austryi, szczególniej w Czechach.

Już ostateczna chwila, żeby wprowadziły władze austryackie przymus szczepienia i występowały właściwie przeciw wszelkiego rodzaju partaczom, kryjącym się pod maskami przeciwników szczepienia, przeciwników wiwisekcyi, wegetaryanów, lekarzy naturalnych i t. d. i t. d. *Stahr.*

Kasy chorych robotników w Austryi w roku 1904. Ze sprawozdania ministerstwa spraw wewnętrznych i statystycznego rocznika ministerstwa rolnictwa za rok 1904 (zeszyt II) wynika, że w roku sprawozdawczym było czynnych 3,577 kas chorych, z których 3,532 nadesłało zestawienia nadające się do przedłożonego z ministerstw sprawozdania. Ogólna liczba osób ubezpieczonych w tych 3,532 kasach wynosiła przeciętnie 3,005,891, t. z. podniosła się w porównaniu z rokiem poprzednim 1903 o 106,359 osób czyli 3,53%. Kobiet było ubezpieczonych 625,606, czyli stosunek ubezpieczonych mężczyzn do kobiet wynosił 79 : 21. Największy stan członków wykazywały następujące kasy: wiedeńska kasa powiatowa przeciętnie 159,371 członków, ogólna kasa chorych robotników i kasa wsparć w Wiedniu 133,476 i kasa dla personalu austryackich kolei państwowych 102,402. Inne kasy liczą mniej jak 50,000 członków. Członków nie podlegających ustawowemu obowiązkowi ubezpieczenia ale dobrowolnie do kas zgłoszonych było 170,957 — w roku poprzednim było ich 174,998. W kasach chorych brackich było z końcem r. 1904 obok obowiązanych do ubezpieczenia 165,893 członków jeszcze 220,249 t. zw. »Angehörige[1]), niejako członków rodziny ubezpieczonych z obowiązków. Ogólna liczba ubezpieczonych w całej monarchii rozkłada się na poszczególne kraje w następujący sposób: Wiedeń 557,922, reszta Austryi niższej 167,054, Austrya wyższa 101,996, Solnogród 30,066, Styrya 159,719, Karyntya 52,645, Kraina 39,175, Pobrzeże 97,137, Tyrol 94,573, Czechy 886,560, Morawy 308,524, Szląsk 117,825, Galicya 161,001, Bukowina 18,853, Dalmacya 9,929, przedsiębiorstwa komunikacyjne na lądzie i wodzie w całej Austryi 208,461. Oto w stosunku do całej ludności Austryi było ubezpieczonych 11,5%. Jeżeli jednak policzyć tutaj i osoby (»Angehörige«) ubezpieczone na pomoc lekarską i leki względnie koszta pogrzebowe z wyłączeniem zasiłków pieniężnych, to liczba ta wzrośnie do prawie 12%. Na owych 3,005,891 członków kas chorych zdarzyło się w roku 1904 w ogólnej liczbie 1,546,951 zasłabnięć (włącznie z 53,265 porodami). Zasiłków pieniężnych wypłacono za 27,127,789 dni, z czego na porody przypada 1,468,544 dni. Zmarło 16,294 członków. W porównaniu z rokiem poprzednim wzrosła liczba zasłabnięć o 37,719, liczba dni chorych (Krankentag) o 646,717 a przypadków śmierci o 748. Dochody wszystkich kas chorych wynosiły (z wyjątkiem salin, które prowadzi sam skarb państwa) 62,918,914 K, a rozchody 59,608,599 K. Fundusz rezerwowy ogólny kas wzrósł z końcem r. 1904 do wysokości 51,450,022 K, t. zn. podniósł się w ostatnim roku o 3.388,834 K. Na leki wydały Kasy 6,388,656 = 11,7% (w roku 1903 wydały 6,138,580, a w roku 1902 — 5,591,454), na zasiłki 27,631,128 = 50,8%, na pomoc lekarską 8,694,170 K = 16% (w roku 1903 — 8,185,196 K[2]), szpitalne koszta wynosiły 6,5%, koszta zarządu 8,3%. *Stahr.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	po 1 h.
Od r. 1904 do końca r. 1906	314,765	112,950
W r. 1907 do 31. VII.	31,373	31,900
W miesiącu sierpniu 1907	2,075	—
razem .	348,213	144,850

Dr Żydłowicz,
administrator.

---

1) Ustawa mówi „Angehörig“, t. z. przynależny prawdopodobnie do rodziny. Pojęcie to jest bardzo szerokie, bo można niem objąć nietylko żonę i dzieci.

2) Co do sum tych porównaj uwagi w „Przeglądzie lekarskim« 190 str. 333 przy omawianiu sprawozdania krakowskiej miejskiej kasy chorych.

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 25. do 31. VIII. 1907 urodziło się dzieci żywo 39, nieżywo 6; zmarło osób 50 (w tem obcych 14), z nich z gruźlicy 16 (5), zapalenie płuc 1, choleryny niemowląt 5, śmierci gwałtownej 3 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 1. do 7. IX. 1907 było przypadków: błonicy 2 † 1, płonicy 4 † 1, duru brzusznego 2 † 1, choleryny niemowląt 2 † 2. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 25. do 31. VIII. 1907 było przypadków: błonicy 1, kokluszu 3 † 1, płonicy 9, odry 2, duru osutkowego 1, duru brzusznego 4, nagminnego zapalenia opon 2 † 1. — Od 1. do 7. IX. 1907 było przypadków: błonicy 1, kokluszu 7 † 1, płonicy 12 † 2, odry 1 † 1, duru brzusznego 8, nagm. zapalenia opon 1 † 1.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Zbliżające się ku Galicyi niebezpieczeństwo cholery pobudziło i w Krakowie, jak wszędzie w kraju, władze sanitarne miejskie do podjęcia środków zapobiegawczych. Zarządzono między innymi rewizyę domów przez osobne komisye asanizacyjne. O sposobie urzędowania tych komisyi nadesłano nam z kół lekarskich uwagi, z których wynika, że działalność tych gron ogranicza się niekiedy do oglądnięcia stanu wychodków, śmietników, zlewów i mieszkania stróża. Pominąwszy, że istniejące w tym zakresie usterki powinny być usuwane nietylko pod groźbą cholery, a na stwierdzenie ich najmniej stosowną jest pora jesienna, gdy już zwykle żadnych technicznych zmian wykonać nie można, to wspomniany sposób urzędowania komisyi, do której należy i lekarz miejski i urzędnik magistratu i woźny, nasuwa znowu na myśl konieczność reformy miejskiego urzędu zdrowia, o której pisaliśmy w Nr 52 »Przeglądu« z r. z. Rozporządzając właściwą służbą sanitarną, jaką posiada n. p. Lwów, nie potrzebaby używać tak złożonego aparatu, jak komisya, pochłaniająca czas aż trzech funkcyonaryuszy miejskich, do sprawdzenia, czy z wychodków czuć gazy kloaczne, czy zlewy nie przeciekają i śmiecie są należycie przechowane. Wtedy też mogłaby się spełnić trafna rada znakomitego lekarza, a pierwszego autonomicznego prezydenta Krakowa, prof. Dietla, wypowiedziana ongi w Radzie miasta: »Lekarzów, jako ludzi naukowych i biegłych w sztuce do czynności ściśle lekarskich ograniczyć należy, w którymto zawodzie najzbawienniejszą oddadzą ludności miejskiej usługę«. Ale tymczasem n. p. nawet przydzielenie lekarzom miejskim nadzoru lekarskiego nad szkołami, o którem od lat kilku była mowa, wraz z innymi projektami reform miejskiego urzędu zdrowia, gdzieś zalega i trzebaby powtórzyć bez zmiany niemal te uwagi, jakie się nam jeszcze w końcu zeszłego roku o niedomaganiach tego urzędu nasunęły.

— Na wystawie rolniczo-przemysłowej w Wadowicach rozstrzygnięto 30. VIII. konkurs na projekt wzorowego zabudowania gospodarczego włościańskiego. Nagrodę otrzymał architekt p. Handzelewicz z Królestwa Polskiego, zaszczytną wzmiankę p. Waga z Krakowa. Wyszczególnione projekty będą rozpowszechniane po całej Polsce, co ze względu na higienę budowli wiejskich może mieć doniosłe znaczenie.

— Krakowskie ochotnicze Towarzystwo ratunkowe wykazuje w swem sprawozdaniu za sierpień 1907, że było wzywane w tym czasie 364 razy, z tego w nocy 100 razy, we dnie 264. Udzielono pomocy na stacyi 223, wyjeżdżano 141 razy, a to mężczyznom 213, kobietom 97, dzieciom 46, z tego przypadków chirurgicznych było 251. — Od początku roku 1907 wzywano pogotowie 3,137 razy, od założenia zaś Towarzystwa 44,191 razy.

Warszawa. Jenerał-gubernator ogłosił, że wszyscy lekarze i felczerzy, nawet wolnopraktykujący, obowiązani są donosić władzom o każdym, kto się zgłosi o pomoc z powodu rany postrzałowej. Rozporządzenie to rozciąga się na wszystkie gubernie Królestwa Polskiego; ktoby je przekroczył, podpada karze więzienia do 3 miesięcy lub karze pieniężnej do 3000 rubli. — Rozporządzenie to ze stanowiska deontologii lekarskiej nie wymaga komentarzy.

— Dzienniki doniosły, że szpital im. Poznańskich w Łodzi zamknął rachunki niedoborem 200,000 rb. Podobno niedobór ten pokryje rodzina fundatorów, ofiarując nadto 18,000 rb. rocznie na cele szpitala.

— Zagrażająca cholera wywołała w Królestwie ruch ochronny. Donosiliśmy już o aktywowaniu szpitala przy ul. Spokojnej w Warszawie, gdzie kierownikiem mianowano dra J. Pruszyńskiego, a lekarzem domowym dra St. Łagowskiego. Obecnie także Łódź urządziła dom izolacyjny i barak choleryczny, oddając zarząd w ręce dra Bartoszewicza. Lekarze szpitala w Łodzi pobierać mają po 5 rb. na dobę. felczerzy po 3 rb.

— Dr Jan Sędziak z Warszawy został zaproszony na redaktora działu polskiego (Editor for Poland) w amerykańskiem czasopiśmie specyalnem »Annals of otology, rinology and laryngology«.

— »Medycyna« ogłasza list dra Kazimierza Orzechowskiego (Wien, IX, Währingerstrasse 13), wzywający kolegów do nadsyłania prac polskich z zakresu biologii narządu nerwowego pod wymienionym adsesem. Kol. Orzechowski podjął się ogłaszać sprawozdania z tych prac w niebawem mającem wychodzić w Groningen (Holandya) czasopiśmie międzynarodowem p. t.: »Folia neuro-biologica«.

— W ciągu ostatnich tygodni zjawiła się w Warszawie, jak podaje »Gazeta lekarska« znaczna liczba zachorowań na czerwonkę i ostre zaburzenia żołądkowo-kiszkowe.

— Wkrótce ma wyjść z pod prasy »Zarys anatomii i fizyologii człowieka«, jako podręcznik dla szkół średnich, napisany przez dra J. Sosnowskiego.

Z różnych stron. Cholera w Rosyi rozszerza się, w Astrachanie pojawiło się 100 nowych przypadków. Ogólna liczba przypadków wynosi 289, z czego 2 przypadki odnoszą się do Łodzi.

— Komitet II. Zjazdu międzynarodowego dla fizykalnego leczenia, który ma się odbyć między 13. a 16. października b. r. w Rzymie postarał się o zniżki na okrętach o 30—50%, na kolejach zaś o 40—60% tak dla uczestników zjazdu, jak i ich rodzin. Sekretarzem austryackiego komitetu jest doc. dr A. Bum, Wiedeń I, Deutschmeisterplatz 2.

XIV. międzynarodowy zjazd dla higieny i demografii odbędzie się między 23. a 29. września w Berlinie.

Redakcya otrzymała. Chlumsky: Mięsienie (masaż) i jego zastosowanie.

Mianowani: Dr Timaszew profesorem chorób dzieci w Odessie. Dr Lebedyński profesorom anat. porównawczej w Odessie.

Zmarli: Dr Wolski lekarz kolejowy w Batum. Dr Wincenty Tetzlaff w Kurniku.

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. dr Stanisław Dobrowolski.

Rok XLVI. Kraków, dnia 21. września 1907. Nr 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O jadzie błoniczym.

Przez

Dra R. Nitscha.

(Ciąg dalszy.)

Jak już wspomniano, Arrhenius i Madsen przyjmują właśnie, że oddziaływanie toksyny na antytoksynę błoniczą przebiega mniej więcej podobnie; tworzy się ich połączenie — ciało obojętne — które znowu rozpada się na toksynę i antytoksynę. Wskutek tego w rozczynie znajdować się będzie zawsze pewna ilość wolnej toksyny i antytoksyny obok ich połączenia. I choćbyśmy do pewnej ilości toksyny dodali choćby największą ilość antytoksyny, to nigdy nie zobojętnimy całkowicie toksyny. Zawsze pewna jej, choćby minimalna ilość w rozczynie się znajdzie, bo zawsze ona tworzyć się będzie z połączenia powstałego przez jego rozkład. Otóż Arrhenius i Madsen przyjmują że te właśnie minimalne ilości toksyny wywierają na ustrój zwierzęcy owe spóźnione działanie poraźne, które Ehrlich przypisuje obecności toksonów. Arrhenius i Madsen twierdzą, że toksony nie istnieją. Podobnie też zaprzeczają oni istnieniu prototoksoidów i wszystkich innych pochodnych odmian toksyn, o jakich uczy nas szkoła Ehrlicha z wyjątkiem toksoidów. Przyjmują oni, podobnie, jak Ehrlich, że pomału jad błoniczy zmienia się na odmianę atoksyczną, czyli na toksoidy, posiadające jednakie z toksynami powinowactwo do antytoksyny, a zatem według mianownictwa Ehrlicha byłyby to syntoksoidy. Arrhenius i Madsen wszystkie przemiany, jakie zachodzą w jadzie błoniczym, jakoteż przebieg oddziaływania jego na antytoksynę, ujmują w ścisłe matematyczne wzory. Z tych wzorów obliczają teoretycznie jadowitość jeszcze pozostałą, lub stopień zobojętnienia jadu przez antytoksynę i te wyniki teoretyczne porównują z rzeczywistymi wynikami, w doświadczeniu otrzymanymi. Prawie wszędzie okazuje się zgodność bardzo wyraźna i ta zgodność teoretycznych obliczań z praktycznymi wynikami przemawia najwięcej za teoryą Arrheniusa i Madsena. Tak n. p. według ich zapatrywań jad błoniczy, tracąc z czasem jadowitość swoją, traci ją według prawa o przebiegu odczynów monomolekularnych, t. j. szybkość zmniejszania się jadowitości jest proporcyonalną do owej jadowitości. Badania jadowitości kilku jadów błoniczych, w różnych czasach wykonane, przemawiają za tem zapatrywaniem.

Co się tyczy oddziaływania toksyny na antytoksynę błoniczą, to sprawa ta odbywa się zdaniem Arrheniusa i Madsena według wzoru:

C (toksyna) $\times$ C (antytoks.) $= KC_2$ (połączenie toks. antytoks.). C oznacza tu zgęszczenia czyli koncentracyę ciał reagujących a K jest to t. zw. współczynnik równowagi czyli współczynnik dyssocyacyi, t. j. wielkość stała dla każdego danego odczynu, zależna od natury ciał działających, ciepłoty, obecności innych ciał i t. d. Im połączenie powstałe łatwiej ulega rozkładowi czyli dyssocyacyi na pierwotne składniki, tem K jest większe. Zatem w każdym odwracalnym odczynie K musi mieć pewną wielkość. Jeżeli $K = O$, to zn., że odczyn jest nieodwracalny. Arrhenius i Madsen obliczyli, że dla jadu błoniczego wielkość K jest nieznaczną i dla badanych przez nich jadów wynosiła od 0,004 do 0,03.

C^2 we wzorze powyższym znaczy, że z połączenia 1 drobiny toksyny z 1 drobiną antytoksyny powstają 2 drobiny połączenia. Te drobiny są według zdania Arrheniusa i Madsena różne i nazywają oni je ze względów pamięciowych toksinan i titoksin, względnie toksoidan i titoksin: toksin + antitoksin = toksinan + titoksin lub: toksoid + antitoksin = toksoidan + titoksin.

Dla lepszego przedstawienia swoich zapatrywań i dla nadania im większego niejako efektu przedstawiają Arrhenius i Madsen następujące fakta:

Jak wiadomo, mamy dużo połączeń chemicznych, które działają hemolitycznie. Do takich należy n. p. amoniak (NH_3). Możemy zatem jego działanie porównać z działaniem niektórych toksyn, działających hemolitycznie. Jeżeli zaś NH_3 zobojętniamy jakimś kwasem n. p. solnym (HCl) lub borowym [$B(OH)_3$], to jego hemolityczne działanie zmniejsza się czasem aż do O, taksamo, jak gdybyśmy toksynę hemolityczną zobojętniali antytoksyną. Możemy więc w naszem porównaniu uważać NH_3 za toksynę, a HCl lub $B(OH)_3$ za antytoksynę.

Otóż jeżeli dodamy:

1	równoważnik HCl	do	1	równow. NH_3	=	Hemolyza	0 [5])
1/2	»	» »	1	»	» =	»	1/2
1/4	»	» »	1	»	» =	»	3/4
1/8	»	» »	1	»	» =	»	7/8
0	»	» »	1	»	» =	»	1

Widzimy, że tu odczyn przebiega ściśle według stosunków ilościowych, tak jak to Ehrlich przyjmuje co do

[5]) Badanie takie wykonywa się w ten sposób, że mieszaniny HCl + NH_3, zawsze w tej samej objętości, dodaje się do pewnej ściśle oznaczonej i zawsze takiejsamej ilości ciałek czerwonych (t. j. ich zawiesiny w fizyologicznym rozczynie Na Cl). Stopień hemolizy oznacza się kolorymetrycznie, uważając za 1 hemolizę zupełną danej ilości ciałek. Ze stopnia hemolizy wnosi się o stopniu zobojętnienia NH_3.

toksyny i antytoksyny błoniczej. W takim zaś razie koniecznie trzeba przyjąć istnienie w jadzie błoniczym protoksoidów, toksonów i t. d.

Zastanówmy się teraz nad drugim odczynem i dodajmy do NH_3 taką ilość $B(OH)_3$, która zobojętni n. p. 50% amoniaku (t. j. $\frac{1}{2}$ danej ilości ciałek czerwonych ulegnie hemolizie).

Jeżeli dodamy drugą takąsamą ilość $B(OH)_3$ zostanie zobojętnionych tylko 66.7% NH_3 (a nie 100%, cała ilość, jakby się spodziewać należało).

Za dodaniem 3 takiej samej ilości — 75% NH_3
» » 4 » » » 80% »
ulegnie zobojętnieniu.

Z tego wynika, że takiesame ilości $B(OH)^3$ zobojętniły za pierwszym razem 50% NH_3, za drugim $16{\cdot}7\%$, za trzecim $8{\cdot}3\%$, za czwartym 5% i o tyle też zmniejsza się za każdym dodatkiem takiejsamej ilości $B(OH)_3$ i hemoliza. Stąd więc możnaby sądzić, że amoniak jest ciałem wielce złożonem, składającem się z części, mających różną toksyczność i różne powinowactwo do $B(OH)_3$, co się oczywiście sprzeciwia zasadniczym naszym wiadomościom o budowie NH_3. Nie można jednak zaprzeczyć, że ten przykład zobojętniania NH_3 przez $B(OH)_3$ bardzo przypomina zachowanie się toksyny błoniczej wobec antytoksyny. I obydwa stają się zupełnie zrozumiale według Arrheniusa i Madsena jeśli przyjmiemy, że przebiegają one według typu odczynów odwracalnych, przebiegających według prawa Guldberga i Waagego.

Jeżeli przebieg odczynu toksyny na antytoksynę według Arrheniusa i Madsena wyrazimy w postaci linii krzywej, tak jak to uczyniliśmy powyżej dla przedstawienia zapatrywań Ehrlicha, to otrzymamy taki obraz:

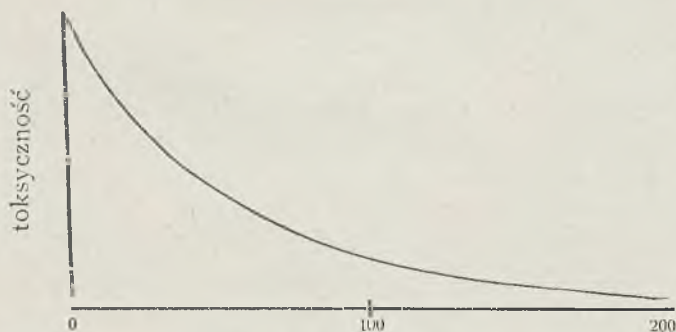


Fig. 6. Przebieg zobojętniania toksyny błoniczej przez antytoksynę według Arrheniusa i Madsena.

Widać z niego tosamo, o czem była już wyżej mowa t. zn., że w przebiegu zobojętnienia toksyny przez antytoksynę błoniczą niema żadnych przejść nagłych, któreby odpowiadały obecności protoksoidów lub toksonów. Dalej widać, że zobojętnienie przez antytoksynę nie jest nigdy zupełne, krzywa bowiem nie schodzi się nigdzie z osią odciętych, tylko zbliża się do niej asymptotycznie. Albowiem chociażbyśmy najwięcej antytoksyny dodali do danej ilości toksyny, to wprawdzie toksyczność zmniejszy się nieco, ale równocześnie też rozłoży się nieco z powstałego połączenia na pierwotne składniki: zatem zawsze w rozczynie znajdować się będzie nieco toksyny wolnej obok antytoksyny. Jest to właśnie cecha odczynów odwracalnych, stosujących się do prawa Guldberga i Waagego.

Na wzór Ehrlicha, możnaby także zapatrywania Arrheniusa i Madsena na budowę jadu błoniczego przedstawić w postaci widma. Otrzymalibyśmy taki obraz:

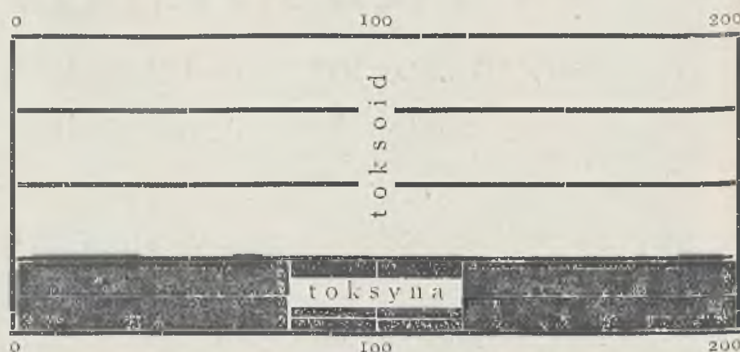


Fig. 7. Widmo jadu błoniczego według Arrheniusa i Madsena.

Widzimy tu zatem obraz znacznie prostszy, niż u Ehrlicha. Początkowo (teoretycznie) składa się całe widmo z czystej toksyny. W czasie przechowywania jadu zmienia się ono na syntoksoidy, które pomału zajmują coraz większą przestrzeń widma. Nu powyższej figurze przedstawiono schematycznie 3 takie okresy rozwoju toksoidów.

Jeżeli teraz zastanowimy się nad tem, jakie są właściwie różnice w zapatrywaniach Ehrlicha, a Arrheniusa i Madsena na budowę jadu błoniczego i na stosunek jego do antytoksyny, to możnaby je właściwie streścić w dwóch zasadniczych zdaniach, a mianowicie: 1) Ehrlich uważa jad błoniczy za substancyę o budowie bardzo złożonej, w której skład wchodzi przynajmniej 8 różnych jadów, tymczasem Arrhenius i Madsen przyjmują, że jad błoniczy jest ciałem jednolitem, wcale nie złożonem. 2) Ehrlich twierdzi, że połączenie toksyny z antytoksyną odbywa się według ścisłych ilościowych stosunków, gdy Arrhenius i Madsen utrzymują, że tak nie jest, albowiem zawsze pozostaje w rozczynie niezobojętniona pewna ilość wolnej toksyny i antytoksyny.

Szkoła Ehrlicha twierdzi, że ta złożona budowa jadu błoniczego, owej wydzieliny żywych bakteryj błoniczych, ma w przyrodzie wiele analogii. Jest rzeczą powszechnie znaną, że wytwory żywych komórek lub narządów są bardzo złożone n. p. z wydzielin wątroby wyosobniono dotąd około 10 różnych fermentów, w wytworach drożdży piwnych wykryto ich również cały szereg, w makowcu zawartych jest około 20 różnych alkaloidów, jest więc rzeczą bardzo prawdopodobną, twierdzi szkoła Ehrlicha, że i wydzielina żywych bakteryi, jaką jest jad błoniczy, składa się z wielu składników.

Na to odpowiadają Arrhenius i Madsen, że w nauce zwykle przyjmuje się najprostszą hipotezę, jeżeli kilka z nich tłomaczy jakieś zjawisko, zaś ich hipoteza jest bez wątpienia prostszą, aniżeli Ehrlichowska.

Wiele innych jeszcze dowodów na poparcie swojego zapatrywania i na obalenie twierdzenia przeciwników przytacza tak jedna jak i druga strona. Nie podobna jednak dłużej tutaj nimi się zajmować.

Należy zauważyć, że niezależnie od Arrheniusa i Madsena ogłosił i Eisenberg, podobne zapatrywanie na sposób łączenia się toksyny błoniczej z antytoksyną.

(C. d. n.)

Przypadek pochwowego cięcia cesarskiego z powodu drgawek porodowych.

Podał

Dr med. Aleksander Karnicki,

ordynator zakładu położniczego i szkoły położnych w Petersburgu.

Oddawna wiadomo, że jednym z najskuteczniejszych zabiegów u chorych na drgawki porodowe jest jak najszybsze rozwiązanie. Z tego powodu w razie częstych napadów drgawek i znacznego pogorszenia się stanu chorej staramy się ukończyć poród kleszczami lub obrotem. Wiemy jednak, że zabiegi te są możliwe tylko wtedy, gdy już ujście maciczne jest dostatecznie rozwarte. Na nieszczęście nie zawsze tak bywa; przeciwnie, bardzo często napady drgawek następują wtedy, gdy ujście macicy jest całkiem zamknięte, a nawet i część pochwowa całkowicie jeszcze utrzymana. Takie właśnie przypadki najtrudniej rozwiązać; z tego więc powodu oddawna zajmują się położnicy wynalezieniem sposobu szybkiego rozszerzania ujścia i szyjki macicznej. Już dawniej używano rozszerzenia przewodu szyjki macicznej zapomocą palców, co jednak wymaga, by ujście było przepuszczalne dla dwóch palców, a więc najczęściej daje się to zastosować pomyślnie u wieloródek; jednak najtrudniejsze do ukończenia są porody u pierwiastek z utrzymaną częścią pochwową i szyjką ściągniętą. W takich przypadkach zwykle używano rozszerzadeł Hegara i potem metreuryzy. W ostatnich latach sztuka położnicza wzbogaciła się nowem rozszerzadłem Bossiego, zapomocą którego, jak twierdził wynalazca, miało być możliwe przy całkiem zamkniętem ujściu i utrzymanej szyjce w krótkim czasie takie rozszerzenie ujścia macicznego, przy którem można ukończyć poród zapomocą obrotu lub kleszczy. Narzędzie Bossiego uległo zwykłemu losowi wszystkich nowych wynalazków; gdyż z początku uważano je za coś wprost zbawiennego przy kończeniu porodu, powikłanego napadem drgawek porodowych, a jednak po krótkim czasie nastąpił zwrot i wielu położników wcale już nie chce się niem posługiwać. Za jednego z największych zwolenników rozszerzadła Bossiego stanowczo musi być uważanym Leopold, który bardzo gorąco zaleca to narzędzie i radzi zastosowywać je nawet przy utrzymanej części pochwowej i zamkniętem ujściu macicy. Olshausen oświadcza, że rozszerzadło Bossiego może być w wielu przypadkach jedynem wyjściem z trudnego położenia i gorąco doradza używać go nietylko w klinikach i wielkich zakładach położniczych, lecz także i w praktyce prywatnej. Widzimy jednak, iż statystyka tego samego Olshausena nie przemawia tak bardzo na korzyść tego rozszerzadła, mianowicie z 26 przypadków zastosowania tego narzędzia z powodu drgawek porodowych nastąpiła śmierć w 38,5%. Zangenmeister dowodzi, że nie jest to całkiem bezpieczne narzędzie, ponieważ na 25 przypadków w 42% stwierdził znaczne pęknięcia macicy. Bumm uważa narzędzie Bossiego za bardzo niebezpieczne i ostrzega przed częstszem jego używaniem. Nasz rodak Wacław Pomorski opisuje 5 przypadków, w których z powodu drgawek porodowych zastosował rozszerzadło Bossiego z przebiegiem zawsze pomyślnym.

Jak widzimy, zdania autorów co do tego rozszerzadła różnią się znacznie. Przyczyny tego należy szukać w tem, że różni autorowie stosowali to narzędzie w odmienny sposób. Mając dość wielkie własne doświadczenie w używaniu tego rozszerzadła, ponieważ i sam przeszedłem czas zachwytu, muszę tu zaznaczyć, iż mojem zdaniem stanowczo rozszerzadło Bossiego nie jest narzędziem zbytecznem, ponieważ są przypadki, w których musi się je zastosować. Są to właśnie takie przypadki, w których już części pochwowej wcale nie wyczuwamy, a jednak ujście maciczne nie jest rozwarte więcej, niż na palec. Do tego dodać należy, że pośpiech w rozszerzaniu jest bardzo niebezpieczny i że należy w taki sposób używać rozszerzadła Bossiego, by w ciągu 30—40 minut dojść do 8 ctm. w średnicy; tak zastosowując to narzędzie nigdy mi się nie zdarzyło spotykać tych znacznych pęknięć macicy, o których piszą niektórzy autorowie. Mojem zdaniem, te pęknięcia są skutkiem używania rozszerzadła w niewłaściwych przypadkach (przy wyczuwalnej części pochwowej) i zbyt szybkiego rozszerzania ujścia. Z biegiem czasu rozszerzadło Bossiego zaczęto ulepszać; tak naprzykład Walcher mając na względzie bardziej równomierne rozszerzanie ujścia, podał rozszerzadło, które składa się nie z 4, jak Bossiego, lecz z 8 części.

Te jednak wszystkie wyżej wymienione sposoby niezawsze mogą szybko ukończyć poród, z tego też powodu wielu autorów zaleca w ciężkich przypadkach drgawek porodowych zastosowywać klasyczne cięcie cesarskie. Hillman zebrał statystykę 40 przypadków rzucawki, w których poród ukończono zapomocą cięcia cesarskiego. Nie ulega jednak wątpliwości, że nawet przy teraźniejszym stanie aseptyki może być nie mało przypadków, w których byłoby niebezpiecznie zastosowywać cięcie brzuszne. W takich przypadkach radzi Dührssen zastosować cięcie cesarskie pochwowe. Dnia 1. kwietnia 1895 wykonał on poraz pierwszy cięcie cesarskie pochwowe z powodu drgawek porodowych. W krótkim czasie cięcie cesarskie pochwowe zdobyło sobie wielu zwolenników, przeważnie w przypadkach ciąży przy daleko posuniętym raku części pochwowej; z tego powodu wywiązuje się nawet spór o pierwszeństwo pomiędzy Dührssenem a Acconci, który dokonał takiej operacyi 4. lipca 1895 r.

Dührssen gorąco zaleca przy drgawkach porodowych cięcie cesarskie pochwowe; powołując się na to, że po operacyi napady całkowicie ustawały w 93,75%, gdy w przypadkach, leczonych zachowawczo tylko w 78,9%. Zweifel porównywając sposób zachowawczy z cięciem cesarskiem pochwowem skłania się na stronę tej operacyi, ponieważ przy zastosowaniu sposobu Dührssena śmierć nastąpiła tylko w 15—17%, przy leczeniu narkotykami w 32,2%. Schauta, Hammerschlag, Rühl i inni radzą stanowczo w przypadkach drgawek porodowych przy zamkniętem ujściu macicy stosować cięcie pochwowe. Veit z 33 przypadków cięcia cesarskiego pochwowego z powodu rzucawki stracił zaledwie jedną chorę, co stanowi 3%. Wszystkie dane powyższe wskazują dowodnie, jak doniosłe ma znaczenie dla szybkiego ukończenia porodu cięcie cesarskie pochwowe. Z tego też powodu pozwalam sobie opisać mój przypadek.

8. marca 1907 o g. 8,45 wieczorem przybyła do zakładu położniczego petersburskiego rodząca A., 19-letnia, włościanka, pierworódka. Miesiączka zaczęła się w 14 roku życia, potem prawidłowo co 4 tygodnie po 3 dni, ostatnia miesiączka w początku lipca. Pierwszych ruchów płodu nie pamięta; w domu miała 3 napady drgawek porodowych. Stan obecny: chora nieprzytomna, średniej budowy, źle odżywiona; ciepłota 37,1, tętno 70; wymiary miednicy: *dist. troch.* 28; *cr.* 24; *sp.* 22; sprzężna zewnętrzna 18; sprzężna przekątna 11; badanie zewnętrzne stwierdza położenie główkowe i pierwszą postawę płodu. Przy badaniu przez pochwę znajdujemy ujście zewnętrzne macicy zamknięte i całą część pochwową wymacalną. Tętna płodu wysłuchać się nie udało. Zaraz po przybyciu chorej zastrzyknięto jej ¼ gr. morfiny i po zwykłem odkażeniu części rodnych i pochwy, rozszerzono w uśpieniu chloroformowem szyjkę macicy zapomocą rozszerzadeł Hegara, a potem wprowadzono do macicy metreurynter, napełniony rozczynem fizyologicznym w ilości 150 ctm.³. Przy wprowadzaniu metreuryntera odeszła nieznaczna część wód płodowych. Do metreuryntera przywiązano 2 funty wagi. Pomimo tego skurczów prawie nie było, ujście i szyjka wcale się nie rozszerzały, tymczasem stan chorej znacznie się pogorszył; napady drgawek wciąż się powtarzały, ciepłota 38,1; tętno 92, chora ciągle nieprzytomna, białko w moczu 5‰, przy badaniu drobnowidowem wałeczki i płaski nabłonek. Z powodu wszystkich danych powyższych, dowodzących, że jest to ciężki przypadek drgawek porodowych, postanowiłem ukończyć poród zapomocą cięcia cesarskiego pochwowego. W uśpieniu chlorofor-

mowem o 5 g. rano przystąpiłem do operacyi. Po zwykłem odkażeniu części rodnych i pochwy, wsunąłem do pochwy wziernik i przednią wargę ująłem mocnemi szczypczykami, zapomocą których zdołałem dość znacznie wyciągnąć szyjkę maciczną; na granicy części pochwowej i pochwy przeprowadziłem poprzeczne cięcie przez pochwę; zapomocą palca, obwiniętego w wyjałowioną serwetę, oddzieliłem pęcherz moczowy od macicy; potem przeprowadziłem cięcie podłużne przez przednie sklepienie pochwy. Szyjkę macicy po obu stronach ujścia zewnętrznego ująłem mocnemi szczypczykami i rozciąłem wzdłuż na 9 ctm.; krwawienie nieznaczne. Ponieważ płód był martwy, dokonano przebicia czaszki i zapomocą zmiażdżacza czaszki usunięto płód z macicy; łożysko wyciśnięto sposobem Credego; pod skórę zastrzyknięto ergotynę. Cięcie macicy zeszyłem katgutem, a ranę pochwy jedwabiem, lecz nie na głucho, ponieważ zostawiłem miejsce dla przeprowadzenia pasa wyjałowionej gazy kseroformowej do zagłębienia pęcherzowo-macicznego. Płód płci mękiej, długości 46 ctm., waży 2,400 gr. Przebieg pooperacyjny następujący: o godz. 11 m. 40 napad drgawek porodowych; jeszcze jeden o g. 3 m. 35 popołudniu i ostatni nazajutrz zrana o g. 5. Wkrótce po ostatnim napadzie położnica przyszła do przytomności; mocz wydziela się w większej ilości (chora otrzymuje mleko i diuretyny 0,5 3 razy dziennie). Ciepłota w dzień operacyi wieczorem 37,4, tętno 74; nazajutrz to samo; 3. dnia ciepłota 39,0, tętno 84; po wyjęciu gazy wypłynęła wydzielina nieznacznie cuchnąca; oglądając pochwę zapomocą wzierników, nic niezwykłego nie znalazłem; nazajutrz zrana ciepłota 38,0, wieczorem 37,4. Później ciepłota wyżej nad 36,7 się nie podnosiła; cuchnienie wydzielin w ciągu dwóch dni; zwijanie się macicy całkiem prawidłowe; 9. dnia zdjąłem szwy; wszędzie doraźne zagojenie się prócz miejsca, przez które była przeprowadzona gaza; 12. dnia chora zaczęła chodzić, a 15. wyszła z zakładu zupełnie wyleczona.

Cięcie cesarskie pochwowe, bardzo rozpowszechnione zagranicą, nie cieszy się dotąd u nas wielkiem uznaniem. Jest to jedna z przyczyn, dla których opisuję swój przypadek. Zdaniem mojem operacya ta zasługuje na to, by ją pomieścić w rzędzie innych ogólnie przyjętych operacyi położniczych, by wyznaczyć jej pewne stałe miejsce i określić ściśle jej wskazania. Z piśmiennictwa widać, że operacyę tę stosowano w najrozmaitszych przypadkach; tak jak już poprzednio wspominałem, najczęściej używano tego zabiegu u rodzących z powodu raka szyjki. Regnoli, Bumm, Everke, Aleksandrow zastosowują cięcie cesarskie pochwowe z powodu przedwczesnego oddzielenia łożyska. Simon operował z powodu blizn na szyjce macicy, jako następstwa po odcięciu szyjki, Bumm z powodu blizn po przyżeganiu gorącem powietrzem. Döderlein i Fränckel doradzają doszczętne wycięcie macicy przez pochwę u rodzących zakażonych, inni znów, jak Dührssen i Bumm u rodzących dotkniętych wadą serca, a Bumm także przy łożysku przodującem. Z tego wszystkiego wynika, że cięcie cesarskie pochwowe należy zastosowywać w tych wszystkich przypadkach, w których groźny stan chorej zmusza nas do niezwłocznego ukończenia porodu. Według Dührssena dodatnie strony tej operacyi są następujące: 1) z powodu tego, że ściana dolnego odcinka macicy jest o wiele cieńsza, aniżeli górnego, nie mogą tu powstać w miejscu zeszycia szerokie blizny, jakie nieraz napotykamy jako następstwa klasycznego cięcia cesarskiego; blizny te powstają z tej przyczyny, iż w czasie szycia, ściana macicy jest o wiele grubszą, niż wkrótce potem się staje z powodu zwijania się macicy; to znowuż może wywołać rozluźnienie szwów, a w następstwie rana macicy nie goi się doraźnie. 2) Przy cięciu pochwowem obawa zakażenia o wiele jest mniejszą z powodu łatwości sączkowania. 3) Na przyszłość blizna w dolnym odcinku macicy ma mniejsze znaczenie, niż w górnym.

W moim przypadku rozciąłem tylko przednią ścianę macicy, co wystarczało do usunięcia martwego płodu po przebiciu czaszki. Dührssen jednak doradza w tych przypadkach, w których płód jest dobrze rozwinięty, rozcinać i tylną ścianę macicy. Rühl przytacza przypadek, w którym z powodu niedostatecznego rozcięcia przedniej ścianki nastąpiło poprzeczne pęknięcie macicy. Zdaniem Bumma rozcinać przednią ścianę macicy można tylko w tych przypadkach, w których nie ma nastąpić wycięcie macicy. Krönig przytacza 14 przypadków, w których rozcięto tylko tylną ścianę macicy. Mnie się zdaje, że wybór ściany, przez którą prowadzić cięcie, można pozostawić operatorowi, ponieważ to wielkiej różnicy nie stanowi. Nie mogę się jednak zgodzić ze zdaniem Dührssena co do cięcia obydwu ścian, ponieważ to drugie cięcie musi być przeprowadzone bardzo wysoko, by mogło powiększyć obwód otworu; przyczyna tego leży w walcowatym kształcie szyjki macicznej. Ponieważ cały zabieg operacyjny przy cięciu cesarskiem pochwowem dokonywa się zwykle poza obrębem otrzewnej, obawa zakażenia nie może być wielką, a to ze swojej strony pozwala wykonać tę operacyę nawet w tych przypadkach, w których zakażenia nie można na pewno wyłączyć. Mojem zdaniem szczególnie w ciężkich przypadkach drgawek porodowych przy mało rozszerzonem ujściu macicy cięcie cesarskie pochwowe powinno być częściej wykonywane, ponieważ tym zabiegiem, nieprzedstawiającym trudności technicznych dla operatora, biegłego w wykonaniu operacyi pochwowych, można poród całkiem bezpiecznie i w ciągu krótkiego czasu ukończyć, a przez to samo matkę i dziecko ocalić od grożącej im śmierci.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

A. v. Decastello i R. Kienböck. **O radioterapii białaczki.** (*Posiedz. Tow. dla med. wewn. i pedyatryi w Wiedniu 13. VI. 1907*). Autorowie leczyli tą metodą 18 przypadków: 10 białaczki szpikowej, a 8 gruczołowej. Niektóre z nich spostrzegają od $2^1/_2$ roku. W białaczce szpikowej radioterapia powoduje przeważnie (90 na sto) odrazu wybitną poprawę nawet, jeśli stan chorego jest już ciężki. Poprawa ta może się długo, nawet latami utrzymywać a nadto zwiększać w miarę leczenia. Choroba jednak okazuje stale skłonność do nawrotów, — po jakimś czasie leczenie daje coraz gorsze wyniki, wreszcie nie da się uzyskać żadnej poprawy więcej. Czasem można spostrzegać gwałtowne a nawet śmiertelne zaostrzenia choroby. Zawsze można widzieć, że istnieje wśród leczenia związek prosty między obrzękiem śledziony a nasileniem leukocytozy. Rokowanie zdaje się mniej zależeć od tego, jak dawno trwa choroba, jak raczej od tego, z jakiem przebiega nasileniem. W białaczce gruczołowej radioterapia równie często poprawia ogólny stan chorego, w przypadkach jednakże, gdzie już istnieje wybitna niedokrwistość, rzadko kiedy poprawia się pod wpływem tego leczenia. I dlatego należy się zadowolnić, jeśli się uda tem leczeniem wstrzymać chwilę zjawienie się niedokrwistości, względnie jeśli już niedokrwistość istnieje należy starać się, by się nie powiększała, co znowu nie zawsze jest rzeczą możliwą. Można zatem powiedzieć, że w białaczce gruczołowej wynik zależy od nasilenia niedokrwistości w chwili, kiedy się zaczyna leczenie. Na ogół choroba pod wpływem tego leczenia rozwija się wolno, ma małą skłonność do nawrotu tak, że rokowanie co do przedłużenia życia zdaje się lepszem niż w białaczce szpikowej. Działanie radioterapii polega w pierwszej linii na bezpośredniem niszczeniu komórek miąższowych narządów krwiotwórczych wybujałych, co pociąga za sobą pomniejszenie leukocytopojezy i produkcyi toksyny. W białaczce szpikowej należy ponadto przypuścić działanie na odległość na ogniska tkanki szpikowej, które nie wystawiono na działanie promieni wprost (wątroba, gruczoły, szpik kostny), bo inaczej jak można wytłómaczyć wynik dodatni otrzymany w tych przypadkach, gdzie tylko śledzionę poddawano bezpośredniemu działaniu promieni? W białaczce gruczołowej działanie promieni na odległość przejawia się tylko zmniejszeniem ilości granulocytów, bo limfomata pomniejszają się wyłącznie wtedy, kiedy promienie działają na nie wprost. W 2 przypadkach białaczki szpikowej po naświetlaniu śledziony i prącia znikła stała ciągotka. U 2 limfemicznych znaleźli autorowie w moczu albumozę Bence-Jonesa w ilości wahającej od 0,2 do 0,4‰, — w jednym z nich leczenie, mimo, że ogólny stan się poprawił, nie miało żadnego wpływu na ten objaw. Autorowie nie zauważyli najmniejszego wpływu szkodliwego ubocznego na nerki, chociaż z przerwami

stosowali leczenie 2 i pół roku. Autorowie polecają używać, szczególnie z początku promienie słabego nasilenia i wzmagać siłę naświetlenia tylko stopniowo i to wtedy, kiedy dana siła okaże się już niedostateczną. Wśród białaczki szpikowej radzą naświetlać przedewszystkiem śledzionę a w białaczce gruczołowej obok śledziony i gruczoły śródpiersiowe i brzuszne. Naświetlanie kości zdaje się zbyteczne w białaczce szpikowej, w gruczołowej (?) należałoby je polecić z punktu widzenia teoretycznego, ale w praktyce nie dało żadnych widocznych wyników. *Stahr.*

F. Blumenthal. **Zastosowanie atoksylu w medycynie.** (*Mediz. Klinik*, 1907, Nr 12). W r. 1901 badał autor ten przetwór arsenikalny i nazwał go atoksyl ze względu na to, że okazuje niewielką siłę trującą. Z początku uważano ten przetwór za połączenie aniliny i kwasu metarsenowego, obecnie jednak badania Ehrlicha, Bertheima i Landsbergera dowiodły, że jestto fenylarsenian sodowy. Jestto proszek biały, krystaliczny, lekko słonego smaku, rozpuszcza się łatwo w ciepłej wodzie, powolniej w sześć razy swojej objętości wody o 15° C. Rozczyn opiera się krótkiemu ogrzaniu, ale nie znosi autoklawu, gdzie się rozkłada. Ani zasady ani kwasy, o ile się zdaje, nie rozkładają go działając krótki czas. Doświadczenia na królikach dały następujący wynik:

Na 1000 gramów wagi zwierzęcia, okazał się atoksyl:
nieszkodliwym w dawce:
0,3 (podany przez usta), 0,1 (pod skórę), 0,1 (do żył).
trującym w dawce:
0,4 (podany przez usta), 0,2 (pod skórę), 0,2 (do żył).
śmiertelnie trującym w dawce:
0,5 (podany przez usta), 0,4 (pod skórę), 0,2 (do żył).

Atoksyl jest zatem przeciętnie 40 razy mniej trującym od płynu Fowlera. Drogą swoich doświadczeń doszedł autor do przekonania, że w połączeniu tem, arszenik, a nie anilina działa na organizm. Najpierw stosował atoksyl w dermatologii Schild na oddziele professora Lassara ze skutkiem w łuszczycy i liszaju (*lichen ruber*). Używał rozczynu 20% i tylko jeśli wstrzykiwał przez dłuższy przeciąg czasu i wielkie dawki (20—30 ctgr.), spostrzegał u leczonych dreszcze, zawroty głowy, bole głowy i świąd na szyi. Po odstawieniu leku znikały te objawy najdalej po 2 dniach. Nigdy nie zjawiało się białko w moczu. Schild chwali lek ten i w chorobie Basedowa. Miał się zmniejszać wytrzeszcz gałek, zjawiała się regularność, zwiększała się waga ciała. Mendel z Ersen wstrzykiwał lek ten do żył, ale autor widział, że wyniki nie są wcale lepsze, jak przy wstrzykiwaniu pod skórę. Pierwszy Laveran zwrócił uwagę na skuteczność atoksylu przeciw świdrowcom. Koch podawał go wśród śpiączki afrykańskiej w nieużywanych przez nikogo wpierw dawkach. Wstrzykiwał dzień po dniu przez dwa dni bez wywołania objawów zatrucia 50 ctgr. Raz Ayres-Koplle wstrzyknął atoksylu od 1—1½, a Martin 1 grm. Koch podaje, że dawkę tę śmiało można przekroczyć, ale zdaniem jego zdaje się to być niekorzystnem, bo po takiem wstrzyknięciu przekonać się można przez nakłucie gruczołów, że świdrowiec znikł, a wedle niego obecność w organizmie zabitych świdrowców sprowadza odporność i przeszkadza dalszemu rozwijaniu się tych pasożytów. Koch leczył atoksylem 986 chorych na śpiączkę. Zapatrywania Kocha potwierdzają doświadczenia na zwierzętach dokonane przez Uhlenhuta i Bickela. Blumenthal podawał atoksyl w różnych stanach niedokrwistości (50 przypadków). Podawał chorym albo tabletki 5 cgrm. albo kapsułki 3—4 cgrm. dorosłym, a 2—3 cgrm. dzieciom. Tylko 3 chorych biorących tabletki skarżyło się na bole żołądka, zaś żaden z chorych biorących lek w kapsułkach. Autor podawał każdemu 24 kapsułek przez 8 dni, 3 w jednym dniu, potem po pauzie 8-dniowej jeszcze raz 24 kapsułek. Na tem leczenie jest zakończone. Waga ciała się podnosi, a ilość hemoglobiny i krwinek czerwonych się wzmaga. Sick podaje, że wstrzykiwaniami podskórnemi od pół do 1 grama, stosowanemi przez kilka tygodni, uleczył mięsaka. Autor wstrzykiwał atoksyl w obwodzie raka, szczególnie raków piersi. Codzień przez dni 20 do 30 wstrzykiwał 1 gram leku, robił przerwę i znowu wstrzykiwał. Odczynu nie uważał żadnego. W 5 przypadkach raka piersi nie było żadnej poprawy. Próbował także wstrzykiwać atoksyl-nowokainę w miąższ nowotworów, opierając się na doświadczeniach Spiessa, któremu się udało wstrzykiwaniami nowokainy doprowadzić do zaniku guzy nowotworowe u myszy. Chociaż atoksyl jest połączeniem arsenu mało trującym, jednak nie należy przesadzać w dawkowaniu, jak to czynił n. p. Bornemann, który doczekał się objawów zatrucia w postaci jasnej ślepoty, obrzęków skóry i t. d. *Stahr.*

Doc. Determann. **W sprawie rozpoznania ropnia podprzeponowego.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 18, 1907). Jak trudno jest nieraz rozpoznać ropień podprzeponowy, świadczy przypadek autora. U chorego, skarżącego się na kaszel i kłucie, który według wywiadów przedtem miał przebyć wysiękowe zapalenie opłucnej, rozpoznał D. ropniaka prawej jamy opłucnej, stwierdziwszy: stłumienie po stronie prawej, sięgające od 6. żebra w tyle i przechodzące w dół w stłumienie wątroby, podczas odruchu nieprzesuwalnej, a obniżonej, serce nieco na lewo przesunięte, tarcie ponad stłumieniem, zniesienie szmerów oddechowych i drżenia piersiowego, oraz gorączkę trawiącą. Rozpoznanie to zdawało się potwierdzać nakłucie próbne, które wykonano w 9. międzyżebrzu, wydobywając ropę. Uderzyły jednak D. niektóre szczegóły, przemawiające przeciw rozpoznaniu ropniaka, jakoto, że odgłos wypukowy bardzo nieznacznie przechodził z jawnego w stłumiony, prawa połowa klatki piersiowej nie była wypukloną, wątroba była nieprzesuwalna, skóra nad częścią zajętą była ciastowato obrzękła, wreszcie to, że wydobyto ropę przez nakłucie w 9. międzyżebrzu igłą dłuższą, nie zdołano jej zaś wydobyć przez nakłucie w 7. międzyżebrzu lub igłą krótszą; przyczynę tego zwalał autor na zrosty opłucne. Wykonano resekcyę żebra i wypuszczono około litra ropy gęstej z domieszką krwi. Chory wkrótce umarł wśród utraty sił, wycieńczony nawrotem ciężkiej czerwonki. Sekcya wykryła niespodziewanie silne zrosty opłucnej żebrowej i płucnej z przeponą, ale ponad nimi była jama opłucna zupełnie wolna; natomiast był duży ropień podprzeponowy, który w postaci stożka wtłaczał się w klatkę piersiową, a wychodził z wątroby, silnie zrośniętej z otoczeniem. Pomyłka w tym przypadku tłómaczy się tem łatwiej, iż nie można było stwierdzić objawów, cechujących ropień podprzeponowy, głównie bolów w okolicy wątroby. Jaki był punkt wyjścia ropnia, trudno określić; zwykłych przyczyn, jak przebicia wrzodów żołądka, zapalenia pęcherzyka żółciowego, zropiałego bąblowca wątroby, wysięku okołokątniczego i t. p. nie było. Powstaje jedynie przypuszczenie, że punktem wyjścia było zmienione jelito, w którem stwierdzono liczne owrzodzenia. W przypadkach podobnych cenne usługi oddają promienie X; gdyby autor mógł był je zastosować, z pewnością uniknąłby pomyłki. *Nowaczyński.*

Doc. O. Stoerk. **W sprawie doświadczalnej marskości wątroby na tle gruźliczem.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr 28, 1907). Okoliczność, że u zwierząt gruźlicą szczepionych, bardzo często spotyka się w wątrobie cechy marskości, skłonił autora do badań w tym kierunku. S. badał mikroskopowo wątroby 120 świnek morskich, szczepionych prątkami Kocha. — We wszystkich tych wątrobach były zmiany gruźlicze. Zakażenie szerzyło się przez żyłę wrotną; około jej najdrobniejszych rozgałęzień powstawało bujanie znamiennej tkanki gruźliczej, której miejsce zajmowała następnie tkanka łączna bliznowata i bujające kanaliki żółciowe, i w ten sposób wątroba przybierała cechy wątroby marskiej. Marskość wątroby była więc zdaniem S. zejściem sprawy gruźliczej. Opierając się na podobieństwie obrazu anatomicznego w wątrobach zwierząt szczepionych gruźlicą, ze zmianami w wątrobie człowieka przypuszcza S., że marskość nie jest odrębną jednostką chorobową, ale zejściem różnych spraw patologicznych toczących się w wątrobie, a jedną z przyczyn marskości może być gruźlica. *Kostrzewski.*

F. Schupfer. **O możności ścisłego histopatologicznego rozpoznawania za życia chorób wątroby i śledziony.** (*Sem. méd.* Nr 20, 1907). Autor opisuje i podaje rysunki igły, zapomocą której nakłuwa u chorych wątrobę lub śledzionę i dobywa na zewnątrz strzępy tkanki tak spore, że może z nich robić preparaty mikroskopowe. Chorzy nigdy nie doznali żadnego szwanku na zdrowiu z powodu ukłucia, a nawet wtedy, kiedy wśród nakłucia dobyto kilka kropel krwi, nie zdarzyło się autorowi ani razu, — o ile wkrótce potem wskutek śmierci chorego wykonane było badanie pośmiertne — znaleść miejsca nakłucia w wątrobie, czy śledzionie. *Stahr.*

Dermatologia.

H. Hallopeau. **O leczeniu kiły anilarsenianem sodu wedle sposobu Salmona.** (*Clinique*, Nr 27, 1907). Anilarsenian sodu jest to od dawna pod nazwą atoksylu znany przetwór arszenikalny. Ponieważ jednak atoksyl, przetwór wyrabiany przez fabrykantów niemieckich, zawiera domieszki arszenikowe trujące i jest często przyczyną nieprzyjemnego ubocznego działania, poleca H. atoksyl, wyrabiany w idealnej czystości we Francyi i radzi przepisywać atoksyl z wyraźnym dodatkiem »francuski«; dla uniknięcia pomyłek lepiej pisać »anilarsinato de soude«. Na myśl, że w kile działać może atoksyl korzystnie naprowadziła Salmona skuteczność tegoż przetworu w leczeniu śpiączki afry-

kańskiej, wywołanej przez świdrowce. A jak wiadomo krętek kiły ma wiele podobieństwa do świdrowców. Atoksyl sam przez się nie jest dla ustroju obojętny. Chorzy z początku znoszą wstrzykiwania (po 0,75 gr.) bardzo dobrze, potem (po 4., najdalej 9. wstrzyknięciu) dostają bolów żołądka i kiszek, narzekają na ogólne rozbicie, zawroty głowy, ale tylko przez kilka godzin, poczem wracają do zupełnego zdrowia. Dla uniknięcia tych nieprzyjemnych powikłań radzi H. postępować tak: Chory wzrostu średniego dostaje w mięśnie pośladkowe 0,75 gr.; w dwa dni później drugie wstrzyknięcie 0,75 gr. W trzy dni potem wstrzykuje się 0,40 do 0,50 gr. i ponawia te wstrzyknięcia 4 razy w tych samych odstępach co 3 dni, a potem robi się przerwę 15-dniową. Jeśli zjawia się jakiekolwiek zaburzenie, należy leczenie przerwać. Ludziom wątłym należy wstrzykiwać dawki mniejsze (zacząć od 0,50 lub 0,40 gr., a nawet mniej). Przy tem postępowaniu chorzy nie doznają żadnych dolegliwości. Równocześnie z anilarsenianem nie wolno podawać rtęci. — H. radzi wykonać u każdego chorego 2 serye wstrzykiwań, jak wyżej, z przerwą 15-dniową; po drugiej seryi znowu po dniach 15 stosować rtęć przez 2 miesiące, a potem jod przez miesiąc. Potem znowu należy wrócić do jednej seryi wstrzykiwań arszenikalnych i tak przez 4 lata z rzędu powtarzać leczenie. H. przypuszcza, że nowy ten sposób, który daje doskonałe wyniki, leczy kiłę poronnie w ścisłem słowa znaczeniu: Miecznikow i Salmon zaszczepili kiłę 7 małpom; dwie z nich dostały następnie odpowiednie dawki anilarsenianu i tylko u tych dwóch nie przyjęła się kiła. Można więc mieć nadzieję, że wstrzyknięcie tego przetworu, wykonane nawet po zakażeniu kiłą, uczyni i człowieka odpornym na tę chorobę. *Stahr.*

Doc. Zieler: **Szary olej w leczeniu kiły.** (*Allg. Med. Ctr. Ztg.*, 1907, Nr 27) Zdaniem Z., 40% szary olej (*oleum cinereum*), chociaż dotąd pomimo gorącego polecenia przez Langa mało używany, jest istotnem wzbogaceniem skarbca leczniczego, stanowiąc przy dostatecznej odkaźności i odpowiednim doborze przypadków środek zupełnie bezpieczny. Przedewszystkiem jednak należy posługiwać się odpowiednią strzykawką (Barthélemy), wstrzykiwać należy dokładnie w mięśnie, nie wolno pozostawiać oleju w kanale wkłucia, nie wolno wstrzykiwać drugi raz w to samo miejsce; należy też troskliwie nadzorować jamę ustną. Szary olej jest przeciwwskazany w przypadkach zmian wątroby, nerek, jelit, w miażdżycy tętnic, przewlekłych zatruciach, dnie, gruźlicy, charłactwie, histeryi, padaczce, w ciąży przy zboczeniach czynności nerek. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Dr P. Deiaco: **O umiejscowieniu i przyrodzie zmian skórnych w przebiegu rumienia lombardzkiego (pellagra).** (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1907, Nr 32). Co do umiejscowienia i przyrody zmian na skórze w przebiegu rumienia lomb. zapatrywania badaczy są podzielone; jedni uważają, że zmiany na skórze nagabują wyłącznie tylko części ciała nieokryte, wystawione na działanie promieni słonecznych, i w ich działaniu widzą główną przyczynę powstawania zmian skórnych, u osób usposobionych skutkiem zatrucia organizmu, — według drugich zmiany skórne mogą obejmować także części ciała okryte, a więc nie narażone bezpośrednio na działanie promieni słońca. D. opisuje 5 przypadków rumienia ze zmianami skórnemi na częściach ciała nie podlegających działaniu promieni słonecznych; były one bowiem umiejscowione na ramionach, łokciach, worku mosznowym, dłoni, stopie, w jednym zaś przypadku na skórze całego ciała. Zdaniem autora schorzenie skóry także na częściach ciała okrytych ubraniem, jest wyrazem długiego i ciężkiego przebiegu choroby, a spotkać je można u chorych, w których rodzinie więcej osób dotkniętych jest rumieniem lombardzkim. *Kostrzewski.*

Wilh. Landau. **Hypertrichosis circumscripta mediana.** (*Wien. klin. Wochschr.*, Nr 27, 1907). Okolica grzbietu między 3. a 10. kręgiem piersiowym, na przestrzeni 22 cm. długiej, a 6 cm. szerokiej, ostro odgraniczonej od skóry prawidłowej, pokryta włosami długości 6—12 cm. W miejscu wyrostka ościstego 4. i 6. kręgu zagłębienie niebolesne; brak w tych miejscach wyrostków ościstych stwierdza badanie promieniami Roentgena. Obok ograniczonego nadmiernego uwłosienia w linii środkowej grzbietu znajduje się ukryte rozszczepienie kręgosłupa. Nierozdzielne występowanie tych stawów obok siebie, wskazuje na wspólną przyczynę ich powstawania. *Kostrzewski.*

L. Pick: **O zapaleniu pęcherzyków nasiennych na tle ziarenkowców zapalenia opon.** (*Berl. kl. Woch.* Nr 30 i 31, 1907). Na podstawie swego spostrzeżenia dochodzi P. do wniosku, że jak z jednej strony dwoinki wiewiórowe mogą wywołać zapalenie opon mózgowych, tak z drugiej ziarenkowiec zapalenia opon może wywołać zapalenie pęcherzyków nasiennych. O rozpoznaniu etyologicznem takiego zapalenia rozstrzyga jedynie badanie bakteryologiczne. Przy sekcyi należy ropę nietylko mikroskopowo badać, ale także wykonać hodowle i próbę aglutynacyjną zapomocą swoistych wysoko wartościowych surowic, a jeśli możliwe zrobić także hodowlę różniczkową sposobem Lingelsheima. Ważne są dane kliniczne (nagły początek, początkowy rumień, opryszczki), jak również zmiany anatomiczno-patologiczne. Usadowienie się cierpienia tylko w pęcherzykach nasiennych przemawia przeciw ostremu wiewiórowi, brak zaś wszelkich głębszych zmian histologicznych w drogach moczowych przeciw przewlekłemu wiewiórowi. *Engländer.*

Higiena.

R. Kraus i R. von Stenitzer. **Toksyny paratyfusu i ich zobojętnianie antytoksynami tyfusowemi.** (*Wien. klin. Wochenschr.*, 20. czerwca 1907). Autorowie wykazali już poprzednio, że w buljonowych hodowlach prątka durowego istnieją trujące istoty, zdolne do wytworzenia antytoksyn w organizmie zwierzęcym (koń, owca), a więc istoty te należy wobec tego uważać za prawdziwe toksyny. Obecnie rozszerzyli autorowie doświadczenia swe i na inne drobnoustroje biologicznie pokrewne durowym, a w szczególności na paratyfusowe. I tu doświadczenia dały te same wyniki, Jednak ponadto stwierdzili autorowie jeszcze i to, że surowica koni uodpornionych co raz większemi dawkami filtrowanych hodowli prątka durowego działa jak antytoksyna wobec toksyn paratyfusowych. Istnieje zatem między toksynami tyfusowemi i paratyfusowemi podobny związek, jaki można widzieć między toksynami wibryona, pochodzącego z El Tor. i toksynami innych przecinkowców (vibrio). Autorowie zdołali istotnie udowodnić, że uodpornieniem przeciw wibryonowi z El Tor otrzymuje się surowicę przeciwtoksyczną zdolną do zobojętniania także toksyny innych przecinkowców, zachowujących się odmiennie pod względem aglutynacyi. *Stahr.*

Doc. E. Hibler. **Trzy przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych pod względem bakteryologicznym.** (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1907, Nr 32). Autor wykonał badania bakteryologiczne wysięków śródoponowych i śródmózgowych w 3 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Przyczyną zapalenia nagminnego opon mózgowo-rdzeniowych był tylko w jednym wypadku *micrococcus meningitidis* (Weichselbaum); z wysięków zaś dwu innych chorych wyhodowano ziarnkowce, nie barwiące się sposobem Gramma, różniącego się od *micrococcus meningitidis* tak pod względem morfologicznym jak biologicznym. *Kostrzewski.*

Bianchini. **Zawartość wilgoci w rozmaitych rodzajach muru.** *Arch. f. Hygiene*, t. 55, str. 206.). Okres czasu konieczny dla wyschnięcia murów do tego stopnia, by uznać można dom świeżo zbudowany za mieszkalny, określano dotychczas na podstawie doświadczeń, w których nie uwzględniano różnic w pierwotnej zawartości i stopniowem znikaniu wilgoci zależnej od materyału, z którego mur wykonano, oraz innych ważnych okoliczności. Według doświadczeń B. na znikanie wilgoci w murach wewnętrznych bardzo mały wywiera wpływ pora roku, we wszelkich zaś rodzajach murów utrata wilgoci w początku jest najwydatniejsza, każdy zaś rodzaj muru zawiera w tych samych warunkach najmniejszą zawartość wilgoci (»swoisty stopień wilgoci«). Wysuszenie pojawia się najrychlej w murze z otworami stopniowo wolniej w murze z cegieł i kamienia, z cegieł litych — najwolniej w betonie; wilgoć zawarta w powietrzu mieszkania oddziaływa na zawartość wilgoci w murach dopiero po pewnem ich wysuszeniu i tylko powierzchownie. Wpływ tensięga tylko do 15 cm. w głąb we wszystkich rodzajach muru (w betonie do 10 cm.), w głębokości 20 cm. można dopiero znaleść »swoisty stopień wilgoci« muru. Celem stwierdzenia, czy nowo zbudowany dom jest mieszkalny, należy w kilkumiesięcznych (2—3) odstępach czasu pobierać próby muru z murów wewnętrznych z otworów głębokich conajmniej na 15 cm., a pobieranie prób i ich badanie wykonywac technicznie zawsze jednakowo — nieznaczne różnice w zawartości wilgoci kwalifikują dom jako suchy. *L. Bier.*

Prof. Wolpert i Peters. **Krzywa dziennej utraty pary wodnej u człowieka.** (*Arch. f. Hygiene*, t. 55, str. 299). W doświadczeniach W. P. wynosiła dzienna utrata pary wodnej 1658 gr., średnio na godzinę 70 gr. przy powietrzu spokojnem ciepłocie 24° C i 65% wilgotności względnej; spożycie pokarmu nie wpływa na stopień utraty pary wodnej, również pora dnia w ogólności — w późnej porze nocnej jak również w czasie snu dziennego utrata pary wodnej jest najmniejszą. *L. Bier.*

Prof. Wolpert i Peters. **Następowe oddziaływanie pracy fizycznej na utratę pary wodnej u człowieka.** (*Arch. f. Hygiene*, t. 55, str. 309). Zwiększona przez pracę fizyczną utrata pary wodnej utrzymuje się nawet po pracy przez pewien czas, nieraz przez przeciąg kilku godzin. *L. Bier.*

Peters. **Wpływ wody kondenzacyjnej otrzymanej z oddechu ludzkiego i przy spaleniu materyałów świetlnych na serce żaby.** (*Arch. f. Hygiene*, t. 57, str. 145). Mimo licznych badań nie udało się jeszcze określić trujących składników zawartych w wydechanem powietrzu człowieka. Badania P. wykonane na wyciętem sercu żaby (przy użyciu manometru sercowego Williamsa i rozczynu Ringera) zmierzały do określenia wpływu składników tych na serce. Wynika z nich, że ujemny wpływ wody kondenzacyjnej z wydechu ludzkiego objawiający się zmniejszeniem liczby skurczów i ich siły zależy nie od znanych składników powietrza wydechanego. Ten sam wpływ w stopniu jeszcze wybitniejszym wywiera na serce żaby woda kondenzacyjna otrzymana przy spaleniu się lampy naftowej, gazu w lampie Auera, palniku Argauda i Bunsena. Serce żaby jest zdaniem P. znakomitym środkiem do wykrycia minimalnych ilości i przybliżonej jakości takich ciał, których wykrycia i określenia nie można osięgnąć na innej drodze. *L. Bier.*

Lissauer. **Zawartość bakteryi w kale ludzkim i zwierzęcym.** (*Arch. f. Hygiene*, t. 58, str. 136). Autor określał zawartość bakteryi w kale przez centryfugowanie znanych porcyi kału w rozczynie jodku sodu — o znanym ciężarze gatunkowym, — zagęszczenie w rozczynie alkoholowym i wysuszenie. Liczby procentowe otrzymane tym sposobem różnią się znacznie od otrzymanych sposobami bakteryologicznymi. Zawartość procentowa bakteryi (jako substancyi suchej) w stosunku do wysuszonego kału wahała w doświadczeniach L. od 2,53% do 13,54% — liczba średnia wynosiła 8,67%; liczby te otrzymał L. przy pokarmie mieszanym. Pokarm mięsny, zgęszczony dostarczał mniejszej ilości bakteryi w kale — 4,26‰ — roślinny zwiększał ich procent do 10,49%. U psów zawartość procentu bakteryi w kale jest zbliżoną do ilości w kale ludzkim — nie wpływa na nią sposób żywienia; kał krowi zawiera znaczniejszą ilość bakteryi (16%), kał króliczy ilość nader małą z powodu małej zawartości wilgoci. *L. Bier.*

Zapiski lecznicze i nowe leki.

W miejsce rękawiczek gumowych poleca Wederhake tworzenie na rękach jałowej powłoczki z rozczynu jodu w kauczuku. Rozczyn ten wyrabia firma Degen i Kuth w Küren. *Klęsk.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Ustawa emerytalna dla lekarzy okręgowych, jak podaje »Głos lek.« (18) nie będzie przedstawioną Sejmowi galicyjskiemu w obecnej sesyi. Zapytać się godzi, jaką wagę mają na przyszłość przykładać lekarze do czynionych im w podobnych przypadkach przyrzeczeń, jeżeliby sprawa tak doniosła, tylokrotnie odkładana, miała pomimo stanowczych zapewnień, danych z wiosną b. r., znowu nie dostać się przed forum sejmowe? *R.*

Z powodu zagrażającej cholery rozporządziło austr. ministerstwo spraw wewn. (15. VIII. 1907 L. 28,473), by odpowiednie władze ściśle stosowały przepisy instrukcyi w sprawie cholery, obwieściły we wszystkich gminach obowiązek donoszenia o każdym podejrzanym przypadku pod karą, o przypadkach takich donosiły natychmiast telegraficznie do Namiestnictwa i bezpośrednio do Ministerstwa, w danym razie natychmiast zastosowały przepisy co do stwierdzenia rozpoznania i co do skutecznego odkażenia, by postarały się o usuwanie wszelkich usterek sanitarnych w gminach, o przygotowanie lokalów izolacyjnych, by nadzorowały stan zdrowia osób, przybywających z Rosyi i zbadały, czy istnieją przepisane zarządzenia ochronne na granicy państwa i coby dla niezwłocznego ich w razie potrzeby uruchomienia uczynić należało. *R.*

Sesya Sejmu galicyjskiego, rozpoczęta w d. 16. b. m. nasuwa Dr Mikołajskiemu (»Głos lekarzy« 18) szereg uwag na czasie. Przedewszystkiem podnosi Dr Mikołajski, że reforma wyborów do Sejmu, która w tej sesyi ma być dokonaną, niewątpliwie utrudni lekarzom posłowanie, ponieważ po rozszerzeniu prawa wyborczego trzeba będzie mandat poselski zdobywać usilną agitacyą, do której lekarze ani czasu, ani innych warunków nie posiadają i ponieważ niezrozumienie potrzeb sanitarnych wśród szerokich warstw ludności, mających otrzymać prawo wyborcze, jest jeszcze większe, niż wśród dotychczasowych wyborców. Zresztą i w samym nowym Sejmie lekarz, wybrany głosami któregokolwiek ze stronnictw ludowych, nie mógłby swobodnie działać w wielu sprawach sanitarnych, bo najzbawienniejsze nawet reformy sanitarne nie są wcale popularne wśród ludu. Stąd też pożądane byłoby zapewnienie w nowym składzie Sejmu lekarzom głosów wirylnych, jak tego żądała już przed dwoma laty Izba lekarska wschodnio-galicyjska dla każdoczesnych prezydentów Izb lub dla umyślnie przez Izby wybieranych przedstawicieli. Słusznie podnosi Dr Mikołajski, że petycya Izby wschodnio-galicyjskiej wypłynęła z przeświadczenia, że lekarze w Sejmie mogliby spełnić ważny obowiązek obywatelski. »Zgłosiliśmy się z gotowością do pracy, a rzeczą Sejmu będzie uznać, czy praca nasza jest w krajowym parlamencie pożądaną«. Zanimby jednak lekarze mieli w Sejmie głos zapewniony, składają już teraz dowody, że dobro kraju leży im na sercu, występując samodzielnie z pożyteczną inicyatywą w postaci szeregu rezolucyi, uchwalonych przez ostatni Zjazd lekarzy i przyrodników polskich i memoryałów w sprawie szpitalnictwa krajowego. Te sprawy jednak rozpatrzeć może dopiero przyszły Sejm. W obecnej sesyi załatwiona być powinna sprawa emerytury dla lekarzy okręgowych, wdów i sierót po nich, kilkakrotnie już odraczana. Niestety Wydział krajowy projektu tych emerytur, mimo starań o to czynionych, nie podał do wiadomości Izb lekarskich, nie wiadomo więc, czy projekt zaspokaja słuszne żądania lekarzy. W końcu porusza Dr Mikołajski potrzebę szybszej organizacyi dalszych okręgów sanitarnych, podniesioną przez X. Zjazd lek. i przyr. pol., podkreślając, że przyśpieszenie akcyi w tym kierunku nie leży w interesie lekarzy, że więc, jeżeli lekarze domagają się tego, to kieruje nimi świadomość istotnych potrzeb społeczeństwa i szlachetna chęć ich zaspokojenia. *R.*

Drugi międzynarodowy kongres „Kropli mleka“ odbył się w tym roku w Brukseli i trwał od dnia 12. do 16. września. Projektowane prace kongresu nie zamykają się jedynie w ramach organizacyi, od której wziął on swoją dziś już utartą nazwę, lecz obejmują całokształt ochrony niemowlęcia w najszerszem pojęciu. Obrady kongresu, do których już przed rozpoczęciem zgromadzono znaczny materyał, objęły: Ustalenie statystyki śmiertelności niemowlęcej w poszczególnych krajach; zestawienie instytucyi i organizacyi istniejących w poszczególnych krajach celem zwalczenia tejże śmiertelności i podniesienia higieny wieku niemowlęcego; stanowisko nauki w kwestyach naturalnego i sztucznego żywienia. Z Krakowa zaproszony został do ściślejszego komitetu kongresu kierownik tutejszej »Kropli mleka«, Dr Tadeusz Żeleński, który też objął referaty tyczące się odnośnych stosunków w naszym kraju.

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 1. do 7. IX. 1907 urodziło się dzieci żywo 54, nieżywo 3; zmarło osób 35; z nich z gruźlicy 7 (wtem obcych 4), zapalenie płuc 4 (1), błonicy 1, płonicy 1, duru brzusznego 1, choleryny niemowląt 2, śmierci gwałtownej 2 (2). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 8. do 14. IX. 1907 było przypadków: odry 1, płonicy 3 † 1, duru brzusznego 3, czerwonki 1, błonicy 2, róży 1, ospówki 1, choleryny niemowląt 3 † 3. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 8. do 14. IX. 1907 było przypadków: błonicy 4 † 2, kokluszu 4, płonicy 4 † 3, duru osutkowego 1, duru brzusznego 5 † 1.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Prof. Dr Aleksander Rosner zamianowany został profesorem zwyczajnym położnictwa i ginekologii i dyrektorem kliniki położniczo-ginekologicznej U. J.

— Odezwa lekarzy ze Szczawnicy do Akademii Umiejętności: Wobec uporczywie powtarzających się wieści o zamiarze sprzedania zakładu szczawnickiego przez Prześwietną c. k. Akademię Umiej. zebrani w dniu 30. sierpnia b. r. na umyślnie dla omówienia spraw zdrojowiska zwołanem posiedzeniu lekarze w Szczawnicy ordynujący, postanowili po wyczerpujących rozprawach zwrócić się do Prześwietnego Zarządu c. k. Akademii z prośbą, by ze względu na dalszy rozwój i przyszłość tego zdrojowiska od myśli wyzbycia się zakładu odstąpiła.

Jesteśmy przekonani, że każdy nowonabywca bez różnicy, czyby to być miało jakieś towarzystwo akcyjne, czy też jakaś, choćby najlepsze rękojmie dająca jednostka, musi dążyć do zapewnienia sobie zysków na pokrycie odsetków od włożonego kapitału, jakoteż choćby najwolniejszego, na jak najdłuższy okres czasu rozłożonego, — przecież jednak nieodzownego umorzenia, wobec czego naturalnie wykluczonemby było poprawienie się stosunków w zdrojowisku, przeciwnie, nastąpiłby stały i nieunikniony upadek zakładu, jako stacyi zdrojowo-klimatycznej, służącej przejezdnym chorym do odzyskania zdrowia. Nietylko spodziewać się, lecz nawet na pewne przyjąć można, że nowonabywca zaniedbywałby coraz bardziej zakład zdrojowy, gdyż ten wymaga wielkich wkładów, całąby zaś uwagę i pieczołowitość poświęcił wywozowi wód mineralnych, dającemu wielkie, żadnymi prawie ciężarami nie utrudnione zyski. W ten sposób przedsiębiorca wprawdzieby się bogacił i cieszył wielkimi dochodami, ogół jednak, a przedewszystkiem tysiące chorych, rokrocznie odzyskujących tu zdrowie i siły, pozbawionyby został zakładu i możności korzystania z dobroczynnych jego skutków.

Naturalnie, gdy mowa o utrzymaniu Szczawnicy w ręku Prześwietnej c. k. Akademii Umiejętności, jako owej bezinteresownej właścicielki, nie prowadzącej zakładu dla wzbogacenia się, nie mamy na myśli utrzymania stanu obecnego, gdyż ten jest wprost rozpaczliwy. W Szczawnicy muszą nastąpić zasadnicze zmiany stosunków, polegające na zapewnieniu przybywającym tu gościom łatwego i szybkiego dostania się od kolei, wygodnego i obecnym wymaganiom czasu odpowiadającego pomieszczenia i należytego zabezpieczenia stosunków zdrowia. Celem przeprowadzenia tych zmian i urządzeń, należy bez względu na nieskończone jeszcze umowy dzierżawne wziąść się już teraz do czynu i wszcząć odpowiednie wkłady, gdyż każdy rok trwania dotychczasowego sposobu prowadzenia podkopuje dobrą sławę i byt zakładu.

Nie naszą jest rzeczą wskazywania sposobu przeprowadzenia szczegółów, oraz rozmiarów potrzebnych na to środków, do tego powołane są inne czynniki; naszym jednak obowiązkiem jest zwrócenie uwagi na właściwą porę, — tą zaś jest chwila obecna, — do działania, którego zarys i szczegóły winni zestawić umyślnie do tego wybrani i zaproszeni znawcy, a mianowicie: prócz lekarzy w Szczawnicy ordynujących, jak najlepiej ze stosunkami obeznany budowniczy, inżynier, geolog, z którychby każdy ze swego zakresu jakość i kolejność koniecznych zmian, budowli nowych urządzeń i t. p. wyznaczył, — wszystko zaś w miarę uzyskania odpowiedniej, umarzalnej pożyczki pieniężnej mogło być wykonane.

Zważywszy zatem wyż wymienione okoliczności podpisani mają nadzieję, że Prześwietny Zarząd Akademii zechce odstąpić od zamiaru sprzedaży zakładu szczawnickiego i w ten sposób zachowa krajowi oraz leczenia potrzebującej tu publiczności ten zakład, który właściwie poprowadzony i zarządzany, a nie na zysk obliczony przynosić będzie społeczeństwu pożytek, Prześwietnej zaś Akademii zapewni zasługę uratowania od upadku i zagłady jedynego na ziemiach polskich tego rodzaju zdrojowiska.

Frekwencye w naszych zdrojowiskach:

W Ciechocinku	do	25.	sierpnia	osób	8,285,
» Iwoniczu	»	15.	»	»	4,432,
» Krynicy	»	28.	»	»	7,681,
» Rabce	»	21.	»	»	2.908,
w Rymanowie	do	23.	sierpnia	osób	2,185,
» Szczawnicy	»	12.	»	»	3,134,
» Truskawcu	»	16.	»	»	3,089,
» Zakopanem	»	21.	»	»	9,039.

Warszawa. Cesarz rosyjski zatwierdził uchwałę Rady ministrów, oddającej szpitale warszawskie w zarząd magistratu warszawskiego.

Z różnych stron. Niemiecki centralny komitet dla badania raka wezwał rosyjską radę zdrowia do utworzenia narodowego komitetu dla badań nad rakiem. Powołano w tej sprawie komisyę, na której czele stanął Podwyssocki.

— VI międzynarodowa konferencya o gruźlicy odbędzie się w Wiedniu między 19. a 21. września b. r. pod przewodnictwem min. Burgeois z Paryża. Prezesami austryackiego komitetu organizacyjnego są Radcy Dworu Schrötter i Weichselbaum.

V międzynarodowy kongres ginekologiczny, który miał się w r. b. odbyć w Petersburgu został odłożony, a komitet organizacyjny zaproponował wybranie na kongres innego miasta.

Mianowani: Dr Hirsch profesorem chorób dzieci w Getyndze, Dr Heine prof. okulistyki w Kilu, Dr Barabacher prof. okulistyki w Charkowie, Dr Stecl prof. chorób wewnętrznych w Manchester, Dr Dreyer prof. patologii ogólnej w Oxfordzie, Dr Sellheim prof. położnictwa w Tybindze.

Zmarli: Prof. Hildebrandt w Berlinie.

Redakcya otrzymała. Dr. St. Łagowski: Co to jest gruźlica (suchoty) i jak się od niej chronić należy. Warszawa 1907. — Dr Ign. Schaitter: O ospie i szczepieniu. Kilka uwag z powodu epidemii ospy w Wiedniu. Kraków 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. dr Stanisław Dobrowolski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Arhovin (wyrób firmy: Dr Horowitz, Berlin) poleca dr Ernst R. W. Frank w Berlinie (»Berl. klin. Wochenschrift«, 1906, Nr 31), wskazując na to, że wewnętrzne leczenie trypra ma pewne granice, poza któremi żaden, choćby najdzielniejszy środek, nie może rozwinąć działania. Składa się na to z jednej strony budowa błony śluzowej cewki utrudniająca dotarcie do zaułków leków w moczu rozpuszczonych, z drugiej strony mała wartość lecznicza środków balsamicznych. Doświadczenia, które z polecenia dra F. przeprowadził dr Heilmann — Pittsburg wykazują, iż arhovina nadaje moczowi prawidłowemu własność słabego powstrzymywania rozwoju paciorkowców i gronkowców, a w szczególności dwoinek tryprowych. Szczegół ostatni traci atoli tyle na wartości, że wynik doświadczenia nie zawsze idzie równolegle ze spostrzeżeniami w praktyce, a ponadto uwzględnić należy, że dwoinki są wogóle bardzo czułe, tak, iż rozwój ich cierpi już po polaniu hodowli jałowym moczem. Potwierdzając podwyższenie kwasoty moczu pod wpływem arhoviny, stwierdzoną już przez innych autorów, dopatruje się F. w tem niekorzystnego wpływu na rozwój dwoinek. Z tego wynika jednak, że arhovina, podobnie jak wszelkie inne środki, nie czyni leczenia miejscowego zbytecznem. Do zabicia dwoinek uważa F. przetwory srebra, szczególnie albarginę, za niezbędne, a w arhovinie widzi doskonały środek pomocniczy, łagodzący podrażnienie i bole przy sprawach zapalnych dróg moczowych, — przewyższający pod tym względem działanie środków balsamicznych. Brak działania ujemnego arhoviny na przewód pokarmowy i nerki stawia środek ten wyżej od wszelkich, nawet najlepszych środków balsamicznych. O miejscowem stosowaniu arhoviny nie wyraża F. swego zdania dla braku doświadczenia, wspomina jednak o wynikach, jakie uzyskał Piorkowski stosując czystą arhovinę, jakoteż 2—3% rozczyn w oliwie. *Hr.*



Rok XLVI. Kraków, dnia 28 września 1907. Nr 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O t. zw. wyroślach gruczołowatych w jamie nosogardłowej na podstawie przeszło 1000 dokonanych operacyi.

Napisał

Dr Jan Sędziak (Warszawa).

(Rzecz wygłoszona na X. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w dniu 23. lipca 1907 r.)

Szanowni Panowie! Jeżeli zabieram po raz trzeci głos w sprawie t. zw. wyrośli gruczołowatych w jamie nosogardłowej, a właściwiej przerostu migdałka gardłowego czyli Luschki — cierpienia tak doskonale między innymi u nas opracowanego przez ś. p. Wróblewskiego, oraz Dmochowskiego, ostatnio zaś przez Gradeniga z Turynu (1901), to czynię to tylko ze względu na niezwykłą ważność sprawy. Mam mianowicie zamiar, opierając się na bardzo znacznym materyale własnym (blizko 2000 wogóle przypadków tego cierpienia), zwłaszcza operacyjnym (przeszło 1000 przyp.), zwrócić uwagę Sz. Panów na pewne szczegóły, aczkolwiek niezupełnie nowe, to jednakże może nie dość jeszcze uwzględniane, jak na to zasługują ze względu na swoją niezmierną doniosłość praktyczną, tem więcej, że od epokowej pracy Meyera z Kopenhagi (1873) ojca wyrośli gruczołowatych upływa lat 35, a więc okres dostateczny czasu do wyrobienia sobie jasnego pojęcia na istotę tej sprawy chorobowej, oraz na jej stosunek do ogólnych zaburzeń ustroju.

Wiadomem jest powszechnie, jak częstem jest to cierpienie: na ogólną cyfrę przeszło 21,000 chorych, zasięgających mojej porady w lecznicy, jakoteż w prywatnej praktyce w ciągu lat 17 mam zanotowanych 1995 przyp. mniej lub więcej znacznych wyrośli gruczołowatych w jamie nosogardłowej, co stanowi 9,5%. Kafemann, oraz Cohn podają mniej więcej analogiczne cyfry (7,8%, oraz 9%), Wróblewski u nas nieco mniejsze (7%), oraz Gradenigo u uczącej się młodzieży 5%, wreszcie Schmiegelow podaje 5% znaczniejszych, oraz 13% mniejszych przerostów migdałka gardłowego, zaś Gradenigo na podstawie zebranych u różnych autorów statystyk 10—20%. Odnośnie do wieku cyfry moje przedstawiają się w sposób następujący:

do 5.	roku	życia	było	235	przypadków
od 5. do 10.	»	»	»	626	»
od 10. do 20.	»	»	»	1,001	»
od 20. do 30.	»	»	»	84	»
od 30. do 40.	»	»	»	42	»
powyżej 40.	»	»	»	7	»
Razem				1,995	przypadków,

wreszcie ... czyli że cierpienie to najczęściej zdarza się między 10. a 20. rokiem, oraz 5. i 10., następnie zaś poniżej 5. roku życia, po 20. natomiast, a zwłaszcza 40. rokiem cierpienie to zdarza się wyjątkowo tylko (7 przyp. na 1,995). Cyfry moje mniej więcej zgadzają się z podanemi ostatniemi czasy przez Spragua z Ameryki, natomiast Kafemann spostrzegał to cierpienie najczęściej między 6. a 10. rokiem życia.

Najmłodsza z moich pacyentek z wyroślami gruczołowatemi liczyła 3 miesiące; dowodziłoby to wrodzonego charakteru cierpienia. Casabianca, który świeżo (1905) obrał sobie za przedmiot do rozprawy inauguracyjnej wyrośle gruczołowate u oseskόw, dowodzi, że zdarzają się one często, utrudniając oddechanie i ssanie, oraz powodując u nich częste ropienia uszne ze skłonnością do zajęcia wyrostka sutkowego, oraz przejściem na opony mózgowe (*meningitis*).

Co się tyczy płci, to pod tym względem nie udało mi się stwierdzić różnic wybitnych, zaledwie małoznacząca nadwyżka była po stronie męzkiej (1,015 na 980 kobiet).

Etyologia. Gradenigo zwraca uwagę na częstość występowania wyrośli gruczołowatych u dzieci, u których rodziców istniały cierpienia ogólne, jakoto gruźlica lub przymiot; natomiast autor ten nie uznaje związku przyczynowego między wyroślami gruczołowatemi z jednej, a zołzami z drugiej strony, z czem znowu ja się nie zgadzam. W większości moich przypadków zarówno rodzice, jakoteż i osobniki, dotknięte wyroślami gruczołowatemi przedstawiały typowe objawy zołzów.

Odnośnie do dziedziczności wykazały moje specyalnie w tym kierunku przeprowadzone badania: obecność wyrośli gruczołowatych u jednego, lub obojga rodziców w przyp. 32, u 2 rodzeństwa 126, u 3 — 28, a wreszcie u 4 — 12 razy.

Cierpienia zakaźne ostre zdają się wpływać na powstawanie tego cierpienia, tak przynajmniej możnaby sądzić z danych odnośnych Spragua, który spostrzegał występowanie wyrośli gruczołowatych 5 razy po błonicy i płonicy, 7 po odrze, wreszcie raz po przyusznicy (*parotitis epidemica*). Klimat nadmorski ma wpływać też ujemnie według Körnera na powstawanie wyrośli gruczołowatych; związek tych ostatnich z obrzękiem śluzakowym (*myxoedema*), jak to mianowicie utrzymuje Kertague, nie jest dowiedziony, natomiast z gruźlicą stwierdzony został niezbicie przez odnośne badania anatomo-patologiczne Suchaneka, Lermoyeza, a u nas Dmochowskiego.

Przechodzę obecnie do krytycznego zestawienia objawów, zarówno miejscowych, jakoteż i ogólnych zależnych od obecności wyrośli gruczołowatych w jamie noso-

gardłowej. Do tych ostatnich według Gradenigo należą przedewszystkiem zaburzenia ogólne, zależne od niedostatecznego utlenienia krwi *(hypoxyhaemia)* wskutek oddechania z ustami otwartemi; tu należą więc słaby rozwój fizyczny — wogóle mniej lub więcej nędzny stan ogólny, który się szybko poprawia po usunięciu przyczyny t. j. wyrośli gruczołowatych, jak to było n. p. w przyp. Castexa i Malherbea, a co i ja niejednokrotnie u swoich chorych miałem możność stwierdzić, oraz niepojętność umysłowa t. zw. *aprosexia nasalis* t. j. niezdolność skupienia uwagi na dany przedmiot, na co po raz pierwszy zwrócił uwagę Guy z Amsterdamu; ten ostatni objaw niezwykle często spostrzegałem u swoich chorych, zwłaszcza uczącej się młodzieży i z powodzeniem operowałem: mianowicie na 1,995 przyp. 864 razy, co stanowi przeszło 43%, w tem typowych idyotów 21. Karutz podaje o wiele większy odsetek, mianowicie 70%. Brühl z Berlina specyalnie zajmując się badaniem idyotów znalazł w 75% wyrośle gruczołowate. Tu też według niektórych autorów (Major, Ziem), należy zaliczyć cały szereg t. zw. nerwic zwrotnych, jako to nocne strachanie się *(pavor nocturnus)*, moczenie mimowolne *(enuresis nocturnae)*, dychawica i t. d. związane n. p. według Gradenigoa z niedostateczną hematozą *(hypoxyhaemia)*.

Ważną jest rzeczą, na co niedawno zwrócił uwagę Sprague, a co i ja na podstawie własnego doświadczenia mogę potwierdzić, że wiele z t. zw. gorączek skrytych, zagadkowych u dzieci małych (poniżej lat 8) zależy prawdopodobnie od spraw zapalnych ostrych przerosłego migdałka gardłowego.

Do pewnego stopnia w związku z poprzednimi znajdują się objawy miejscowe zależne od niedostatecznej ilości wdechanego przez usta powietrza, warunkowane również niedrożnością nosa; a więc przedewszystkiem należą tu: niedorozwój górnej szczęki, oraz klatki piersiowej i kręgosłupa, jak to mianowicie wykazali Koerner i Waldow, oraz Arbuthnotlane, wreszcie Ziem, *facies adenoidea, leptoprosopia* t. zw. wązka wysoka twarz (Siebenmann).

Niedrożność nosa, oraz oddechanie ustami, co ma miejsce według Spragua w 50%, sprowadzają też nieżyty dróg oddechowych wskutek drażniących własności wdechanego powietrza, oraz zwiększenie i zatrzymywanie się wydzieliny w jamie nosogardłowej. Najczęściej, gdyż w 702 na 1,995 przyp. spostrzegałem przerost jednoczesny muszel nosowych przeważnie dolnych, oraz migdałków podniebiennych wzgl. językowego (570 razy), wreszcie granulacyę na tylnej ścianie gardzieli. Jednem słowem, jak to widzimy bardzo często mamy do czynienia z zajęciem t. j. przerostem całego t. zw. pierścienia chłonnego gardłowego Waldeyera. (Dok. nąst.)

O jadzie błoniczym.

Przez

Dra R. Nitscha.

(Dokończenie).

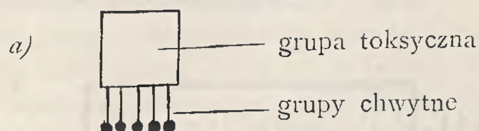
Na tem jednakże nie koniec. Bordet nie zgadza się ani z zapatrywaniem Ehrlicha na tę sprawę, ani ze zdaniem Arrheniusa i Madsena. Tak jak Arrhenius i Madsen nie uznaje on obecności toksonów, ale nie uznaje też i ważności prawa Guldberga i Waagego dla połączenia jadu błoniczego z antytoksyną. Zdaniem Bordeta składa się każda drobina jadu błoniczego z jednej grupy toksycznej i z kilku co najmniej grup chwytnych. Jeżeli zatem do pewnej ilości jadu błoniczego dodamy pewną ilość antytoksyny niedostateczną do zupełnego zobojętnienia, to owa antytoksyna łączy się ze wszystkiemi drobinami toksyn, ale tylko z 1 lub n. p. 2 jej grupami chwytnemi, w miarę ilości antytoksyny. Tak więc w mieszaninie będzie cała ilość toksyny zobojętnioną, ale tylko częściowo, bo w każdej jej drobinie pozostaną jeszcze niezajęte grupy chwytne. Takie częściowo zobojętnione toksyny wywierają na ustrój zmienione działanie, przypisywane przez Ehrlicha toksonom. Wynika z tego, że według Bordeta połączenia toksyny z antytoksyną mogą być bardzo różne, że nie łączą się one z sobą w stałych i niezmiennych proporcyach (jak to przypuszcza Ehrlich), t. j. tak, że n. p. ilość T toksyn łączyć się może tylko i wyłącznie z ilością A antytoksyny (TA). Według Bordeta toksyna łączyć się może z antytoksyną w bardzo różnych stosunkach n. p. TA^1, TA^2, TA^3, TA^4, TA^5. Każde z tych połączeń będzie miało inne własności, zależnie od ilości antytoksyny w jego skład wchodzącej. N. p. połączenia TA^1, TA^2, zawierające najmniej antytoksyny, mogą mieć jeszcze wyraźnie toksyczne działanie, ale już zmodyfikowane, nie takie, jak czysta toksyna (T) (Ehrlichowskie toksony). Połączenia zaś TA^4, TA^5 mogą nie okazywać już ani śladu toksycznego działania, ponieważ zawierają najwięcej antytoksyny.

Przypomnijmy sobie raz jeszcze ów ogólnie znany objaw, o którym już powyżej obszerniej mówiono, a który też nazywają czasem »objawem Ehrlicha«. Jest to zjawisko, że $L_+ - L_0 > 1$ D. L. Przypatrzmy się, jak każda z trzech teoryj, o których dotąd była mowa, tłomaczy ten objaw. Ehrlich, który twierdzi, że połączenie toksyny z antytoksyną może być tylko jedno, zmuszony jest przyjąć dla wytłomaczenia go obecność toksonów. Arrhenius i Madsen twierdzą, że już w dawce L_0 (jadu) + 1 A. E. surowicy znajduje się pewna maleńka ilość toksyny zupełnie wolnej (niezwiązanej) obok takiejże ilości antytoksyny. Jeżeli potem do takiej mieszaniny dodaje się dalej jadu, aż do granicy L_+, to jad ten będzie ciągle wiązał się z ową wolną minimalną ilością antytoksyny, ciągle się na nowo wytwarzającą. Wskutek tego do osiągnienia granicy L_+ trzeba będzie dodać znacznie więcej jadu, niż 1 D. L. Wreszcie Bordet, który twierdzi, że toksyna łączy się z antytoksyną w bardzo różnych kombinacyach, ale że nigdy w połączeniu takiem nie ma wolnej toksyny, utrzymuje, iż dawka L_0 jadu + 1 A. E. surowicy, jest przykładem takiego związku jadu z antytoksyną, który jest dla zwierząt zupełnie nieszkodliwy, ale też i żadnego działania antytoksycznego nie wywiera. Jeżeli potem do takiego związku dodajemy dalej wolnego jadu aż do granicy L_+, to jad ten nie pozostanie wolnym obok tego związku, ale musi wejść w połączenie z całą jego ilością, wytwarzając nowe coraz bardziej toksyczne związki, w miarę coraz większej ilości dodawanego jadu. Wreszcie zwierzę padnie, otrzymamy dawkę L_+. Ale nie będzie to wcale dowód (według Bordeta) istnienia wolnej 1 D. L. jadu, tylko dowód tego, że otrzymany obecnie związek antytoksyny z jadem, działa już tak toksycznie na zwierzę, że w tem działaniu = dzia-

łaniu 1 D. L. wolnego jadu. Oczywiście, że w tych warunkach różnica $L_+ - L_0$ może być bardzo łatwo większą, niż 1 D. L.

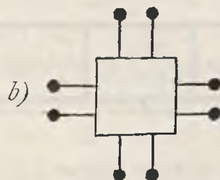
Niepodobna tutaj dłużej zajmować się tą sprawą. Celem skończenia z poglądem Bordeta nadmienimy tylko, że widzi on dla swojej teoryi dość liczne analogie w nauce o odporności i na nie się powołuje. Należy tu n. p. zjawisko, zbadane dokładnie przez Eisenberga i Volka, że bakterye łączyć się mogą z bardzo różnemi ilościami aglutynin; lub zjawisko przez samego Bordeta stwierdzone, że aleksyna łączy się z bardzo różnemi ilościami antyaleksyny. Jeżelibyśmy chcieli przedstawić sobie budowę drobiny jadu błoniczego według zapatrywań Bordeta, to musielibyśmy jej dać taki kształt:

a)



lub taki n. p.:

b)



lub wreszcie taki n. p.:

c)

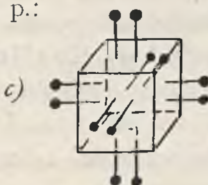


Fig. 8. Budowa toksyn według pojęć Bordeta.

Zapatrywanie zupełnie podobne do teoryi Bordeta ogłosił też niezależnie od niego Swellengrebel. Także inni badacze przyjmują dla innych jadów podobne połączenia.

Gdy według zdania Ehrlicha, Arrheniusa i Madsena i Bordeta toksyny oddziałują na antytoksyny na wzór odczynów chemicznych, to w ostatnich latach pojawiło się jeszcze inne zapatrywanie, a mianowicie że tutaj zachodzi zjawisko nie tyle chemiczne. co fizyczne, a mianowicie zjawisko t. zw. adsorpcyi. Przechodzimy temsamem do omówienia czwartej teoryi, zajmującej się połączeniem toksyn z antytoksynami, teoryi, którą możnaby nazwać kolloidalną, a której najpoważniejszym przedstawicielem jest może Nernst. Początek takiemu pojmowaniu dał Bordet jeszcze w r. 1899, przyrównując działanie toksyn na antytoksyny do działania różnych barwików na włókna roślinne. Potem wielu autorów zwracało uwagę na liczne analogie, jakie istnieją między zjawiskami odporności, właściwościami toksyn i antytoksyn, a zjawiskami adsorpcyi i własnościami kolloidów nieorganicznych i organicznych. Dzisiaj zaś nie może już ulegać wątpliwości to zapatrywanie, że tak toksyny, jak i antyksony należą do kolloidów, a zatem, że i w działaniu wzajemnem na siebie stosują się do praw rządzących kolloidami. W działaniu zaś kolloidów na siebie odgrywają zjawiska adsorbcyi wielką rolę. Są to zjawiska bardzo rozpowszechnione w przyrodzie; rozumiemy przez nie sprawy, w których następuje połączenie dwóch ciał, które chemicznie albo wcale na siebie oddziaływać nie mogą, albo tylko w nieznacznym stopniu. Za przykład takiej adsorpcyi służyć może działanie węgla zwierzęcego na barwiki. Adsorbcya tem łatwiej może się odbywać, im większą jest powierzchnia, którą się dwa ciała z sobą stykają. Dla adsorbcyi ciał w rozczynie będących przez ciała w zawiesinie pozostające, n. p. węgiel zwierzęcy, jedwab, lub jakiś kolloid, n. p. $Al(OH)_3$ znaleziono empirycznie wzór $\frac{C_1^x}{C_2} = K$. C_1 oznacza koncentracyę ciała, zadsorbowanego z rozczynu, C_2 koncentracyę ciała, pozostałego w rozczynie, (nie uległego adsorbcyi) x jest to współczynnik większy niż 1, i różny dla każdego odczynu, a K jest to t. zw. współczynnik adsorbcyi. Można też odczyn ten przedstawić w postaci linii krzywej. Jeżeli na osi rzędnych znaczyć będziemy ilość ciała zadsorbowanego, na osi odciętych ilość ciała, nie uległego adsorbcyi, to taka krzywa będzie zawsze wklęsłą wobec osi odciętych. Znaczy to, że adsorbcya z początku odczynu jest najsilniejsza, a potem coraz bardziej maleje. Otóż i odczyny między toksynami i antytoksynami mają według tych praw przebiegać. Przemawia za tem przedewszystkiem to, że jak już wspomniano tak toksyny, jak i antytoksyny mają tak wiele wspólnych cech z kolloidami, że muszą być uważane same za kolloidy. Do tych cech należy n. p. trudność przesączania i dyfuzyi przez pergamin, (choć nie zawsze: n. p. toksyna błonicza przesącza się bardzo dobrze), własności optyczne ich rozczynów, zachowanie się ich w obec elektrolitów i wobec prądu stałego, ich zachowanie się wobec kolloidów organicznych i nieorganicznych.

Z tych też powodów uważać trzeba, że sprawa łączenia się toksyn z antytoksynami, nie jest wyłącznie sprawą chemiczną ale w pierwszym rzędzie zjawiskiem adsorbcyi. Za tem przemawiają nadto jeszcze trzy okoliczności: A mianowicie pierwsze to, że wytwór odczynu toksyny z antytoksyną jest odwracalny tylko przez krótki czas po zmieszaniu tych ciał z sobą. A takie zmniejszanie się z czasem odwracalności odczynu zdarza się właśnie i specyalnie co do kolloidów dość często. Tak n. p. staje się strąt białka z rozczynów przez wyskok i przez sole, pomału nieodwracalnym. Tak samo też i strąt białka przez zagotowanie można w krótki czas potem przez oziębienie na nowo rozpuścić, poźniej już nie.

Po drugie stwierdzili Arrhenius i Madsen, że współczynniki równowagi czyli dyssocyacyi odczynu toksyn z antytoksynami z czasem dla tychsamych przetworów się zmieniają. (Owo K = 0,004—0,03, o którem była mowa). I w tem wyraża się charakter kolloidalny obu tych ciał, okazujących zjawiska starzenia się (Hysteresis) tak powszechne u kolloidów. A istotną przyczyną tego jest ogromna powierzchnia ich cząstek, łatwo się zmieniająca.

Po trzecie wreszcie, i to jest bardzo ważny objaw, zależy równowaga, powstająca po zmieszaniu pewnych części toksyn z antytoksynami od tego, czy zmieszanie to nastąpiło odrazu, czy też w pewnych odstępach czasu. Zjawisko to spostrzegł na jadzie błoniczym przed kilku laty Danysz, a potem v. Dungern. Nazywa się ono też objawem Danysza albo objawem Danysza i Dungerna. Polega

ono na tem, że jeżeli do pewnej ilości antytoksyny błoniczej dodamy pewnej wystarczającej ilości toksyny, to mieszanina ta będzie zupełnie zobojętniona i nie wywrze na zwierzęta żadnych trujących działań. Jeżeli zaś do tej samej ilości antytoksyny dodamy tylko n. p. $^3/_4$ pierwotnej ilości jadu, a potem po 24 godz. dalszą $^1/_4$ jadu, to mieszanina taka wywrze wyraźne trujące działanie na ustrój świnki. Znaczy to, że toksyna, dodana odrazu, została zupełnie zobojętniona, a dodana w dwóch porcyach nie została zobojętniona. Otóż o odczynach w systemach jednolitych (homogene Systeme) nie są znane podobne fakta. Natomiast zdarzają się dość często w odczynach kolloidów i zgadzają się z przyjęciem zjawisk adsorbcyjnych czyli powierzchniowych dla tych systemów. Albowiem, jeśli stosunki powierzchniowe jakiegoś kolloidu wskutek dodania pewnej substancyi zmieniły się do pewnego stopnia, to następny dodatek tej samej substancyi napotka tam już mniej lub więcej zmienione owe powierzchniowe stosunki i nie może tak działać na cząsteczki kolloidu, jakby zadziałało dodanie całej ilości owej substancyi do niezmienionego kolloidu.

Tak zatem i objaw Danysza przemawia za tem, że w odczynach toksyny i antytoksyny błoniczej mamy do czynienia z reakcyami kolloidów, ze zjawiskami działań powierzchniowych, adsorbcyjnych, zatem ze zjawiskami przedewszystkiem fizycznemi.

Objaw Danysza był oczywiście także przedmiotem badania zwolenników trzech teoryj chemicznych, powyżej omówionych. Tłómaczą oni go każdy na swój sposób i każdy zgodnie ze swoją teoryą. Posłuchajmy, co oni kolejno o nim mówią.

Szkoła Ehrlichowska utrzymuje, że objaw Danysza jest dowodem istnienia epitoksonoidów (v. Dungern). Epitoksonoidy zostały przyjęte przez tę szkołę właśnie wskutek poznania objawu Danysza. Przedtem szkoła Ehrlicha nic o epitoksonoidach nie wspominała. Jak wiadomo, są to składniki jadu błoniczego, nie mające żadnych trujących własności i mające najsłabsze powinowactwo do antytoksyny ze wszystkich składników jadu. Dlatego też pomija się je we wszystkich pomiarach siły surowicy lub jadu; nie są one wcale uwzględnione w dawce L_0 lub L_+ dlatego, że obecność ich niczem się nie objawia z powodu ich zupełnej nieszkodliwości. I trzeba było dopiero odkrycia objawu Danysza, aby stwierdzić ich obecność. Przyjąwszy obecność epitoksonoidów, szkoła Ehrlicha już łatwo tłómaczy powyższy objaw. Jeżeli bowiem n. p. do 1 A. E. surowicy dodamy L_0 jadu, to mieszanina ta będzie, jak wiemy, zupełnie nieszkodliwa dla zwierząt szczepionych. W dawce L_0 jadu pozostaną wprawdzie wolne dość znaczne ilości epitoksonoidu, ale ponieważ jest on zupełnie nieszkodliwy dla zwierząt, zatem i mieszanina powyższa będzie zupełnie nieszkodliwa.

Dodajmy jednak do tej samej ilości surowicy 1 A. E. naprzód $^1/_2$ L_0, a po upływie 24 godzin drugie $^1/_2$ L_0 jadu, to otrzymamy wybitne trujące działanie na zwierzę. Będzie to skutkiem tego, że z pierwszą dawką $^1/_2$ L_0 dodaliśmy też połowę epitoksonoidów istniejących w dawce L_0. Ponieważ mają one powinowactwo do antytoksyny (chociaż słabe), więc połączą się z nią i połączenie to będzie miało czas w przeciągu 24 godzin utrwalić się tak, że dodatek drugiej $^1/_2$ L_0 już nie zdoła rozerwać tego połączenia epitoksonoidów z antytoksyną. Wskutek tego oczywiście pewna część toksyn właściwych z drugiej $^1/_2$ L_0 nie napotka już wolnej antytoksyny, z którą mogłaby się połączyć i ta część toksyn wywrze na zwierzę działanie szkodliwe.

Sprawę tę możnaby bardzo dobrze przedstawić schematycznie tak:

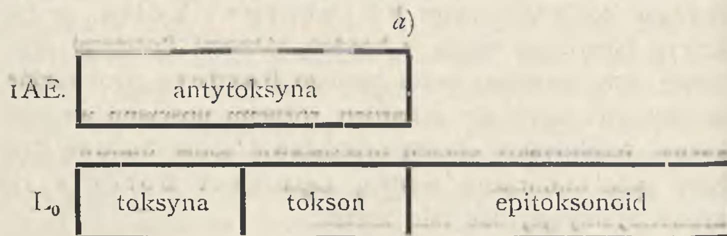


Fig. 9 *a*) dodatek całej ilości jadu odrazu.

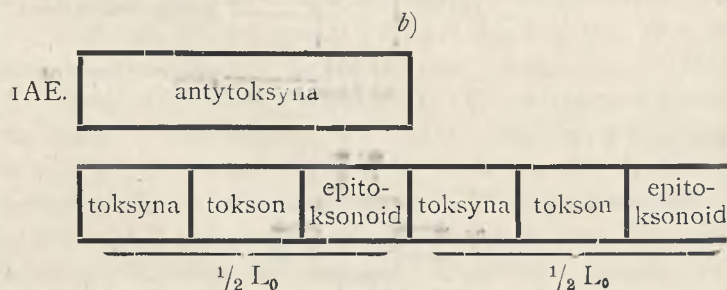


Fig. 9 *b*) dodatek jadu w 2 porcyach.

w *b*) cała toksyna i cały tokson drugiej $^1/_2$ L_0 pozostają wolne, mogą zatem działać toksycznie.

Tak zatem według szkoły Ehrlicha jest objaw Danysza nietylko dowodem istnienia epitoksonoidów, ale nadto dowodem słuszności zapatrywań Ehrlicha, mianowicie dowodem nieodwracalności odczynu (nawet między epitoksonoidami i antytoksyną).

Według zapatrywań Ehrlicha ilość epitoksonoidów w jadzie błoniczym może być bardzo znaczna (obacz widmo).

Przeciwnicy zaś poglądów Ehrlicha widzą właśnie w konieczności przyjęcia epitoksonoidów słabą stronę tej teoryi.

Arrhenius i Madsen poświęcili zbadaniu objawu Danysza jedną specyalną pracę. Badali ten objaw nie na jadzie błoniczym, ale na tetanolizynie i antytetanolizynie. Utrzymują oni, że jeżeli się tetanolizynę dodaje w 2 porcyach do antytetanolizyny, to pomiędzy wolną antytetanolizyną, a połączeniem, powstałem po dodaniu pierwszej porcyi tetanolizyny następują wtórne odczyny i że te następowe odczyny wiążą znaczne ilości wolnej antytetanolizyny. Wskutek tego dodatek drugiej porcyi tetanolizyny musi wywrzeć trujące działanie.

Podobnie ma się rzecz, według Arrheniusa i Madsena, także i w jadzie błoniczym.

Dla teoryi Bordeta nie przedstawia objaw Danysza żadnych trudności. Jeżeli bowiem toksyna łączyć się może z antytoksyną w bardzo różnych kombinacyach, to po dodaniu L_0 do 1AE surowicy utworzy się jakieś połączenie taksamo, jak po dodaniu $^1/_2 L_0$ do 1AE surowicy. Oczywiście związek, powstały w drugim przypadku, będzie inny, aniżeli w pierwszym, ale tak w jednym, jak i w drugim przypadku będzie cała ilość surowicy związana z jadem. Oczywiście więc, jeżeli potem dodamy drugą połowę L_0 do surowicy, to ta druga połowa jadu nie napotka tam już

wcale surowicy wolnej, ale związek surowicy z jadem. A jest rzeczą naturalną, że działanie jadu na czystą surowicę musi być inne, niż działanie jadu na połączenie surowicy z jadem. Nic zatem dziwnego, że dodatek jadu w 2 porcyach może wywołać działanie toksyczne, gdy dodatek całej ilości jadu na raz jest nieszkodliwy.

Jak widzimy, zwolennicy każdej z 4 teoryi na swój sposób objaw Danysza tłómaczą i wszyscy uważają swoje tłómaczenie za dobre.

Wróćmy znowu do teoryi kolloidalnej. Była już mowa o tem, że z połączenia toksyny z antytoksyną da się uzyskać nanowo jad w stanie wolnym tylko przez krótki czas po zmieszaniu obu substancyi. Po upływie pewnego czasu (różnego dla różnych jadów) nie można już toksyny z połączenia takiego w wolnym stanie uzyskać. Znaczy to, że te odczyny stają się pomału nieodwracalne. Fakt ten, który zgadza się z teoryą Ehrlicha i Bordeta a jedynie teoryi Arrheniusa sprawia poważne trudności, fakt ten (jak to już zaznaczono), uważają zwolennicy teoryi kolloidalnej jako jeden z głównych dowodów na korzyść tej teoryi. Starali się oni prócz tego uzyskać jady zadsorbowane przez nieorganiczne kolloidy napowrót w wolnym stanie. To znaczy badali, czy związek kolloidów z toksynami jest odwracalny. Przekonali się, że również nie. Na tej podstawie przypuszczają, że jady owe zostają po zadsorbowaniu rozłożone, zniszczone i twierdzą, że działanie toksyn na antytoksyny składa się z dwóch okresów. W pierwszym zostaje toksyna przez antytoksynę zadsorbowana (zjawisko fizyczne), w drugim zaś okresie zostaje ona rozłożona czyli przestaje istnieć jako taka (zjawisko chemiczne).

Według zapatrywań Nernsta, ktory jest może najpoważniejszym przedstawicielem tej teoryi adsorbcyi, możnaby działanie toksyny na antytoksynę porównać (jeśli wolno porównywać tak skomplikowane sprawy, jak odczyny toksyn z antytoksynami — z względnie prostemi) z działaniem delikatnie sproszkowanej platyny na H_2O_2. W tym wypadku powstaje, według wszelkiego prawdopodobieństwa, naprzód zgęszczenie, kondenzacya H_2O_2 na powierzchni platyny (zjawisko fizyczne), a potem szybki względnie rozkład owej skondenzowanej wody utlenionej, który to rozkład właśnie wskutek owej kondenzacyi na powierzchni platyny szybko postępuje (odczyn chemiczny).

To byłby w krótkim zarysie obecny stan nauki o budowie jadu błoniczego i o działaniu jego na antytoksynę. Jak widzimy, sprawa daleką jest jeszcze od ostatecznego rozstrzygnięcia. Nawał prac i gorączkowa dyskusya, jaka się w tej sprawie toczyła jeszcze przed 3—4 laty, obecnie znacznie ucichły. Obecnie rzadko pojawiają się prace w tej sprawie. Jestto zjawisko powtarzające się bardzo często w nauce i będzie ono prawdopodobnie połączone z korzyścią dla samej sprawy. W ten sposób bowiem uspokoją się do pewnego stopnia wzajemne rozdrażnienia i nerwowość w tej sprawie, która wymaga przedewszystkiem zupełnie spokojnego i przedmiotowego rozpatrywania. Być może, że nowi pracownicy wezmą się do tego i korzystając z materyału, nagromadzonego przez poprzedników, zbliżą się znowu więcej do prawdy.

Oceny i sprawozdania.

Kaufmann Eduard Prof. **Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie.** Berlin, 1907.

Nakładem Reimera w Berlinie pojawiło się świeżo 4-te wydanie znanego już z poprzednich wydań podręcznika Kaufmanna, co uwalnia nas od obszerniejszego sprawozdania. Możliwa zwięzłość obok wielkiego bogactwa treści, wielka dokładność i ścisłość w opisach zmian chorobowych, obszerne uwzględnianie zagadnień patologii ogólnej i zjawisk klinicznych, obfitość rysunków objaśniających tekst cechują i to wydanie narówni z poprzednimi. W porównaniu z wydaniami poprzednimi w tem wydaniu znajdujemy znaczne rozszerzenie wielu działów, gruntowną przeróbkę działów innych, często drobne bardzo jednak dla treści korzystne uzupełnienia; liczba rysunków prawie wyłącznie oryginalnych wzrosła w tem wydaniu o 55 nowych i doszła już do liczby 683. Na każdym kroku uderza czytającego prawdziwie głęboka znajomość przedmiotu autora i tak wielka dokładność opisów poszczególnych zmian anatomicznych, że mimowoli odnosi się wrażenie, iż autor opisywał te zmiany wprost z odpowiednimi okazami w ręku. Ta dokładność opisów, obfitość nagromadzonego materyału, wreszcie uwzględnianie zjawisk klinicznych bardzo korzystnie wyróżniają podręcznik Kaufmanna z pośród wszystkich innych podobnych wydawnictw; stąd też podręcznik ten jest wprost nieocenionym nietylko dla uczących się, lecz także dla każdego lekarza, zwłaszcza zaś zmuszonego mieć od czasu do czasu do czynienia z sekcyami; nawet specyalista anatomo-patolog znajdzie w tym podręczniku niejednokrotnie rozstrzygnięcie swych wątpliwości. Podnieść również należy w podręczniku Kaufmanna bardzo obszerne uwzględnianie dotyczącego piśmiennictwa i to do najnowszych czasów, przyczem w przeciwieństwie do innych autorów niemieckich czytającego przyjemnie uderzać musi uwzględnianie piśmiennictwa ogólno-europejskiego, a nawet częste przytaczanie nazwisk polskich autorów. Jedyny zarzut, jaki możnaby zrobić podręcznikowi Kaufmanna, mógłby być ten, że pewna część rysunków jest przedstawiona zanadto schematycznie, zwłaszcza zaś już stanowczo tablica z bakteryami powinnaby zostać zastąpiona przez mikrofotogramy; uderza tutaj również zupełny brak rysunków kolorowanych. *Gliński.*

Piśmiennictwo bieżące.

Pedyatrya.

A. Calmette. **Zapobieganie gruźlicy u dzieci zapomocą poszukiwania odczynu ocznego tuberkuliny.** *(Clinique,* Nr 33, 1907). Doniosłość omawianego odczynu polega na tem, że pozwala w sposób ściśle naukowy zorganizować ochronę przed gruźlicą w rodzinach i zbiorowiskach ludzkich (szkoły, więzienia i t. d.). Odczyn ten jest dalej nieocenionym środkiem dla ostatecznego rozstrzygnięcia sprawy dziedziczności gruźlicy. Obecnie już kilku lekarzy zajmuje się tą sprawą we Francyi i badają noworodki i matki w klinikach położniczych. Dotychczasowe doświadczenia nie są jeszcze bardzo liczne, ale jak dotąd nigdy odczynu tego nie stwierdzono u noworodka, podczas gdy równocześnie matki gruźlicze dawały odczyn dodatni. Jeśli się fakt ten utrzyma, będzie można wnioskować — jak to dla bydła rogatego (krowy, woły) stwierdził Bing i Nocard, — że dziecko nigdy nie rodzi się gruźlicze, z wyjątkiem tych nadzwyczaj rzadkich przypadków wrodzonej gruźlicy, gdzie zakażenie płodu następuje wprost od nasienia lub jajka. Że zakażenie po urodzeniu się jest wyłącznie możliwem, będzie można udowodnić, jeśli ponawiając w pewnych odstępach czasu próby, stwierdzi się chwilę, w której zaczyna zjawiać się odczyn. W 24 godzin po wprowadzeniu do żył zwierzęcia żywych prątków już odczyn jest wyraźny. Zwierzęta chociaż mają w organizmie zmiany gruźlicze, ale uleczone, nie dają odczynu. To samo twierdzą niektórzy klinicyści o ludziach (Latulle). Zapomocą tego odczynu da się też rozstrzygnąć znaczenie »mleka krów gruźliczych«. Jak wiadomo głosi Behring, że »gruźlica płuc ludzi dorosłych jest prawie wyłącznie objawem późnym zakażenia jelit, którego się człowiek napytał w wieku dziecięcym, i to zakażenia spowodowanego spożywaniem mleka pochodzącego od gruźliczych krów«. Jest jasnem, że jeśli u dziecka, którego rodzice i inni członkowie rodziny są napewno wolni od gruźlicy, a które się chowa na krowiem mleku, w wieku od 3

do 6 miesięcy zjawi się odczyn tuberkuliny, że ono najprawdopodobniej zakaziło się mlekiem chorej krowy. Nie trudno pojąć, jak ogólnie doniosłego znaczenia są spostrzeżenia tego rodzaju. Jeśli się pokaże, że zakażenie drogą mleka jest tylko możliwe, dozorowanie stajen i stad krowich będzie miało ważne znaczenie nietylko dla rolnictwa, ale hygieny publicznej. Jeśli zaś się pokaże, że dziecko wyłącznie od rodziców, względnie swego otoczenia może się zarazić gruźlicą, to problem o dwoistości gruźlicy bydlęcej i ludzkiej, głoszony przez Roberta Kocha (na Kongresie londyńskim w r. 1901) będzie odrazu rozwiązany.

Na podstawie swojego doświadczenia zapewnia autor, że wszystkie jednostki, które dziś uważamy za skłonne do gruźlicy, są na pewno gruźlicze. Bo dziś skłonnemi do gruźlicy nazywamy dzieci blade, chude, o szarej cerze z powiększonymi migdałkami, obrzękłymi gruczołami szyjnymi, karkowymi — a wszystkie one okazują odczyn tuberkulinowy. *Stahr.*

J. Comby. **Odczyn oczny tuberkuliny u dzieci.** (*Presse médicale.* Nr 64, 1907). Z powodu, że zwykły rozczyn tuberkuliny w stosunku 1 : 100 polecony przez Calmettea wywołał w dwu przypadkach odczyn miejscowy, objawy ostrego ropnego zapalenia spojówki, które trwały 8 dni, zaleca autor rozczyn dla dzieci 1 : 200. I takiego rozczynu używał sam u 132 chorych dzieci, z nadzwyczaj dobrym skutkiem. Autor wyróżnia kilka stopni tego odczynu: 1) odczyn lekki, czasem ledwo spostrzegalny, a widoczny dopiero przy porównaniu z okiem zdrowem, 2) odczyn umiarkowany, widoczny z odległości. Zaczerwienienie obejmuje nietylko mięska łzowe, ale także całą gałkę. Oko robi wrażenie jakby dotknięte lekkiem ostrem zapaleniem spojówki i 3) odczyn gwałtowny przebiegający wśród ostrego nastrzykania spojówkowego, znacznego obrzęku powiek, gromadzenia się ropy w worku spojówkowym. Dziecko nie otwiera oka i robi wrażenie, jakby cierpiało na ropne zapalenie spojówki. Rozczyn $^1/_{200}$ nie wywoływał nigdy odczynu gwałtownego, a nawet w tych 2 przypadkach, gdzie rozczyn $^1/_{100}$ dał odczyn gwałtowny, później na drugie oko zastosowany rozczyn $^1/_{200}$ wywołał wyraźny, ale tylko umiarkowany odczyn. Odczyn oczny raz przebyty nie uodpornia przeciw odczynowi następowemu, a nawet świeżo przebyty odczyn na wstrzyknięcie tuberkuliny podskórne także nie uodpornia przeciw odczynowi ocznemu. Odczyn oczny należy wywoływać na oku zupełnie zdrowem, a właściwie powinny oba oczy być zdrowe, aby mieć możność porównania. Innego przeciwwskazania do odczynu tuberkuliny nie ma. Na swych 132 doświadczeń miał autor 62 razy wynik dodatni, 70 razy odczynu nie było. Z pierwszej grupy (62) miał autor dotąd 4 razy sposobność dokonać sekcyi, w wszystkich 4 przypadkach stwierdził gruźlicę. Z 6 dzieci drugiej grupy zmarłych ani jedno na sekcyi nie okazywało najmniejszego śladu gruźlicy. Na tej podstawie autor gorąco zaleca ten odczyn, jako pewny, praktyczny i nieszkodliwy. *Stahr.*

Chirurgia.

Wenglowski. **O podstawie anatomicznej zabiegów przy przepuklinach pachwinowych.** (*Arch. f. klin. Chir.*, 83, I.). Z badań na zwłokach i spostrzeżeń przy operacyach wynika, że w przeważnej części przypadków za przyczynę przepuklin pachwinowych trzeba uważać wadliwe ułożenie mięśni brzusznych: skośnego wewnętrznego i poprzecznego. Mięśnie te w dolnym brzegu ze sobą zrośnięte, przebiegają w prawidłowych warunkach ponad kanałem pachwinowym łukowato i przyczepiając się do wzgórka kości łonowej, ograniczają wraz z więzadłem Pouparta otwór półowalny, który wskutek tego przy skurczu mięśni ulega zaciśnięciu. W warunkach nieprawidłowych natomiast dolny brzeg tych mięśni przebiega poziomo do brzegu mięśni prostych i ogranicza otwór trójkątny. Zabiegi dla usunięcia przepuklin powinny zmierzać do przywrócenia stosunków prawidłowych, oszczędzając przy tem jaknajstaranniej powrózek nasienny ze wszystkimi przydatkami. Żaden ze stosowanych obecnie zabiegów tego jednak nie uwzględnia, stąd nawroty przepuklin i fatalne skutki dla części rodnych, z pewnością występujące wcześniej, niż się sądzić zwykło. W. podaje swój sposób: Zwykłem cięciem dochodzi do worka, oddziela tylko jego szyjkę i zwykle nie otwierając go zakłada szew kapciuchowy, poczem obydwa końce szwu przeprowadza przez ścianę brzuszną, zaginając przez to worek ku górze i szew związuje. W przypadkach mniej więcej prawidłowego przebiegu mięśni, przyszywa dolny ich brzeg do więzadła Pouparta, w nieprawidłowych zaś, nacina je wzdłuż mięśni prostych brzucha, rozluźnia wachlarzowato, ściąga ku dołowi i przyszywa do wzgórka kości łonowej, stwarzając tym sposobem stosunki prawie prawidłowe. Czas leczenia przy tym sposobie operowania skraca się, nawrotów lub niekorzystnych następstw operacyi w żadnym przypadku (około 100) nie stwierdzono. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Hesse. **Postępowanie przy przepuklinach dotkniętych zgorzelą.** (*Beitr. z. klin. Chir.*, 82, 1). Na podstawie międzynarodowej statystyki i własnych spostrzeżeń dochodzi H. do wniosku, że za jedynie uzasadnione postępowanie przy przepuklinach dotkniętych zgorzelą należy uważać pierwotną wydatną resekcyę jelita; utworzenie odbytu sztucznego zaś z żadnych względów nie może być uważane za zabieg, ocalający życie. Jedynie przy objawach otrzewnych należy odstąpić od tej zasady. Zgorzel uwięzionej pętli następuje już zwykle od 1—2 dni, stąd próby odprowadzania, nawet stosunkowo wcześnie, wpływają niekorzystnie na wyniki operacyjne. Zgodnie z Hofmeistrem radzi H. usuwać odcinek jelita 7 razy dłuższy od pętli uwięźniętej, bo nawet po odcięciu 100—150 ctm. jelita żadnej szkody chory nie ponosi. Makowiec po zabiegu należy do przeszłości, natomiast w ten sam dzień podaje H. obfite pożywienie płynne, by chory, zwykle wygłodzony, przyszedł prędzej do sił, i stara się o obfite wypróżnienia. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Meissner. **Moczowód w przepuklinie pachwinowej.** (*Beitr. z. klin. Chir.*, 54, III). Przypadek ten dotyczył przepukliny wrodzonej u dziecka; wskutek utrudnionego rozpoznania odcięto część moczowodu, czego następstwem był naciek krocza, zakażenie i śmierć. Sekcya stwierdziła, że obydwa moczowody były silnie wydłużone, rozszerzone i pokręcone, miedniczki nerkowe natomiast tylko nieznacznie rozszerzone przy równoczesnej marskości nerek, nadto znaleziono zwężenie moczowodów przy ujściu do pęcherza. Objawy zaburzeń w oddawaniu moczu występowały już w 1. roku życia, zwłaszcza przy stosowaniu paska przepuklinowego. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Borszéky. **Zwężenia bliznowate jelita po przepuklinach uwięźniętych.** (*Beitr. z. klin. Chir.*, 54, 2). Zwężenia jelita po przepuklinie występują najczęściej w tych przypadkach, w których próbowano lub dokonano gwałtownego odprowadzenia. B. przytacza ciekawe spostrzeżenie, w którem po zamknięciu się przetoki kałowej i wystąpieniu objawów niedrożności jelit po pewnym czasie stwierdzono przy operacyi zwężenie bliznowate pętli jelita zupełnie wolnej i odczepionej od ściany brzusznej. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Busse. **O powstawaniu zwężeń gruźliczych jelita.** (*Arch. f. klin. Chir.*, 1907, 83, I.). Schloffer wywoływał zwężenia okrężne jelita, znosząc krążenie w naczyniach krezki. Podobnież powiększone gruczoły krezkowe mogą zacieśniać naczynia, wskutek czego odpowiednia część jelita obumiera. Blizny więc jelita powstają nietylko po owrzodzeniach w samej ścianie jelita, lecz także po zaczopowaniu lub zaciśnięciu światła naczyń, podobnie jak przy zacieśniającem kiłowem zapaleniu tętnic. Twierdzenie Wietinga o przebiegu gruźlicy podśluzowo bez owrzodzeń, nie da się utrzymać, ponieważ w głębi blizny można stwierdzić reszki komórek nabłonkowych, co świadczy o przebytem owrzodzeniu. W wytwarzaniu się jednak zwężenia oprócz ściągania się blizny główną rolę odgrywają mięśnie okrężne jelita, które wskutek przerwania mięśni podłużnych, nie znajdują należytego oparcia i kurcząc się, wpuklają ścianę do światła na granicy obumarłej części jelita. *Dr Kasprzyk* (Berlin.)

Hartmann. **Chirurgiczne postacie gruźlicy kiszki ślepej.** (*Revue de Chir.*, 1907, Nr 2). Postać jelitowo-otrzewna, występująca pod postacią owrzodzeń kiszki ślepej, ropienia i objawów zapalnych, objawia się klinicznie w sposób ostry i przebiega szybko. Stolce są częste, wodniste, niekiedy krwawe, napady bolów podobnie jak przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, często dają powód do mylnego rozpoznawania zapalenia wyrostka; w razie zaś wytworzenia się przetok, które mogą powstać w najrozmaitszych okolicach i przebijać do najrozmaitszych narządów, nasuwają się trudności odróżnienia przetok gruźliczych od przetok na tle innych schorzeń. 2) Postać przerostowa, o przebiegu znacznie powolniejszym i łagodniejszym, objawia się klinicznie zaburzeniami w trawieniu, brakiem apetytu, słabymi bolami i nieprzyjemnem uczuciem w okolicy kątnicy, oraz pojawieniem się równoczesnem guza w tej okolicy lub nieco wyżej. Bez szybszych postępów sprawa rozwija się miesiącam, wywołując zwolna wychudnienie i coraz częstsze objawy lekkiej niedrożności jelit. Taki przebieg może trwać 2—3 lat. Postać tę pomieniać można z nowotworami, atoli nowotwory przebiegają zwykle szybciej, objawy zwężenia występują gwałtowniej, w końcu guz nowotworowy nie zachowuje zwykle kształtu kiszki ślepej. Po zabiegach operacyjnych wynosi śmiertelność 12%, niekiedy zaś, gdy gruzełki występują tylko na błonie surowiczej bez zajęcia śluzówki, sama laparotomia próbna może przyczynić się do wygojenia. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Berndt. **W sprawie operacyi raka odbytnicy.** (*Mnch. med. Wochs.*, 1907, Nr 30). Główne niebezpieczeństwa operacyi polegają na zgorzeli kiszki i na zakażeniu jamy brzusznej i rany. B. zamyka najpierw odbyt szwem, potem prowadzi cięcie na lewym brzegu kości ogonowej aż do kiszki i ranę tamponuje. Od strony jamy brzusznej uwalnia odbytnicę i otrzewnę zaszywa szczelnie, wyciągnąwszy odbytnicę do cięcia krzyżowego. Dopiero skoro kiszka ulegnie wraz z nowotworem zgorzeli, usuwa ją, a górną uwolnioną część przymocowuje w odbycie. *Klęsk.*

Delore i Chalier. **Rak odbytu i odbytnicy.** (*Revue de Chir.*, 1907, Nr 2). Na podstawie 19 przypadków własnych, dochodzą D. i Ch. do wniosku, że przy raku odbytnicy najwłaściwszym zabiegiem, tak pod względem łatwości wykonania, jak i łagodności, jest amputacya drogą kroczną. Śmiertelność obliczają na 10%, a więc znacznie mniej, niż przy sposobie Kraskego lub kroczno-brzusznym. Wyjątek stanowią tylko raki, usadowione bardzo wysoko. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Winselmann. **Doświadczenia z praktyki co do zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Wien. klin. Runds.*, 1907, Nr 24 i 25). Wnioski W. są następujące: 1) Schorzenie i obciążenie zołzowe i gruźlicze grają wśród przyczyn zapaleń wyrostka najgłówniejszą rolę. 2) Usposobienie do powstania zapalenia wyrostka polega na mniejszej odporności błony śluzowej jelita, jako następstwa wymienionych powyżej nieprawidłowości ustrojowych. 3) Ciężarne zapadają uderzająco rzadko na zapalenie wyrostka. 4) Ropniak opłucny i zgorzel płuc w wieku dziecięcym po stronie prawej są często ostatecznem zejściem ukrytego zapalenia wyrostka robaczkowego. 5) Przy pozornie pierwotnych ropniach wątroby pamiętać należy o możliwości powstania ich po ukrytem zapaleniu wyrostka robaczkowego. 6) Ostra gorączkowa niedrożność jelit ma w wieku dziecięcym zawsze powód w ukrytem zapaleniu wyrostka. 7) W ostrych przypadkach zapalenia wyrostka rozstrzyga zachowanie się otrzewnej, kiedy należy operować. 8) Rozległe ropnoposokowate zapalenie otrzewnej należy uważać za duży ropień o licznych zaułkach i wedle tego postępować. Lekarz praktyczny może i musi posiąść technikę zwyczajnego otwarcia jamy brzusznej. 9) Przeciwzołzowe leczenie przebytych przypadków zapalenia wyrostka obok prostego sposobu życia wiedzie często do zupełnego stałego wyleczenia.
B. Żmigród (Rymanów).

Haist. **Wczesny zabieg przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Beitr. z. kl. Chir.*, 1907, T. 54, Z. 3). Porównując liczne statystyki zapaleń wyrostka robaczkowatego, oblicza H. śmiertelność przy wczesnym zabiegu chirurgicznym na 4·3%, przy leczeniu wyczekującem na 9%. Taką samą śmiertelność wykazuje statystyka, zestawiona przez H. z oddziału Hofmeistra, oparta na 186 przypadkach, z których 53 przypada na zapalenia świeże (w tych 33 *append. destructiva*). Na podstawie tych spostrzeżeń dochodzi H. do następujących wniosków: Jeżeli w ciągu doby nie ustępują objawy zapalne, wskazany jest zabieg operacyjny, przy nieotorbionem zapaleniu otrzewnej jak najwcześniej. Operacya wczesna (w okresie pierwszym) jest najłatwiejsza, najmniej niebezpieczna i wywołuje najmniej powikłań. Przy wątpliwem rozpoznaniu należy wykonać laparotomię próbną. Cięcie Hofmeistra z wielu względów ma być zdaniem autora najodpowiedniejsze. W razie wystąpienia porażenia jelit wskutek zapalenia otrzewnej, lub pooperacyjnej niedrożności jelit wykonać należy enterostomię. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Schanz. **O leczeniu złamań szyjki uda.** (*Arch. f. klin. Chir.*, T. 83, Z. 1). Wiadomo, że kostnina po złamaniach szyjki kości udowej wytwarza się nieraz bardzo leniwo, a niekiedy niedostatecznie tak, że (pominąwszy już powstawanie wskutek tego stawów rzekomych), często po dostatecznem napozór zgojeniu się, skoro chory zacznie używać kończyny, nawet po roku, następuje wygięcie się szyjki o cechach biodra szpotawego (*coxa vara*). Aby więc słabą kostninę uchronić od nadmiernego ciężaru przy chodzeniu, z drugiej zaś strony przez jaknajwcześniejsze używanie kończyny zapobiedz przykrym następstwom długiego leżenia, podaje S. odpowiedni przyrząd sprężynowy, umocowany przy zwykle używanej szynie, zapomocą którego można stopniować obciążenie szyjki i ustawiać kończynę przy chodzeniu w dowolnem ułożeniu. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Bardenheuer. **W sprawie doszczętnego wczesnego wycinania zmienionego gruźliczo stawu łokciowego wogóle, a w szczególności w wieku dziecięcym.** (*Deut. Zeits. f. Chir.*, T. 85). Po wieloletnich próbach zachowawczego leczenia gruźlicy stawu łokciowego wrócił B. znowu do wycinania i to doszczętnego, jakby przy nowotworze. Nie należy tu trzymać się linii nasadowej kości, bo zboczenia i upośledzenia wzrostu kończyny górnej bywają nieznaczne. B. używa cięcia łukowatego, obejmującego wyrostek łokciowy, dozwalającego na operacyę zewnątrztorebkową. Odcinki kości spaja B. gwoździem, który wystaje potem tak, że po 8 dniach wyciągnąć go można. Kończynę ustala w gipsie. Wycięcie stosuje B. wczas i to nietylko u dorosłych, ale i u dzieci. *Klęsk.*

Franke. **Cierpienie stawu kolanowego przy grypie.** (*Deut. Zeits. f. Chir.*, T. 85). W następstwie grypy zdarza się przewlekłe zapalenie stawu kolanowego, cechujące się bólem w okolicy wewnętrznego kłykcia uda, sztywnością, bólami stawu i osłabieniem kolana, zwłaszcza przy chodzeniu po schodach. Cierpienie to uważa F. za zapalenie szpiku nasady kości. Rokowanie zwykle jest dobre, choć choroba trwa długo; zesztywnienie rzadko występuje. Leczenie to samo, co w innych przewlekłych sprawach stawowych. *Klęsk.*

Karewski. **W sprawie leczenia pęknięć czworogłowego mięśnia uda.** (*Deuts. med. Wochs.*, 1907, Nr 28). Na podstawie przypadku, w którym pęknięcia mięśnia czworogłowego wobec powikłania ze strony nerek nie operowano, lecz leczono zachowawczo, twierdzi autor, że przez odpowiedni wyciąg plastrowy można osiągnąć nawet w najcięższych przypadkach zupełnie zadawalniający wynik. *Klęsk.*

Weiss. **W sprawie zapalenia pochewek ścięgien** (*tendovaginitis crepitans*). (*Beitr. z. kl. Chir.*, 54, 2). Nastrzykując barwnymi płynami pochewki ścięgien mięśni prostujących goleni, stwierdził W., że pochewki te nie kończą się ostro na dolnej części goleni, ale zapomocą licznych drobnych szczelin łączą się z przestrzeniami między- i okołomięśniowemi w środkowej i górnej części goleni. Te stosunki tłómaczą mu liczne własne jego spostrzeżenia, w których zapalenie pochewek ścięgien ograniczało się na górne części goleni, nie przechodząc w dół z powodu zaciśnięcia pochewek przez więzadła okrężne i krzyżowe; przypadki takie opisywano jako zapalenie okołomięśniowe (*perimyositis crepitans*). *Dr Kasprzyk* (Berlin).

XII. Wiec Izb lekarskich austryackich.

W dniach 19-go i 20-go września b. r. odbył się w Opawie XII. wiec Izb lekarskich austryackich przy współudziale delegatów prawie wszystkich Izb lekarskich. Po zagajeniu wiecu przez przewodniczącego dra Ruhenstrotha powitali obecnych: prezydent krajowego rządu br. Heinold imieniem rządu i burmistrz dr Rochowański imieniem miasta Opawy. Kilka serdecznych słów poświęcił przewodniczący pamięci zmarłego dra Franciszka Brennera, który jako długoletni prezydent Izby lek. morawskiej, jak też jako przewodniczący Wydziału wykonawczego Izb lekarskich, niespożyte położył zasługi w sprawach społeczno-lekarskich.

Na wstępie obrad odczytano sprawozdania z czynności Izby zarządzającej i Wydziału wykonawczego. Przedmiotem dalszych obrad wiecu były:

I. Sprawa zamierzonej reformy austryackiej ustawy karnej, o ile dotyczy lekarzy. Odnośny referat przedłożyła Izba lek. szląska.

Z nieznacznemi zmianami przyjął wiec wnioski w tym referacie objęte. Uchwalono:

1) § 26: »Utrata stopnia akademickiego wskutek zasądzenia za zbrodnię może tylko wtedy nastąpić, jeśli zbrodnia popełnioną została z pobudek hańbiących«.

2) § 163 uchwalono dążyć do zniesienia przepisów, w myśl których lekarz przy pojedynku obecny celem udzielenia pomocy lekarskiej podpada karze, gdyż przepisy te są w rażącej sprzeczności, tak z ustawą o przymusie zawodowym, jakoteż z zasadami ludzkości.

3) Przy § 343 o partactwie leczniczym uchwalono proponować następujące brzmienie: »Karze więzienia podlega ten, kto, nie posiadając dyplomu, uprawniającego do praktyki lekarskiej w Austryi, czy to za wynagrodzeniem, czy bez wynagrodzenia leczy jakąś osobę, wyjąwszy pierwszą pomoc w nagłych przypadkach. W razie, gdy chory ponosi szkodę większych rozmiarów ma być zastosowaną kara według § 335«.

4) §§ 356, 357 i 358 u. k. należałoby usunąć zupełnie z ustawy, albowiem stawiają one lekarzy w sposób niesprawiedliwy i poniżający pod prawa wyjątkowe, naznaczając kary za

przewinienia z braku wiedzy lekarskiej (§§ 355 i 357), oraz za zaniedbanie pacyenta (§ 358). Wnioskodawcy, a z nimi także delegaci wiecu sądzili, że §§ 336 i 431, traktujące o występku, względnie przekroczeniu przeciw bezpieczeństwu życia i zdrowia najzupełniej wystarczają, by w wypadkach wspomnianych przewinień ze strony lekarzy umożliwić postępowanie karne przeciw tymże i że dlatego §§ 356—358 są co najmniej zbyteczne. Wiec prócz tego był zdania, że z punktu widzenia teoretycznego nie powinna się ustawa karna zajmować uregulowaniem obowiązków zawodowych, a zaniedbanie jako takie tych obowiązków nie powinno podlegać postanowieniom karno-sądowym. Czy i kiedy zachodzi zaniedbanie obowiązków lekarskich, rozstrzygać powinien sąd zawodowy lekarski i ten również karę powinien wymierzać. Aby jednak zadość uczynić tym żądaniom, wypadałoby niewątpliwie zmienić obowiązującą obecnie ustawę o Izbach lekarskich.

5) § 359 u. k. nakłada na lekarzy pod zagrożeniem kary obowiązek donoszenia bezzwłocznie władzy o przypadkach choroby, obrażenie ciała, lub śmierci, w których nasuwa się podejrzenie zbrodni, lub występku. Postanowienie to jest czysto policyjnym przepisem, którego właściwem miejscem powinna być ustawa o postępowaniu karnem, a nie ustawa karna. Obowiązek donoszenia ze strony lekarzy w takich przypadkach — pomijając ogólny obowiązek donoszenia o zdradzie stanu — niema żadnej analogii z przepisami, obowiązującemi innych obywateli państwa. Jestto raczej pozostałość dawnego policyjnego ustroju państwowego. Dlatego też nowsza ustawa o postępowaniu karnem z roku 1873 nakłada jedynie na publiczne urzędy i organa obowiązek donoszenia o czynach karygodnych. Wprawdzie ustawa karna zawiera kilka postanowień, dotyczących obowiązku niektórych rzemiosł co do donoszenia n. p. kominiarzy o nieprawidłowościach ogniowo-policyjnych i t. d. pomijając już okoliczność, że takie przepisy według nowoczesnych zapatrywań raczej do ustaw policyjnych należą, to nie można ich ani w przybliżeniu porównać z postanowieniami § 359 u. k. Stosunek lekarza do pacyenta polegać musi zawsze na zaufaniu; wszak i § 498 u. k. nakłada na lekarza obowiązek zachowania tajemnicy co do osoby, udającej się pod jego opiekę. W niedającej się pogodzić sprzeczności z tym obowiązkiem pozostają przepisy § 359 u. k. zmuszające lekarza, by donosił władzy na wypadek, choćby podejrzenia, o czyn karygodny — podejrzenia, które nieraz może okazać się nieuzasadnionem, a osobę oddaną lekarzowi w opiekę narazić na skutki postępowania karnego. Dlatego więc Izb lekarskich domaga się, by § 359, o ile dotyczy lekarzy, aptekarzy i akuszerek w zupełności z nowej u. k. został wyłączony.

6) Co o powyższych przepisach powiedziano, da się zastosować także do § 349 u. k., który nakłada na lekarzy obowiązek donoszenia o źle, lub mylnie przyrządzonych lekach. Wprawdzie ustawa nie zagraża karą za zaniedbanie tego obowiązku, ale właśnie ta okoliczność najlepiej dowodzi zbyteczności tego postanowienia. Tutaj rozchodzi się również o gałęź publicznej administracyi, mianowicie o sprawy policyi sanitarnej, i rzeczą publicznych organów nadzorczych być musi czuwanie nad aptekami i sporządzaniem leków. Zupełnie jest niewłaściwem używać lekarzy, nie pełniących czynności państwowo-administracyjnych do posług czysto policyjnych. Dlatego domagać się należy skreślenia § 349 ustępu 2).

7) § 375 u. k. zagrażający lekarzowi, pełniącemu obowiązki oglądacza zwłok, karą za nieprawdziwe podanie daty zgonu, również uważać należy za chybiony i do usunięcia go dążyć. O ile bowiem rozchodzi się jedynie o przekroczenie przepisów służbowych ze strony publicznego organu zdrowia, zastosowane być winno postępowanie dyscyplinarne. Gdy atoli przekroczenie to w poszczególnym przypadku może spowodować pogrzebanie pozornie zmarłego, to postanowienia ustawy karnej o występku przeciw bezpieczeństwu życia wystarczają zupełnie do ukarania winnego lekarza.

II. W sprawie **ubezpieczenia lekarzy od wypadków** przedstawił wiecowi imieniem Wydziału wykonawczego Dr Thenen (z Wiednia) referat, zawierający dużo nowych i zajmujących szczegółów. Wiec uchwalił: *a*) polecić Izbom lekarskim, by obradom poddały projekt stworzenia własnego, wspólnego zakładu ubezpieczeń od wypadków na zasadzie wzajemnej poręki; *b*) aż do przeprowadzenia tego projektu należałoby nowe ubezpieczenia zawierać jedynie z temi Towarzystwami, które udzielają 20% opustu od taryf kartelowych; *c*) polecić lekarzom, by przy zawieraniu umów o ubezpieczenie od wypadków, główną uwagę zwracali na stałą niezdolność do pracy i aby ewentualnie zmniejszali premie za ubezpieczenie na przejściową niezdolność do pracy na korzyść premii za ubezpieczenie na wypadek stałej niezdolności; *d*) starać się o zmianę taryfy dla częściowej niezdolności do pracy; *e*) starać się o ograniczenie prawa wypowiedzenia ze strony Towarzystw, które w wypadkach spornych należałoby uczynić zawisłem od wyroku polubownego; *f*) polecić Wydziałowi wykonawczemu, by już teraz rozpoczął rokowania z temi Towarzystwami ubezp. od wypadków, które oświadczą gotowość zmiany warunków premii, a w razie przyjścia do skutku dotyczącej umowy, wystosować objaśniającą odezwę do lekarzy.

III. Na wniosek Izby lekarskiej styryjskiej uchwalono zwrócić się do rządu w sprawie **nadużyć, popełnianych przez bandażystów**, względnie fabrykantów przyrządów ortopedycznych przez ordynowanie, samoistne leczenie i t. d.

IV. W sprawie **honoraryów za badania i świadectwa lekarskie przy ubezpieczeniach na życie**, prócz znanych, kilkakrotnie na wiecach uchwalanych postanowień, powzięto jeszcze następujące uchwały: *a*) formularze świadectw zgonu i doniesień, czyli sprawozdań lekarzy domowych mają być przez Towarzystwa wprost lekarzom przesyłane; honoraryum za takie świadectwo, lub sprawozdanie ustanawia się w wysokości 6 koron; *b*) za orzeczenia przy t. zw. ubezpieczeniach ludowych (»Volksversicherung«) poleca się Izbom lek. o ile możności ustanowić jednolite honoraryum w kwocie 5 koron.

V. Uchwalono zwrócić się do rządu z prośbą, by nowoczesnym wymaganiom odpowiadająca **ordynacya lekarska** jak najrychlej **uzyskała moc ustawową**, a to na zasadzie i w myśl projektu przedłożonego Izbie posłów dnia 21. listopada 1906 r. (wniosek Izby dolno-austryackiej).

VI. Na wniosek sekcyi niemieckiej Izby lek. dla Królestwa Czeskiego zajmował się wiec sprawą, czy **podróże i objazdy lekarzy kąpielowych**, celem popierania dotyczących zdrojowisk i własnej praktyki, **nie uwłaczają godności stanu lekarskiego.** Po ożywionej dyskusyi uchwalono, że objazdy takie ze stanowiska etyki lekarskiej są dozwolone, byle przytem czyniono zadość wymogom taktu.

VII. Na wniosek Izby lekarskiej czeskiej przekazano Wydziałowi wykonawczemu sprawę **wynagradzania lekarzy za doniesienia o chorobach zakaźnych;** uchwalono w zasadzie dążyć do tego, by rząd w zamian za usługi lekarzy w tym kierunku, wypłacał instytucyom lekarskim pewną pauszalowaną kwotę na cele humanitarne.

VIII. Na wniosek Izby lekarskiej bukowińskiej przydzielono Wydziałowi wykonawczemu do rozpatrzenia i zdania sprawy na następnym wiecu sprawę **tytułów**, których lekarzom wolno używać w anonsach, ogłoszeniach, na tablicach i t. d.

IX. W poruszonej przez Izbę lekarską zachodnio-galicyjską sprawie delegatów do krajowej Rady Zdrowia uchwalono, by Wydział wykonawczy zwrócił się do rządu z prośbą o zarządzenie, któreby **Izbom lekarskim** w rzeczywistości umożliwiły **udział w pracach** i zadaniach krajowych **Rad Zdrowia.**

X. Polecono Wydziałowi wykonawazemu, by starał się o wprowadzenie **wolnego wyboru lekarzy** dla rodzin służby kolejowej przy kolejach północnej i południowej (wniosek Izby morawskiej).

XI. Uchwalono przedsięwziąć kroki, by **przymus szczepienia ospy ustawowo został zaprowadzony** (wniosek Izby czeskiej).

XII. Na następny rok administracyjny, jako **zarządzająca** wybraną została Izba lekarska **przedarulańska**, a do Wydziału wykonawczego pp.: Ewald (Wiedeń), Festenburg (Lwów), Liehmann (Berno), List (Retz), Petrina (Praga) i Schlönnicher (Grac).

Dr Schoengut.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego powziął X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie następującą uchwałę: »Uznając konieczność szybszych ulepszeń w zakresie szpitalnictwa w Galicyi, poleca Zjazd Delegacyi stałej, by na podstawie zebranych już materyałów przedłożyła Wysokiemu Sejmowi niezwłocznie odpowiedni memoryał«. Uchwała ta została właśnie wykonaną, a memoryał Delegacyi został wniesiony do Sejmu na ręce posła dra Bednarskiego. Równocześnie wniosła do Sejmu

memoryał w tej sprawie Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich, a przedtem jeszcze wniosło swój memoryał na ręce prezydyum komisyi sanitarnej (posłów A. hr. Gołuchowskiego i prof. dra Marsa), prosząc posłów krakowskich o poparcie sprawy, Towarzystwo lekarskie krakowskie. Podobne kroki uczynił już Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego. Wydział lekarski Uniwersytetu lwowsaiego, obie Izby lekarskie i Towarzystwo lekarskie lwowskie miały się także tą sprawą żywo zainteresować. *R.*

Stosunek galicyjskiego Wydziału krajowego do Izb lekarskich rażąco różni się od stosunku w innych krajach austryackich. Wydział krajowy nie odwołuje się do opinii Izb nawet w sprawach, należących do ich zakresu działania, a na podania, wnoszone do Wydziału krajowego lub do Sejmu, Izby zwykle nie otrzymują odpowiedzi. W przeciwieństwie do tego zwracają się Wydziały krajowe w innych krajach do Izb lekarskich bardzo często po opinię, czego przykłady z protokółów Izb morawskiej i styryjskiej przywodzi »Głos lek.« (18), zapowiadając dalsze podobne wiadomości na dowód, jak wyjątkowe są pod tym względem stosunki galicyjskie. *R.*

Potrzebę pragmatyki służbowej dla lekarzy okręgowych podnosi dr Mikołajski ze względu na niedawne zdarzenie, ogłoszone szczegółowo w tymże numerze »Głosu lekarzy« (18) przez b. posła sejmowego, dra Bernadzikowskiego. Dotyczy ono dra Janczego, lekarza okręgowego w Czchowie, którego Wydział krajowy w drodze dyscyplinarnej ukarał przeniesieniem na drugi koniec Galicyi, pod Zbaraż, po 12-letniej pracy. Ale dr Janczy, jak opisuje dr Bernadzikowski, naraził się przez popieranie kandydata opozycyjnego przy ostatnich wyborach, a śledztwo dyscyplinarne nie było przeprowadzone według powszechnie przyjętych norm. To też »Głos lekarzy« wyraża nadzieję, że lekarze w kraju powinni drowi Janczemu udzielić poparcia, a nadto niezwłocznie żądać wydania pragmatyki służbowej dla lekarzy okręgowych. *R.*

Skład Najwyższej Rady Zdrowia omawia ponownie dr Mikołajski (Głos lek. 18) ze względu na artykuł, pomieszczony niedawno w sprawie tej w »Przeglądzie lek.«, zauważając, między innemi, że powołanie znaczniejszej liczby lekarzy polskich do tej Rady nie przedstawia nawet przy obecnie obowiązującej ustawie sanitarnej dla rządu trudności niepokonalnych, godząc się na konieczność akcyi w celu reformy ustawy sanitarnej i podnosząc słuszność żądania, by w Radach zdrowia przynajmniej częściowo wprowadzono zasadę reprezentacyi. Wprawdzie przytem należałoby powołać do Rady zdrowia także przedstawicieli gremiów aptekarskich, Akademii weterynaryi i t. d., ale właśnie znacznie zwiększona przez to liczba członków pozwoliłaby na utworzenie ściślejszych komisyi fachowych w łonie Rady. W każdym razie potrzebną jest dalsza gruntowna nad sprawą tą dyskusya. (Przy sposobności zaznaczyć należy, że dr Mikołajski pierwszy podniósł sprawę upośledzenia Polaków w Najwyższej Radzie zdrowia, a to w »Polnische Post« 24. X. 1906 i w »Kuryerze lw.« 17. VII. 1907. *Red.*). *Z.*

Lekarzom wojskowym austryackim, według krążących pogłosek, ma być zakazaną praktyka poza osobami wojskowemi przy sposobności zamierzonej przez rząd reformy, która ma zmienić stanowisko lekarzy w hierarchii wojskowej, ich tytuły i prawa. *R.*

Urządzenie pomieszczenia lekarzy w Maryenbadzie: Towarzystwo lekarzy w Maryenbadzie uchwaliło jednogłośnie na posiedzeniu w dniu 9. września b. r. wniosek swego członka dra Alojzego Grimma, w sprawie urządzenia pomieszczenia dla lekarzy chorych, przemęczonych lub wyczerpanych, słowem ułatwienia potrzebującym leczenia lub wypoczynku kolegom pobytu w Maryenbadzie przy bardzo nieznacznych wydatkach. Uchwalono dalej powołać do życia tę instytucyę już w najbliższym sezonie w roku 1908, a za nim wybuduje się własny dom dla lekarzy, będzie się ich umieszczać tymczasowo w tych domach, które są własnością tamtejszych lekarzy. Komitet składający się z kolegów Grimma, Starka i Zörkendörfera ma się zająć wykonaniem tej uchwały i chętnie już obecnie udziela kolegom wszelkich wyjaśnień. Instytucya ta, z której korzystać mogą wszyscy lekarze z Austro-Węgier i Niemiec daje już obecnie następujące ułatwienie pobytu w Maryenbadzie: Wolne mieszkanie, bezpłatne kąpiele i zabiegi lecznicze, jakoteż uwolnienia od taksy kąpielowej. Podobnie już w sezonie r. 1908 będą wprowadzone: Zniżenie cen jadła w pierwszorzędnych restauracyach za okazaniem karty, zniżenie cen miejsc w teatrze, wolny wstęp na zabawy i koncerta klubowe. W początku sezonu rozeszle komitet szczegółowe prospekty drogą czasopism lekarskich. *Stark.*

Najstarsze pismo zawodowe w Austryi wychodzące we Wiedniu pod tytułem: »Oesterr. Aerztliche Vereins-Zeitung« straciło swego długoletniego redaktora dra Karola Kohna, przez co dalsze losy pisma są zachwiane.

O ospie i szczepieniu ogłosił dr Ignacy Schaitter, lekarz miejski w Krakowie, zajmujące uwagi z powodu epidemii ospy, panującej właśnie w Wiedniu. W formie dostępnej i barwnej roztrząsa autor znaczenie epidemii wiedeńskiej i ważne z niej wynikające wskazówki, dochodząc do wniosku, że pośredni przymus szczepienia, istniejący w Austryi, nie jest wystarczający, i że należy koniecznie domagać się wprowadzenia w Austryi bezpośredniego przymusu szczepienia, bez którego ochrona przed epidemią ospy nie może być zupełnie pewną. *R.*

W zwalczaniu gruźlicy jest pouczanie ludności o tej chorobie i o środkach ochronnych bronią niezmiernie doniosłą. To też z radością powitać należy ukazanie się z druku dziełka dra Łagowskiego: »Co to jest gruźlica i jak się od niej chronić należy«. O zaletach dziełka świadczy fakt, że zyskało ono palmę zwycięstwa na konkursie im. dra Alfreda Sokołowskiego. Ukazuje się ono jako zeszyt pierwszy wydawnictwa tegoż imienia. Cena 1 złp. = 15 kop.) wydaje się jednak jak na wydawnictwo, mające iść w najszersze sfery, jeszcze nieco za wysoka. *R.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 8. do 14. IX. 1907 urodziło się dzieci żywo 67, nieżywo 3; zmarło osób 39, (w tem z gruźlicy 8 (obcych 3), zapalenie płuc 5, płonicy 2 (1), cholerynу niemowląt 3, śmierci gwałtownej 2 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 15. do 21. IX. 1907 było przypadków: odry 5, płonicy 4, duru brzusznego 1, błonicy 2, grypy 2 † 2, róży 5. *W.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Minister oświaty zatwierdził uchwałę Wydziału lekarskiego, rozszerzającą Doc. Dr A. Wrzoskowi »veniam legendi« z zakresu lekarskiej hodegetyki.

— Magistrat urządza nareszcie 12-dniowy kurs desinfektorów, który się rozpocznie dnia 7. października pod kierunkiem lekarza miejskiego Dra Bernacińskiego. Na kurs zapisało się 10 uczestników.

— »Wielki Kraków«. Uchwała Rady miasta z 19. b. m. ma bardzo doniosłe znaczenie pod względem sanitarnym, a przyłączenie gmin podmiejskich z tego względu było już oddawna wprost konieczne. Kraków obecny jest miastem najgęściej zaludnionym w całej Austryi, gdyż na przestrzeni 6·88 klm. (wliczając błonia) mieszka 103,000 mieszkańców, obecnie rozszerzy się miasto o 28·77 klm., a przybędzie mu tylko 43,331 mieszkańców — same cyfry przemawiają za siebie. Gminy podmiejskie stanowiły i dotychczas właściwie jedno sanitarne ciało, odbijające się niekorzystnie na Krakowie pod względem statystycznem, gdyż odrębności ich w zestawieniach nie uwzględniano, asanizacyjnie zaś nic się w nich nie robiło. Uchwała Rady miasta, o ile ją Sejm zatwierdzi, uwolni przecież raz miasto od grozy ciągłych epidemii, które miały stałe siedlisko w niektórych gminach podmiejskich, a które dadzą się łatwo usunąć po ich przyłączeniu przez wprowadzenie odpowiednich urządzeń sanitarnych.

— Towarzystwo Domu Zdrowia uczącej się młodzieży polskiej w Zakopanem »Pomoc Bratnia« wydało sprawozdanie za rok 1906/7. W roku tym leczyło się w Domu Zdrowia osób 69, wyszło z wyraźnem polepszeniem i zupełną zdolnością do pracy 17·4 prc., z poprawą 20 prc., bez zmiany stanu 30 prc., z pogorszeniem 17·4 prc., zmarło 5·8 prc. Towarzystwo walczy z niezmiernemi trudnościami finansowemi pomimo, że zasługuje ze wszech miar na poparcie społeczeństwa i że się o nie skrzętnie stara; jednakże rok ostatni był dla Towarzystwa szczególnie ciężki, ponieważ wskutek obecnych stosunków krajowych młodzież warszawska prawie zupełnie nie może Towarzystwa popierać, a odwoływanie się do pomocy szerszych kół wydaje niezmiernie małe wyniki. Na początku roku 1906/7 zagrażał Towarzystwu niedobór przeszło 20,000 koron; zażegnała go jedynie niezwykła ofiarność kilku jednostek i bardzo oszczędna gospodarka, oraz — przymusowe — ograniczenia w przyjmowaniu chorych niezamożnych t. j. nie mogących za siebie nawet części

kosztów pokrywać. Nadto musiało Towarzystwo w tych warunkach nabyć dom, dotąd na sanatoryum wynajmowany, na własność; kupno to przymusowe doszło do skutku znów tylko dzięki kilku jednostkom, które za Towarzystwo nie wahały się poręczyć. Wobec tego jest rzeczą niezrozumiałą, dlaczego dotąd nie przekazano Towarzystwu dość znacznej kwoty (6,000 K) zebranej na budowę sanatoryum akademickiego w »Czytelni akademickiej« w Krakowie. Podając tę krótką wiadomość o działalności sanatoryum młodzieży, pragniemy zwrócić uwagę naszych czytelników na tę, ze wszech miar godną poparcia instytucyę.

— Minister oświaty zatwierdził następujący skład komisyi dla rygorozów lekarskich: komisarze rządowi: Dr Bielański i Prof. Ponikło, koegzamitorowie: Prof. Bujwid, Pareński, Piltz, Dr Zoll, Prof. Reiss, Pieniążek, Rutkowski.

Lwów. Prezydyum magistratu zwołało na dzień 10. września b. r. ankietę w sprawie wprowadzenia we Lwowie pożytecznej instytucyi »Kropli mleka«. Postanowiono rozpocząć od urządzenia przedewszystkiem wzorowej stajni w jednej z ubikacyi rzeźni miejskiej, mogącej pomieścić 6—8 krów zdrowych, które ma zakupić gmina m. Lwowa.

— Rada miasta Lwowa wydelegowała na kongres higienistów w Brukseli Dra Legeżyńskiego.

— Sejm krajowy uchwalił, by objąć w zarząd kraju domeny i lasy państwowe w Galicyi. Z uchwałą tą łączy się dobro Krynicy i Burkuta.

Warszawa. Magistrat miasta Warszawy otrzymał zawiadomienie, że uzyskał prawo zarządzania majątkami zakładów dobroczynności w tym samym zakresie, jak to dawniej przysługiwało radzie i naczelnikowi zakładów dobroczynnych. Magistrat przejmie na siebie wszelkie zobowiązania, ciążące na dawnej radzie. Kolegium magistratu ma być powiększone przez zaproszenie obywateli miejskich fachowców, a z dawnej rady pozostaje tylko inspektor lekarski, który będzie miał nadzór nad szpitalami. Umiastowienie zakładów dobroczynnych nastąpi d. 14. listopada b. r. Magistrat ma obmyśleć środki na pokrycie długów dawnej rady, oraz wyasygnować 200,000 rubli na cele szpitalne z funduszów, przeznaczonych na budowę rzeźni centalnej.

— Szpitale warszawskie znajdują się w bardzo przykrem położeniu pomimo, że mają być objęte w zarząd miasta. Objęcie to nastąpi bowiem dopiero w listopadzie, obecnie zaś już dostawcy upominają się o zapłacenie długów i nie kwapią się z dostawami. Położenie maluje najlepiej to, że do licytacyi na dostawę opału dla szpitali nie stanął żaden dostawca.

— Minister oświaty rosyjski przeniósł dwóch profesorów uniwersytetu warszawskiego do Odessy na czas zamknięcia uniwersytetu w Warszawie.

Z różnych stron. Rada miasta Saratowa ofiarowała przyszłemu uniwersytetowi 1,000,000 rubli na urządzenie, grunta na budowę zakładów i klinik, prawo umieszczania klinik w szpitalach miejskich i na tymczasowe urządzenie kursów uniwersyteckich 123,000 rubli.

— W Salcburgu uchwaliło zgromadzenie profesorów wyższych zakładów naukowych następującą rezolucyę: 1) przy dopuszczaniu do nauczania powinna być pozostawiona zupełna autonomia zakładom naukowym; 2) grono profesorów winno przy dopuszczeniu do docentur stawiać najwyższe wymagania, ale dopuszczać kandydatów we wszystkich dziedzinach wiedzy; nie powinno dopuszczać osób, któreby przez swoje życie lub stanowisko nie kwalifikowały się do nauczania lub samodzielnej pracy; 3) docenci i profesorowie nadzwyczajni powinni w gronie profesorów znaleść należne im stanowisko; 4) docentom i profesorom bezpłatnym należy stwarzać posady »ad personam«, a nie mogącym zarabiać udzielać pensyi i stypendyów.

— Prof. Koch powraca z Afryki, gdzie ukończył już badania nad śpiączką.

Mianowani: Dr Kwaśniewski profesorem anat. porówn. we Lwowie.

Odznaczeni: Dr Adolf Lukas we Lwowie otrzymał tytuł radcy cesarskiego.

Zmarli: Dr Henryk Mendelsburg w Krakowie; Dr Ludwik Fankanowski, jeden z najwybitniejszych lekarzy łódzkich, założyciel i dyrektor tamtejszego polskiego gimnazyum, gniazda Tow. opieki nad dziećmi i wielu innych instytucyi społecznych; Dr Bolesław Żebrowski w 30 r. ż.; Dr Karol Kohn wydawca czasopisma »Oesterr. Aerztl. Vereins-Zeitung«.

Redakcya otrzymała. Dr Oswaldo G. Cruz, director general di Saude publica: Relatio, apresentado ad ministro di justiça e negocios interiores. Rio de Janeiro 1907. — Sprawozdanie zarządu Towarzystwa Domu Zdrowia uczącej się młodzieży polskiej w Zakopanem za r. 1906/7. — Dr H. L. Kretschner (Chicago): Beitrag zur Frage der essentielen Nierenblutung. »Zts. f. Urol.« 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. dr Stanisław Dobrowolski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Arhovin, jako środek leczący wiewióra, poleca gorąco Dr D. Schwarz z Pragi (»Wien. klinisch. Rundschau« 1907, Nr 34). Środki balsamiczne nie odpowiedziały pokładanym w nich nadziejom, co najwięksi ich zwolennicy przyznać muszą. Arhovina przewyższa środki balsamiczne wskutek tego, iż nie wywiązuje szkodliwych działań ubocznych, właściwym w mniejszym lub większym stopniu wszystkim środkom balsamicznym. Przy uznaniu dużego znaczenia wewnętrznego leczenia wiewióra należy z radością stwierdzić, iż coraz to liczniejsze spostrzeżenia tak wielu autorów składają się na krytyczną, a zawsze korzystną podstawę do uznania tego środka. Wzorowo przedmiotowy ton pracy powyższej, wolny od wszelkiej przesady, zniewala do zastanowienia się nad osiągniętymi wynikami i nad wnioskami. Przy zapaleniu cewki ostrem jakoteż przewlekłem (bez nacieków) osiągnięto we wszystkich przypadkach pożądany skutek. S. poleca wewnętrznie 6—9 kapsułek dziennie, branych po jednej w ciągu dnia. W ostrych przypadkach zestawiał autor wewnętrzne leczenie arhoviną, działającą kojąco na ból i zmniejszającą wydzieliny, ze wstrzykiwaniami przetworów srebra, względnie środków ściągających. W przypadkach przewlekłych stosował równocześnie kapsułki arhovinowe wewnętrznie i 3 razy dziennie pręciki arhovinowe miejscowo, a po ustąpieniu podmiotowych objawów podrażnienia i wyjaśnieniu się moczu dodawał wskazane w danym przypadku leczenie miejscowe. Arhovina stanowi zdaniem S. postęp w stosunku do przedtem używanych środków; działa znieczulająco, zmniejsza wydzielinę, wstrzymuje rozwój gonokoków w wysokim stopniu, podnosi kwasotą moczu lub sprowadza ją, wyjaśnia mętny mocz. Zastosowany w czasie właściwym zapobiega ten środek posunięciu się sprawy chorobowej na cewkę tylną i powstaniu procesu przewlekłego. (Fabryka: Chemisches Institut Dr Horowitz — Berlin N. 24). *Hr.*

POD ZŁOTĄ GWIAZDĄ ✳ POD ZŁOTĄ GWIAZDĄ

APTEKA POD „ZŁOTĄ GWIAZDĄ“ PIOTRA MIKOLASCHA

wyrabia: **WE LWOWIE** wyrabia:

Syrup Sulfoguajakolowy i Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą.

W działalności zupełnie identyczny z Siroliną firmy Hoffmann La Roche według orzeczenia Komisyi Przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie. O 50% **tańszy od Siroliny.**

Syrup Sulfoguajakolowy kosztuje 2 K.

Syrup Sulfoguajakolowy z kolą kosztuje 2·50 K.

Wydaje się tylko na przepis lekarski.

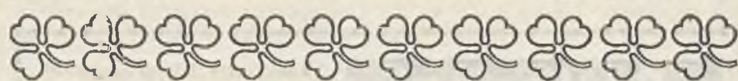
Poleca ustalonej sławy WINA LECZNICZE

przez Dra Karola Mikolascha pierwsze w Austryi w r. 1870 wprowadzone.

Wino Chinowe, Chinowo-żelaziste, Kaskarowe, Condurango, Borówkowe, Rumbarbarowe, Pepsynowe, Cola, Peptonowe, Malaga, Tokaj stary, Cognac najlepszy. 210

Zaopatrzone atestami pierwszorzędnych powag lekarskich i naukowych.

Główny skład wszystkich specyfików krajow. i zagranicznych

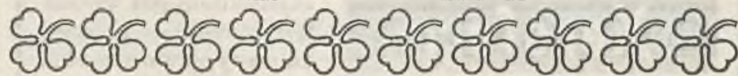


Zakład wodoleczniczy i sanatoryum

Dra B. KUPCZYKA

specyalisty chorób nerwowych 125

Kraków, ul. Szujskiego l. 11 (róg Rajskiej).



SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

Cena w Austryi 20 koron, przesyłką pocztową 21 koron. W Niemczech 20 Marek, z przesyłką pocztową 21 Marek. W Warszawie Rbs. 8.50. z przesyłką pocztową Rbs. 9.

Do nabycia w Administracyi „Przeglądu Lekarskiego“ Kraków, w Towarzystwie lekarskiem w Krakowie i Lwowie, i we wszystkich księgarniach.



LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne:

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w ¼ szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.

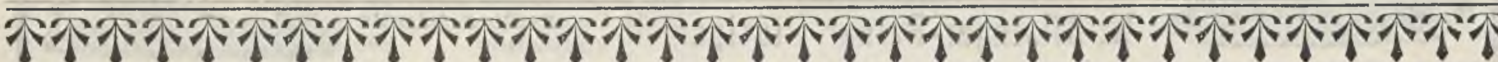




Stomachin (Cognac chinae). 208

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum“.** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podniecą i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum“ wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginał Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla **Panów Lekarzy** gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.



Rok XLVI. Kraków, dnia 5 października 1907. Nr 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Postępowanie lekarza przy ścieśnieniach miednicy [1]).

Podał

Doc. Dr Stanisław Dobrowolski.

Prowadzenie porodów przy miednicach ścieśnionych należy do zadań trudnych, wymaga ono bowiem znacznego doświadczenia, a prócz tego wymaga ciągłego uwzględniania życia dwóch osobników, z których żadnego lekceważyć nie należy.

Nierzadko zwracają się do lekarza kobiety ze ścieśnionemi miednicami już w czasie ciąży, żądając od niego określenia warunków i postępowania przy zbliżającym się porodzie. Musi on wówczas wyczerpać wszystkie sposoby badania, by stworzyć sobie, o ile możności, jak najściślejszy obraz niestosunku porodowego w danym przypadku i zastanowić się, czy też nie należy już w ciąży zastosować jakiegoś sposobu leczniczego.

Przerywanie ciąży we wczesnych jej miesiącach wyłącznie z powodu ścieśnienia miednicy, choćby bezwzględnego, dzisiaj już niema zastosowania. Natomiast jest w użyciu wywoływanie przedwczesnego porodu między 34. a 36. tygodniem trwania ciąży u wieloródek z miednicami płaskiemi, gdzie sprzężna prawdziwa nie jest mniejsza niż 7·5 cm., a z miednicami ogólnie ścieśnionemi, gdzie sprzężna nie schodzi poniżej 8 ctm. Bliższe warunki i wskazania przedwczesnego porodu będą omówione szczegółowo w części operacyjnej.

Używa się dalej już w ciąży w celu zmniejszenia niestosunku porodowego dyety, podanej przez Prochownika. Dyetę tę stosuje się w ostatnich 4—8 tygodniach ciąży, a jest ona bardzo podobna do dyety, ogólnie używanej w cukrzycy, mianowicie polega na znacznem ograniczeniu ilości płynów i zupełnem usunięciu węglowodanów. Zakazuje się picia wody, spożywania zup, ziemniaków, legumin, cukru i piwa, dozwala się zaś w małej ilości na wszelakie mięso, ryby, jaja, jarzyny zielone, sery, masło, a jako wyłączny napój wino czerwone w ilości 300—400 gramów na dobę. Chociaż statystyka wyników takiego postępowania nie jest dotychczas obszerna, zachęca jednakże do dalszych prób. Płody, rodzące się po przeprowadzeniu takiej dyety, są chude i mają miękkie kości z powodu małej ilości soli wapniowych, są jednak zresztą donoszone, a przez to mają lepsze warunki do życia pozałonowego, niż dzieci, urodzone przy porodach przedwczesnych.

Lekarz, wezwany do kobiety już rodzącej ze ścieśnioną miednicą, musi przedewszystkiem uwzględnić wszystkie dane z wywiadów, następnie przez ścisłe badanie i śledzenie porodu stworzyć sobie dokładne pojęcie o niestosunku porodowym, bo jego postępowanie w każdym przypadku powinno być osobnicze, a nie dostosowane do jakiegoś utartego szablonu, bo takiego w rzeczywistości nie ma i stworzyć się on nie da.

Nie brakło jednak w tym kierunku prób i starano się ścieśnione miednice podzielić na pewne rodzaje i stopnie w tym celu, aby do pewnych ścieśnień dostosować pewne zabiegi. I tak Litzmann podzielił ściśnienie miednicy na cztery stopnie: Pierwszy stopień stanowią miednice bezwzględnie ścieśnione, w których sprzężna prawdziwa mierzy mniej, niż 5·5 cm.; przy takich ścieśnieniach poród płodu donoszonego, nawet pomniejszonego, drogami naturalnemi jest wyłączony. Drugi stopień obejmuje miednice, w których sprzężna prawdziwa waha się pomiędzy 5·5 a 7·3 cm.; w przypadkach tych jest możliwy poród płodu donoszonego, ale pomniejszonego z narażeniem jednak matki na poważne niebezpieczeństwa. Trzeci stopień ścieśnienia tworzą miednice, których sprzężna waha się pomiędzy 7·4 a 8·25 cm.; w przypadkach takich poród płodu donoszonego żywego jest już możliwy, ale bardzo ciężki. Wreszcie czwarty stopień obejmuje miednice ze sprzężną, większą niż 8·25 cm., przy których porody zwykle przebiegają pomyślnie, tak dla matki, jak i dla dziecka.

Hegar przyjmuje podział miednic również na cztery stopnie, ale nieco odmienny. Według niego pierwszy stopień obejmuje miednice, w których sprzężna prawdziwa jest mniejsza, niż 7 cm.; poród drogami naturalnemi płodu donoszonego jest w takich przypadkach niemożliwy. Drugi stopień, to ścieśnienia o sprzężnej między 7 a 8 cm., przy których donoszony płód zwykle urodzić się nie może, ale poród przedwczesny może wydać dziecko żywe. Trzeci stopień tworzą ścieśnienia o sprzężnej między 8 a 6 cm., gdzie poród płodu donoszonego jest już możliwy, ale często napotyka na znaczne przeszkody. Wreszcie czwarty stopień o sprzężnej, większej niż 9 cm., stanowi przejście do miednic prawidłowych.

Schroeder, Olshausen i Veit przyjmują znane trzy stopnie ścieśnienia: pierwszy stopień to miednice bezwzględnie ścieśnione o sprzężnej, mniejszej niż 6·5 cm.; drugi, gdzie sprzężna przy miednicach ogólnie ścieśnionych mierzy między 6·5 a 9·5 cm., a przy płaskich między 6·5 a 9 cm.; ścieśnienia te nie wyłączają porodu płodu donoszonego, ale narażają tak matkę, jak i dziecko na poważne niebezpieczeństwa; wreszcie trzeci stopień tworzy przejście do miednic prawidłowych.

Żaden z opisanych podziałów nie został ogólnie przyjęty, bo określanie postępowania wyłącznie ze stopnia i rodzaju ścieśnienia miednicy nie może być nigdy ścisłe. Stwarzanie takich sztucznych podziałów utrudnia tylko właściwe postępowanie i naraża lekarza na częste pomyłki w rokowaniu. Nieuwzględnianie zaś żadnych sztucznych podziałów zmusza lekarza do ścisłego określenia całego niestosunku porodowego i osobniczych warunków dla danego porodu, słowem do stworzenia sobie właściwego obrazu postępowania leczniczego w każdym przypadku z osobna.

Jedynie to jest pewne, że miednice bezwzględnie ścieśnione, w których sprzężna wchodu jest mniejsza niż 6 cm.,

[1]) Wyjątek z dzieła „Nauka o położnictwie“, napisanego przez Prof. Dra H. Jordana i Doc. Dra St. Dobrowolskiego, a wydawanego przez Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Ed. Korczyńskiego.

wyłączają możność porodu płodu donoszonego drogami naturalnemi i dają bezwzględne wskazania do cięcia cesarskiego.

Przystępując do prowadzenia porodu u kobiety z miednicą ścieśnioną musimy zawsze mieć na myśli tem baczniej zasadę: »*primum non nocere*«, bo tu łatwiej zaszkodzić można, niż przy porodach prawidłowych. Długie trwanie porodu, konieczność wykonywania zabiegów operacyjnych nakazuje dbać tem więcej o czystość, zakazuje niepotrzebnego badania, bo przez nie i łatwiej zakazić rodzącą i łatwo w pierwszym okresie przebić mimowoli pęcherz płodowy, ostrzega wreszcie przed pochopnością do wszelkich zabiegów.

Niektórzy zalecają dla utrzymania tem większej czystości przestrzykiwania pochwy tak przed, jak i w początkach porodu; nie jest to konieczne, czasami zaś nawet szkodliwe, bo przestrzykiwania zmniejszają kwaśność wydzieliny w pochwie, a przez to zmniejszają sprawność tego dzielnego czynnika samoobrony ustroju przed zakażeniem.

Zresztą powinno się, zwłaszcza u pierwiastek ze ścieśnionemi miednicami, stworzyć sobie obraz niestosunku nietylko przez jednorazowe zbadanie, ale także przez śledzenie porodu, pozostawiając go siłom przyrody, a przebieg porodu dopiero wskaże, czy może się on odbyć samorodnie, czy też konieczność wymaga jakiegoś zabiegu operacyjnego. U wieloródek prócz badania i śledzenia porodu przybywa jeszcze jeden ważny czynnik rozstrzygający, a jest nim przebieg porodów dawniejszych.

Do zabiegów, jakie najczęściej wypadnie lekarzowi wykonać przy miednicach nie bezwzględnie ścieśnionych, należą: cięcie cesarskie ze wskazania względnego *(sectio caesarea)*, cięcie łonowe czyli rozcięcie spojenia łonowego *(symphyseotomia)*, cięcie przyłonowe czyli rozcięcie kości łonowej *(hebosteotomia)*, obrót zapobiegawczy *(versio prophylactica)*, kleszcze osiowe *(forceps alta)*, a wreszcie wymóżdżenie *(craniotomia)* tak płodu nieżywego, jakoteż i żywego.

Już samo zestawienie tych zabiegów wskazuje, że w jednym i tym samym przypadku ścieśnienia lekarz musi zastanowić się nie nad jednym, ale nad kilku zabiegami, z których jedne są korzystniejsze dla matki, inne znowu dla płodu. Nieraz wskutek tego staje lekarz wobec ciężkiego zadania, bo musi rozstrzygnąć i brać na siebie całą odpowiedzialność za życie i zdrowie dwóch osobników. To trudne położenie nasuwa przedewszystkiem dwa pytania: 1) czy wśród porodu tak samo należy cenić życie i zdrowie matki, jak życie i zdrowie płodu? a 2) czy bez zgody rodzącej wolno lekarzowi wykonać zabiegi. zagrażające jej do pewnego stopnia, jak cięcie cesarskie ze wskazania względnego, rozcięcie spojenia lub kości łonowej? Odpowiedzi na te pytania muszą być niezgodne dopóty, dopóki zabiegi te, wykonane nawet we właściwych warunkach, dają pewien odsetek śmiertelności lub kalectwa matek.

Najsłuszniejszem zdaje się zdanie, że w każdym razie życie matki należy wyżej cenić, niż życie płodu, jednakowoż także życia płodu lekceważyć nie należy i powinno się wyczerpać przy każdym porodzie wszelkie środki, aby to życie także uratować. W odpowiedzi na pytanie drugie trzymamy się tej zasady, że przed każdym zabiegiem, dokonywanym ze wskazania względnego, żądamy przyzwolenia rodzącej lub jej rodziny.

Przechodząc do szczegółowych wskazań każdego z wymienionych zabiegów, zalecamy na podstawie doświadczenia ogólnego i własnego: Cięcie cesarskie ze wskazania względnego tylko u tych osób, u których możliwość istniejącego zakażenia jest bezwarunkowo wyłączona, gdzie płód jest dobrze rozwinięty, donoszony i nieomdlały, a ścieśnienie miednicy znaczne tak, że przy miednicach płaskich sprzężna wchodu mierzy mniej niż 7·5 cm., przy ogólnie ścieśnionych mniej niż 8 cm. Cięcie przyłonowe (rozcięcie kości łonowej) należy wykonywać wyłącznie u wieloródek, gdyż u nich nie ma już znacznych oporów ze strony części miękkich, a więc przypuszczać można, że poród po rozcięciu kości nie natrafi na znaczniejsze przeszkody, a przez to nie nastąpią rozległe rozdarcia, które po zniesieniu oporu kostnego łatwo się przydarzają, dotycząc nietylko przewodu rodnego, ale i narządów sąsiednich, a przedewszystkiem pęcherza. Prócz tego tylko u wieloródek istnieje prawdopodobieństwo dalszego samorodnego porodu i możliwość uniknięcia kleszczy, tak łatwo obrażających po rozcięciu kości łonowej pęcherz i okolicę łechtaczki. Cięcie przyłonowe powinno się wykonywać jako operacyę pierwotną przy stanie płodu zupełnie dobrym, bo o jego życie przecież chodzi, a nie jako operacyę następową po kleszczach osiowych, gdyż wiadomo, jak często zabieg ten uszkadza główkę płodu. Cięcie przyłonowe wykonywa się najczęściej przy miednicach ogólnie ścieśnionych, przyczem jednak sprzężna wchodu nie powinna schodzić poniżej 7 cm., główka bowiem płodu donoszonego, przeprowadzona przez miednicę rozciętą, ale znaczniej ścieśnioną, uszkodzi łatwo tak części miękkie, jak i stawy krzyżowo-biodrowe. Górnej granicy ścieśnień, przy której jest dopuszczalne cięcie przyłonowe, pociągnąć nie można, gdyż nawet przy nieznacznem ścieśnieniu może zmusić lekarza do tego zabiegu, tak znaczna wielkość główki, jakoteż jej nieprawidłowe wstawianie się do wchodu. Po cięciu przyłonowem należy dalszy poród o ile możności pozostawić siłom przyrody, bo w ten sposób postępując, najłatwiej ustrzeżemy się przed poważnemi obrażeniami części miękkich.

Cięcie przyłonowe (rozcięcie kości łonowej) daje to samo rozszerzenie miednicy, co cięcie łonowe (rozcięcie spojenia łonowego), a ponieważ jest zabiegiem bezwarunkowo dla matki łagodniejszym, dlatego wyparło z użycia rozcięcie spojenia. Rozszerzenie miednicy, uzyskane po cięciu przyłonowem, bywa podobnie nie trwałe, jak po cięciu łonowem. Wskazania i warunki do cięcia łonowego są te same, jak do cięcia przyłonowego.

Za obrót zapobiegawczy nie można uważać obrotu, jakiego się musi dokonać choćby przy miednicy ścieśnionej z powodu wadliwego położenia lub ułożenia płodu, lub też z powodu wypadnięcia pępowiny, albo części drobnych. Obrotem zapobiegawczym jest obrót przy właściwem położeniu i ułożeniu płodu, dokonywany jedynie ze względu na niestosunek porodowy w najkorzystniejszych dla tego zabiegu warunkach, tam, gdzie kierując się doświadczeniem sądzimy, że główka następująca przejdzie łatwiej, niż główka przodująca. Wobec korzystnych wyników cięcia przyłonowego zabieg ten rzadko znajdzie zastosowanie i to tylko przy nieznacznym niestosunku porodowym, wyłącznie u wieloródek przy miednicy płaskiej, gdzie najważniejszym czynnikiem niestosunku będą słabe bole porodowe wskutek wyczerpania macicy i mięśni powłok przez częste poprzednie porody.

Kleszcze osiowe, jak wiadomo, nie służą wcale do pokonywania jakiegokolwiek niestosunku porodowego, bo kleszczami uzupełniamy tylko słabe lub osłabione bole porodowe. Wolno przeto tego zabiegu użyć dopiero wtedy, skoro główka już dostosuje się do zmniejszonych wymiarów miednicy i wklinuje się znacznym odcinkiem do jej wchodu.

Tak przy przeprowadzaniu główki przodującej, jakoteż i następującej, przez ścieśniony wchód miednicy pamiętać należy, że wymiar prosty wchodu przy prawidłowej ruchomości stawów miednicy nie jest wymiarem stałym, ale że przez odpowiednie ułożenie rodzącej ze zwieszoną wolno miednicą i kończynami dolnemi według Walchera da się wydłużyć o 0·9 do 1·2 cm. Ułożenie takie znakomicie przeto ułatwia przejście główki przez wchód, zwłaszcza przy miednicach płaskich i chroni czaszkę od głębokich wgniotów i złamań kości.

Wymóżdżenie płodu nieżywego przy miednicach ścieśnionych nie nasuwa żadnych wątpliwości co do swych wskazań, bo jest to we właściwych warunkach zabieg dla matki najłagodniejszy. Natomiast zachodzi pytanie, czy przy niestosunku porodowym dla życia i zdrowia matki wolno wymóżdżyć dziecko żywe. Odpowiedź musi wypaść

twierdząco, bo jakkolwiek lekarz powinien starać się zawsze o uzyskanie dziecka żywego, to przecież, jeżeli braknie warunków do wykonania jednego z wymienionych zabiegów, a operowanie w złych warunkach naraża matkę na pewne lub wielce prawdopodobne poważne niebezpieczeństwo, to lekarz powinien raczej poświęcić życie dziecka.

Te wskazania lecznicze dotyczą nietylko miednic płaskich i ogólnie ścieśnionych, lecz wszystkich rodzajów miednic ścieśnionych, gdyż układem swym zbliżają się one zawsze albo do jednego, albo też do drugiego typu.

Jedyny wyjątek stanowią miednice zmiękczałe, gdyż przy miękkości i podatności zmienionych kości istniejące ścieśnienie miednicy nie jest stałe. Część przodująca, spychana silnymi skurczami macicy, rozpycha zmiękczałe kości i przy pozornie bezwzględnem ścieśnieniu może w ten sposób rozszerzyć się przewód miednicy nawet do tego stopnia, że płód donoszony rodzi się samoistnie. Tę właściwość zmienionych kości należy przy każdym porodzie uwzględnić, a liczyć na takie zejście można wtedy, gdy kości są tak plastyczne, że ustępują pod naciskiem palca.

O t. zw. wyroślach gruczołowatych w jamie nosogardłowej na podstawie przeszło 1000 dokonanych operacyi.

Napisał

Dr Jan Sędziak (Warszawa).

(Rzecz wygłoszona na X. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w dniu 23. lipca 1907 r.)

(Dokończenie).

Niezmiernie ważnemi zaburzeniami, zależnemi od obecności wyrośli gruczołowatych w jamie nosowogardłowej wzgl. od braku, lub niedostatecznej czynności tej ostatniej, są zaburzenia uszne; nic więc dziwnego, że pierwszy kto na to cierpienie zwrócił uwagę t. j. Meyer z Kopenhagi był lekarz uszny. Sprague podaje stosunek zaburzeń usznych do wyrośli gruczołowatych na 50%, jeszcze większy odsetek podają: Cohn (52,4%), oraz Halbeis (53%), Meyer zaś, oraz Hartman przeszło na 74%.

Co się mnie tyczy, to na 1,995 przyp. wyrośli gruczołowatych spostrzegałem zajęcie uszów 1,095 razy, co stanowi blisko 55%.

Najczęściej według Gradenigo, gdyż 60—70% bywa zajęcie nieżytowe ucha środkowego, o wiele już rzadziej (19—20%) ropne, wreszcie najrzadziej bywa zajęcie ucha wewnętrznego, oraz zewnętrznego. W mojej obserwacyi stosunek był również mniej więcej podobny: na 730 przyp. zapalenia nieżytowego 325 ropne, wreszcie 30 zapaleń ucha środkowego i zewnętrznego 10.

Że przy głuchoniemocie często bardzo spotykamy się z wyroślami gruczołowatemi w jamie nosogardłowej, świadczą o tem najlepiej cyfry. I tak: Gradenigo podaje stosunek ten na 50%, Wróblewski u nas 57,5%, toż samo Paisson, Frankenberger 59,49%, wreszcie Aldrich, który podaje największy odsetek, mianowicie 73%.

Ja również we wszystkich 42 przyp. głuchoniemoty, jakie miałem możność spostrzegać, znajdowałem stale mniej lub więcej wyraźny przerost migdałka gardłowego; zdarzenia tego, zdaniem mojem, nie należy uważać za zwykłą koincydencyę: mianowicie bardzo jest prawdopodobne, że dziecko, rodząc się z wyroślami gruczołowatemi, a przypadki tego rodzaju nie należą do rzadkości, jak o tem świadczą odnośne przypadki Thosta, Fraenkela, a u nas Jaworskiego, oraz autora niniejszego komunikatu, lub nabywszy takowe w pewnych latach, utraca wskutek tego słuch, co również, jak to powyżej wspominałem, zdarza się niezmiernie często; w następstwie tego nie jest w stanie nauczyć się mówić, lub zapomina to, czego już zdążyło się nauczyć. Że to jest możliwe, najlepiej świadczy okoliczność, że acz rzadko istnieją jednakże przypadki, w których po usunięciu wyrośli gruczołowatych powrócił u dziecka słuch, a następnie i mowa. Są to mianowicie 2 przypadki Arslana, jeden Canetona, wreszcie 3 Cassiani Ingani. Ja również przed 10 laty ogłosiłem oddzielnie w »Jour. of Laryngologie« bardzo interesujący przypadek, dotyczący 5-letniego chłopca głuchoniemego od urodzenia, u którego po usunięciu wyrośli adenoidalnych stopniowo zaczęły powracać słuch i mowa. Wobec powyższego sądzę, że należy w każdym przypadku głuchoniemoty zastosować leczenie operacyjne wyrośli gruczołowatych, przyczem kto wie, czy przez wczesne operowanie tych ostatnich nie zdołamy uprzedzić występowanie ewent. głuchoniemoty.

Również i różnorodne zaburzenia oczne, jakoto łzawienie, zapalenie powiek, spojówek, bole, oraz zaburzenia wzrokowe bywają stosunkowo d. często (przyp. 66 w mojej praktyce, t. j. prawie 9%), przyczem w wielu razach po usunięciu wyrośli zaburzenia te również ustępowały, między innemi bardzo silnie wyrażony wytrzeszcz u 13-let. ucznia. Tu również należą pewne zaburzenia żołądkowe *(dyspepsia* etc., zależne od połykania wydzieliny z jamy nosogardłowej.

Wreszcie przy obecności wyrośli gruczołowatych stosunkowo często występują różnorodne zaburzenia odruchowe, czyli t. zw. nerwice zwrotne (przyp. 304 w mojej statystyce t. j. przeszło 15%). Wspominałem już, że niektórzy autorowie zaburzenia te z przeważającym charakterem odruchowym tłómaczą w inny sposób, czyniąc je mianowicie zależnemi od niedostatecznego utlenienia krwi, względnie zatrucia jej przez nagromadzony kwas węglany przy niedrożności nosa, zmuszającego do oddechania ustami, zwłaszcza podczas snu. Tak czy owak — najczęstszem zaburzeniem tego rodzaju, będącem w związku z wyroślami gruczołowatemi w jamie nosogardłowej jest mimowolne moczenie (przyp. 105 w mojej praktyce t. j. przeszło 5%); że między temi zaburzeniami oraz obecnością wyrośli gruczołowatych istnieje związek przyczynowy niewątpliwy, dowodzi fakt, że po usunięciu tych ostatnich stosunkowo często (w 13% według Grönbecka) następuje wyleczenie tego uporczywego cierpienia, co też w 12 przyp. (a więc blizko w $11^1/_2$%) miałem możność stwierdzić. Niektórzy autorowie jednakże n. p. ostatnio Lange zaprzeczają temu związkowi przyczynowemu, u nas Sokołowski również zapatruje się dość sceptycznie na wyniki po operacyach wyrośli gruczołowatych w przypadkach moczenia mimowolnego, utrzymując, zresztą słusznie, że w większości przypadków następują nawroty choroby.

Drugiem według częstości cierpieniem natury odruchowej w wielu razach zależnem też od obecności wyrośli gruczołowatych w jamie nosogardłowej jest dychawica *(astma)* (przyp. 64, t. j. 3%), z którego to cierpienia 6 moich przyp. zostały zupełnie wyleczone po operacyi wyrośli,

zaś w 16 nastąpiła większa lub mniejsza poprawa. I tu jednakże, podobnie jak i przy moczeniu mimowolnem w większości przypadków bywają niestety, po pewnym czasie nawroty cierpienia.

I padaczkę *(epilepsia)* względnie niezbyt rzadko (przyp. 45, t. j. w 2%) notowałem w mojej praktyce, przyczem niejednokrotnie (7 razy) cierpienie to ustępowało zupełnie po operacyi wyrośli, zaś w 18 była mniejsza, lub większa poprawa; tyczyło się to zwłaszcza dzieci małych, natomiast u dorosłych nie widziałem żadnego efektu od tego rękoczynu. Arslan również spostrzegał 4 przyp. wyleczenia tego cierpienia po operacyi wyrośli.

Z innych, należących do tejże kategoryi ważniejszych cierpień wymienić należy: *(anginam pectoris)* dusznicę bolesną, kurcz głośni *(laryngospasmus)*, kaszel nerwowy, zwłaszcza zaś częste nocne strachanie się *(pavor nocturnus)*, oraz bole głowy — przeważnie potyliczne, których również pokaźną ilość przypadków wyleczonych po operacyi wyrośli gruczołowatych miałem możność spostrzegać. I krwawienia nosowe *(epistaxes)*, oraz gardłowe t. zw. rzekomopłucne w wielu razach (przyp. 75 w mojej praktyce) zależą od obecności wyrośli gruczołowatych w jamie nosowogardłowej, przyczem usunięcie tych ostatnich usuwało doszczętnie ten w wysokim stopniu niepokojący chorych objaw. jako rzekomo pochodzący z płuc, których badanie jednakże nie wykazuje w tych razach absolutnie żadnych zmian.

Wreszcie i zaburzenia w mowie (t. zw. *rhinolalia clausa, todte Sprache Meyera)* bywa często następstwem niedostatecznej czynności narządów tworzenia głosu względnie jamy nosogardłowej, zależnej od obecności w tej ostatniej wyrośli gruczołowatych (612 przypadków t. j. przeszło 30%). Tu należy też jąkanie, które według Karutza, oraz Pludera niesłychanie często, mianowicie u uczącej się młodzieży, jest zależnem od obecności wyrosli (63%), a których usunięcie w wielu razach sprowadza wyleczenie (Arslan otrzymał na 11 przypadków 4 wyleczenia i 3 poprawy). Gradenigo miał 3 tego rodzaju wyleczenia. Ja również na 66 przypadków jąkania otrzymałem w 16 wyleczenie po usunięciu wyrośli. Sądzę więc, że w każdym przypadku jąkania, należy przedewszystkiem usunąć te ostatnie, jeżeli takowe istnieją, zanim się zacznie stosować specyalne metody nauczania z takiem powodzeniem u nas n. p. stosowane przez zaszczytnie na tem polu znanego specyalistę dra Ołtuszewskiego.

Obecnie wypada mi jeszcze zastanowić się krytycznie nad rozpoznawaniem oraz leczeniem wyrośli gruczołowatych, przyczem ograniczę się jedynie na kilku uwagach ogólnych, zaczerpniętych z własnego doświadczenia, gdyż szczegółowo kwestyę tę omawiałem w r. 1900 w »Gazecie lekarskiej«, dzieląc się z czytelnikami z dopiero co zdobytem na klinikach angielskich, francuskich i niemieckich doświadczeniem.

Przedewszystkiem więc zaznaczę, że badanie palcem, jako niezbyt higieniczne, połączone przytem z mniejszem, lub większem krwawieniem, oraz zniechęcającem dzieci do następnych rękoczynów operacyjnych, powinno być zarzucone, a przynajmniej ograniczone do *minimum*, tem więcej, że w większości przypadków badanie lusterkiem od tyłu *(rhinoscopia post.)* daje się nawet u najmniejszych dzieci wykonać. Tego samego zdania jest także Sprague. Co się tyczy rokowania, to należy je stawiać ostrożnie, gdyż acz rzadko, możliwe są nawroty.

Nieco już obszerniej zajmę się kwestyą leczenia operacyjnego tego cierpienia. Przedewszystkiem zaznaczę, że od dłuższego już czasu nie stosuję przy zabiegu znieczulenia ogólnego, tak chętnie n. p. w Anglii stosowanego. Stosowanie w tych razach chloroformu, bądź co bądź zawsze najlepszego ze środków ogólnie znieczulających, uważam za zupełnie zbyteczne, a nawet do pewnego stopnia szkodliwe: przynajmniej od czasu zarzucenia tej metody mam o wiele mniej powikłań, aniżeli poprzednio. Najzupełniej w tych razach wystarcza znieczulenie miejscowe w postaci kokainy, naturalnie nie u małych dzieci.

Co się tyczy techniki operacyjnej, to obecnie operuję na jednem posiedzeniu, przyczem za najlepszy instrument uważam zawsze nóż Gottsteina, lub jego odmianę (Beckmanna). Kleszczy natomiast, z których najlepsze n. p. Jurasza, obecnie zupełnie nie używam, gdyż wymagają one ogólnego znieczulenia, ponieważ kilkakrotnie je trzeba nakładać. Operowanie przez nos, t. j. metodę najdawniejszą Meyera, zarzuconą, a obecnie znowu wskrzeszoną przez Freera z Chicago, uważam za nieodpowiednie i takowego nigdy nie stosuję.

W paru słowach zastanowię się nad wynikami operacyi wyrośli gruczołowatych, o czem zresztą szczegółowo przed 10 jeszcze laty w Warsz. Tow. Lekarskiem wspominałem. Na podstawie przeszło 1000 dokonanych tego rodzaju operacyi, muszę wyznać z góry, że są one w większości przypadków bardzo pomyślne. Wyniki te dadzą się określić w następujących punktach: 1) przywrócenie drożności nosa, oraz związana z niem: 2) mniej lub więcej znaczna poprawa w stanie ogólnym, następnie, co jest niezmiernie ważne, 3) wpływ pomyślny na inteligencyę, oraz 4) na zaburzenia uszne, oraz oczne, następnie 5) ustępowanie zmian miejscowych w jamach nosowych, oraz gardle (nieżytów przerostowych i t. d.); 6) leczenie pomyślne w wielu razach nerwic odruchowych *(aprosexia nasalis, enuresis nocturna, astma, epilepsia* etc.); 7) wpływ dodatni na krwawienia t. zw. rzekomo-płucne, wreszcie 8) na zaburzenia w mowie (mowa nosowa, jąkanie).

Jakkolwiek operacya wyrośli gruczołowatych jest najzupełniej bezpieczną metodą; ja przynajmniej na przeszło 1000 dokonanych tego rodzaju zabiegów nie miałem ani jednego przypadku śmierci, to jednakże różnorodne powikłania po tej operacyi nie należą do rzadkości; do ważniejszych przedewszystkiem zaliczyć należy: krwotoki wtórne, których n. p. Barrell i Orr na 1000 przyp. spostrzegali wszystkiego 3 razy, Sprague zaś na takąż ilość raz jeden, ja natomiast znaczniejszych 4, przeważnie 4. lub 5. dnia po operacyi. Z innych powikłań spostrzegałem po razu szkarlatynę i odrę, oraz 2 razy zimnicę, zapalenie mieszkowe migdałka *(tonsillitis follicularis)* — to ostatnie względnie dość często (7 razy), ropień około migdałków *(abscessus peritonsillaris)* (2 razy), przemijające porażenia miękkiego podniebienia (4 razy), mowa nosowa, zwracanie *(regurgitatio)*, wreszcie zajęcie ucha środkowego niekiedy z zejściem w ropienie (5 razy) — Sprague 3 razy na 1000 również operowanych przypadków tego cierpienia.

Oceny i sprawozdania.

Władysław Szumowski: **Galicya pod względem medycznym za Jędrzeja Krupińskiego, pierwszego protomedyka, 1772—1783.** Lwów 1907. Nakładem Tow. dla popierania nauki polskiej. Str. 367.

Historya medycyny znajdowała i znajduje u nas zawsze zwolenników wśród ludzi, naukowo pracujących. Rzec można, że od początku dziewietnastego wieku nie ustaje u nas praca w dziedzinie tej nauki. Dość wspomnieć zasługi, jakie na tem polu badań naukowych położyli: Arnold, Gąsiorowski, Majer, Adamowicz, Oettinger, Łuczkiewicz, Kośmiński, Rothe, Żuliński i inni, aby zgodzić się na zdanie wyżej wyrażone. I obecnie nie brak nam historyków medycyny, że wymienię tylko Bielińskiego, Giedroycia, Męczkowskiego, Peszkego, Rostafińskiego, Lachsa i Bartkiewicza. Nie ulega wątpliwości, że historyą medycyny zajmowano się u nas dotąd może więcej nawet, aniżeli n. p. fizyologią.

Do grona pracowników naszych na polu historyi medycyny przybył przed laty paru Władysław Szumowski, którego dzieło świeżo wydane p. n. »Galicya pod względem medycznym i t. d.« wyróżnia się dodatnio wśród naszego piśmiennictwa historyczno-medycznego. Dzieło to świadczy wymownie, że autor jest badaczem utalentowanym, samodzielnym, sumiennym, obeznanym z metodą badań historycznych, słowem, badaczem, który ma wszelkie dane, aby stać się wybitnym historykiem medycyny.

Szumowski oparł swoje dzieło w przeważnej mierze na materyale archiwalnym, a mimo tego czyta się ono bardzo łatwo, co dowodzi literackich zdolności autora, który w barwnem przedstawieniu Galicyi pod względem medycznym za Krupińskiego, pierwszego protomedyka, umiejętnie wyzyskał materyał archiwalny, skrzętnie unikając przeładowywania tekstu wyciągami z materyału rękopiśmiennego, co tak razi nieraz w rozprawach wielu historyków medycyny. Wiele na tem artystyczna budowa całego dzieła zyskała, że autor materyał dowodowy, składający się z odpisów rozmaitych aktów rządowych, umieścił na końcu dzieła w dodatkach, obejmujących przeszło 50 stronic.

Po krótkim wstępie, w którym jest mowa o stanie medycyny w Austryi i w Polsce w trzeciej ćwierci XVIII. stulecia, przechodzi autor do szczegółowego opisu rozporządzeń rządu austryackiego, mających na celu podniesienie pod względem zdrowotnym tej części Polski, która po pierwszym rozbiorze przeszła pod panowanie austryackie i otrzymała nazwę królestwa Galicyi i Lodomeryi. Opis rzeczony stanowi część pierwszą dzieła, opartą wyłącznie niemal na materyale archiwalnym Namiestnictwa lwowskiego, oraz Ministeryów spraw wewnętrznych i oświaty w Wiedniu. W części tej, prócz historyi austryackich rozporządzeń sanitarnych dla Galicyi, znajdujemy treściwie przedstawiony stan kraju tego pod względem medycznym zaraz po przejściu pod panowanie austryackie, zanim jeszcze rząd wiedeński zaczął swoje reformy w Galicyi zaprowadzać. Jest tu mowa i o stanie zdrowotnym Lwowa i kraju, i o szpitalach, i o aptekach, i o lekarzach we Lwowie i poza Lwowem, i o lwowskim cechu cyrulickim, i o pomocy w czasie porodów, i o wydziale lekarskim w Zamościu i o zabiegach Krupińskiego w celu założenia wydziału lekarskiego we Lwowie. Wszystko, co dr Szumowski w części tej opisuje, nacechowane jest dokładną przedmiotu znajomością i umiejętnem ze źródeł korzystaniem. Z tego więc względu część ta posiada rzetelną wartość naukową, osobliwie, że autor opracował przedmiot dotychczas w naszem piśmiennictwie lekarskiem, o ile mi wiadomo, nie poruszany.

Druga część dzieła, pod względem objętości znacznie od pierwszej mniejsza, poświęcona jest głównie gruntownemu rozbiorowi pism medycznych Krupińskiego. Rozbiór to wyborny, gdyż oparty nietylko na dokładnej znajomości pism Krupińskiego, lecz także na znajomości pism medycznych innych autorów polskich XVIII. stulecia, oraz pisarzów obcych. W tej części, nie związanej zresztą zbyt ściśle z częścią pierwszą, można dopiero w całej pełni ocenić zalety autora, jako historyka medycyny.

Rozbierając pisma medyczne Krupińskiego, dr Szumowski wykazuje, iż Krupiński nie był pisarzem samodzielnym, że w książkach swoich podawał całe ustępy przełożone z autorów obcych, nie wykazując źródeł, z których je czerpał, że pisma swe bardzo niedbale wydawał; słowem, że działalność pisarska Krupińskiego wartości naukowej nie posiada. Autor tak przekonywająco pisze o tem, że trudno się z nim nie zgodzić.

Część druga dzieła dra Szumowskiego, lubo co do objętości o wiele od pierwszej mniejsza, posiada jednak, według mego zdania, jeszcze większą wartość dla historyi medycyny w Polsce, aniżeli część pierwsza. Część albowiem pierwsza, to raczej głównie historya zarządzeń sanitatnych rządu austryackiego w Galicyi, aniżeli traktat z dziejów medycyny w Polsce. Natomiast część druga, to wartościowe pismo, odnoszące się wyłącznie do historyi medycyny polskiej.

Dotychczasowi nasi historycy medycyny zbyt wiele zajmowali się życiorysami medyków polskich, a zbyt mało krytycznym pism ich rozbiorem. Pod tym względem druga część dzieła Szumowskiego wyróżnia się nader dodatnio wśród naszego piśmiennictwa historyczno-medycznego, bo trzeba się zgodzić z autorem, że z mnogich zadań historyi medycyny najważniejszym jest rozbiór i ocena pism medycznych.

Ponieważ zadanie sprawozdawcy polega nietylko na wskazaniu zalet dzieła, z którego zdaje sprawę, lecz również na wytknięciu słabszych stron, jeżeli je dostrzeże, przeto pozostaje mi jeszcze poświęcić kilka uwag z powodu niektórych zapatrywań autora, które wydają mi się niezupełnie słuszne. Atoli z góry zastrzedz się muszę, że w książce Szumowskiego nie zauważyłem żadnej usterki, któraby wysoką wartość tego dzieła wyraźnie obniżała.

Słabszą stroną pióra dra Szumowskiego wydaje mi się wygłaszanie sądu o ludziach nie w formie hypotetycznej, lecz w formie stanowczej, bez dokładnego sądów tych umotywowania. Wiem, że jest to sprawa, na którą rozmaici ludzie rozmaicie zapatrywać się mogą. Co do mnie — a w tym względzie różnię się widocznie cokolwiek z dr Szumowskim — to jestem zdania, że historyk wtedy tylko może wydawać potępiający kogoś wyrok, gdy przytoczy niezbite dowody jego winy.

W książce dra Szumowskiego zauważyłem trzy sądy, z którymi się nie zupełnie zgodzić mogę.

Na str. 10 autor pisze: »Rzecz, wymagająca zaznaczenia, że w naszej historyi medycyny, w której tak mało dotąd było usiłowań dziejowego powiązania Polski z Zachodem i w której zawsze jeszcze dominuje zbieranie materyałów, takie ważne zadanie historyi medycyny polskiej, jak wpływ Jędrzeja Śniadeckiego na Jana Müllera, dotąd leży odłogiem. Müller pisma Śniadeckiego znał i bardzo wysoko je cenił (o tem pisze Haeser t. II, str. 778, tłóm. pol.), podobieństwo obu teoryi istnieje i zależność jest bardzo prawdopodobną. U nas nie brak wprawdzie nieudowodnionych ogólników na temat, że Śniadecki jest twórcą współczesnej biologii, ale cóż z tego, kiedy niemieccy historycy i biologowie o Müllerze, jako o twórcy współczesnej biologii, piszą bardzo wiele, a Śniadeckiego prawie bez wyjątków nawet z nazwiska nie znają. To jest kapitalne zadanie naszej historyi, które się natychmiast wyłania, gdy się uzna powiązanie dziejów Polski z dziejami zachodu za potrzebne«. Nieświadomy rzeczy czytelnik mógłby z powyższych słów autora wysnuć całkiem błędne wnioski: 1) że w piśmiennictwie naszem prócz »nieudowodnionych ogólników« o wielkich Śniadeckiego zasługach dla biologii, niema żadnego poważnego rozbioru jego »Teoryi jestestw organicznych«; 2) że niemieccy historycy i biologowie dlatego Śniadeckiego nie znają nawet z nazwiska, że nasi pisarze prócz nieudowodnionych ogólników na temat, że Śniadecki jest twórcą współczesnej biologii, nie zdobyli się na krytyczny rozbiór dzieła Śniadeckiego i nie wykazali jasno, na czem polegają zasługi naszego uczonego dla biologii. A dlaczego wnioski takie byłyby mylne, postaram się zaraz dowieść. Przedewszystkiem piśmiennictwo nasze posiada sporo rozbiorów »Teoryi jestestw organicznych«, i to rozbiorów bynajmniej nie płytkich, owszem nieraz bardzo gruntownych. O teoryi Śniadeckiego pisali Kramsztyk, Łagowski, Szokalski, Wilczyński i inni. O autorach tych nie można powiedzieć, że pisali jeno ogólniki o zasługach Śniadeckiego, a tembardziej nie można tego powiedzieć o Kułakowskim, a osobliwie o Żulińskim, którego rozprawa o »Teoryi jestestw organicznych« należy, zdaniem mojem, do liczby najlepszych pism, jakie posiadamy z historyi medycyny. Żuliński w obszernej swojej rozprawie, ogłoszonej w r. 1874 w »Rocznikach Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk«, bardzo gruntownie ocenia zasługi Śniadeckiego i wykazuje nader jasno wielkie podobieństwo poglądów Liebiga i Klaudyusza Bernarda z poglądami Śniadeckiego. Skąd pochodziło to podobieństwo i jaki wpływ »Teorya jestestw organicznych« miała na ogólny rozwój biologii, to roztrząsnął Szokalski w wykładzie, mianym w roku 1884 w Poznaniu na czwartym Zjeździe Lekarzy i Przyrodników polskich.

A teraz rozpatrzmy, kto winien temu, że współcześni niemieccy historycy medycyny ani słówkiem o Śniadeckim nie wspominają.

Rzeczywiście, jestto bardzo przykrą dla nas rzeczą, że ani w książce F. Müllera (Geschichte der organischen Naturwissenschaften im neunzehnten Jahrhundert, Berlin 1902), ani w trzytomowem dziele, wydanem przez Neuburgera i Pagela (Handbuch der Geschichte der Medizin, Jena 1902—1906) niema o Śniadeckim nawet króciutkiej wzmianki. Można sobie okoliczność tę wytłómaczyć jeno w ten sposób, że autorowie, wspomniani wyżej, wprost nie chcieli o Śniadeckim pisać, lubo wiedzieć o nim musieli. Taki n. p. prof. Boruttau, który w podręczniku Neuburgera i Pagela napisał rozdział, poświęcony historyi fizyologii, musiał przedtem przeczytać przynajmniej najważniejsze dzieła fizyologiczne, a do takich należy niewątpliwie podręcznik fizyologii, napisany przez Jana Müllera. Müller w podręczniku swoim omawia obszernie dzieło Śniadeckiego, nazywając je wybornem, aczkolwiek nie we wszystkiem zgadza się ze Śniadeckim. O Śniadeckim mówi, że objaśnia on na zasadzie swojej teoryi ogólne przejawy życiowe jestestw organicznych z przedziwną prostotą i konsekwencyą. W innem znowuż piśmie swojem, które p. Boruttau powinien także znać, skoro podjął się napisania historyi fizyologii, Müller, nie skory do uniesień, pisze wprost z entuzyazmem, o »Teoryi jestestw organicznych«, mówiąc, że napisał ją Śniadecki z głębokością filozofa i ścisłością matematyka.

P. Boruttau zapewne przed napisaniem swojej historyi fizyologii przeglądał dzieła, poświęcone historyi medycyny, a przynajmniej najbardziej znane i najbardziej cenione: Haesera i Wunderlicha. W Haeserze znalazł ustęp o Śniadeckim, a w Wunderlichu zdanie, że »Teorya jestestw organicznych« jest dziełem świetnem, lecz niestety niedocenionem. »Auch hat — powiada Wunderlich — dieser gedankenvolle Autor nicht die verdiente allgemeine Anerkennung gefunden, wurde sogar von den Meisten geradezu ignorirt«. Wreszcie dowiedział się p. Boruttau z dzieła Haesera i z podręcznika Jana Müllera, że dzieło Śniadeckiego wyszło dwukrotnie w przekładzie niemieckim i raz w przekładzie francuskim. A zatem historycy medycyny niemieccy o nazwisku Śniadeckiego powinniby słyszeć, a mając możność poznania dzieła Śniadeckiego w przekładzie niemieckim lub francuskim, powinni je poznać i sąd swój o niem wydać. Jeżeli tego nie robią, to wina za to na nich głównie spada.

Na str. 36 wypowiada dr Szumowski bardzo surowy sąd o lekarzu lwowskim Włochu Luzu: »Była to snać jedna z tych awanturniczych osobistości, — mówi autor — które przyjeżdżały do Polski, by zebrać majątek«. O kilka wierszy niżej taką znajdujemy charakterystykę Luza: »Luz, cudzoziemiec, kraju nie znał i jego potrzeby mało go obchodziły, o ile nie dotykały jego kieszeni«. Wprawdzie ów Luz podał gubernatorowi Galicyi hr. Pergenowi sprawozdanie, w którem znajdują się ustępy, niezbyt dobrze o Luzu świadczące, jak n. p. następujący: »Niech nikt nie śmie — pisze Luz — w mieście ani kraju wykonywać praktyki bez pozwolenia wyznaczonego na ten cel lekarza, który ma badać dyplomy i przezornie baczyć, aby liczba lekarzy zbytnio się nie zwiększała tak, żeby każdy miał przyzwoite dochody (*honestum lucrum*) i mógł należycie podtrzymywać godność wysoce szlachetnej sztuki, której się oddaje«. Atoli tenże Luz położył pewne zasługi, lecząc bezpłatnie chorych w lwowskim szpitalu Sióstr Miłosierdzia; zasługuje zatem na złagodzenie tak surowego sądu, jaki o nim dr Szumowski wypowiedział.

Lecz autor nietylko względem Luza jest tak surowy. Nie oszczędza on bowiem i Jędrzeja Krupińskiego. W rozdziale IV. części pierwszej jest nawet ustęp zatytułowany: »Próżność jego« t. j. Krupińskiego. Dowodem zaś próżności Krupińskiego ma być między innemi rzeczami ta okoliczność, że na tytułowej karcie swoich dzieł wypisywał swoje godności, oraz że przyozdobił swoimi portretami książkę »O rozciekach i o wodzie Kozińskiej« i Tablice anatomiczne. Te okoliczności można tłómaczyć nietylko tak, jak dr Szumowski, poczytując je za objaw próżności ze strony Krupińskiego, lecz owszem można je tłómaczyć również całkiem inaczej. Dawniej był zwyczaj, że autorowie wypisywali tytuły, jakie posiadali, na naczelnej karcie swoich dzieł. Taki n. p. wielki uczony, jak Jan Müller, na tytułowej karcie swojego podręcznika fizyologii wymienił obok innych swoich tytułów tytuł kawalera orderu czerwonego orła trzeciej klasy. Z pewnością nie przypuszczał on wcale, że tytuł kawalera orderu czerwonego orła trzeciej klasy podniesie choć cokolwiek wartość wybornego jego dzieła. Zapewne wypisał on swe tytuły dlatego, że inni tak robili. Również i Krupiński mógł wypisać swe tytuły nie z powodu próżności, lecz ulegając modzie. Gdybyśmy chcieli nazywać próżnymi tych pisarzów medycznych, którzy na swych dziełach wypisują tytuły, jakie posiadają, to musielibyśmy próżnymi nazwać wszystkich niemal dawniejszych autorów. A co się tyczy portretów Krupińskiego, to niewiadomo, czy portretami swymi sam Krupiński zaopatrzył Tablice anatomiczne i książkę »O rozciekach i o wodzie Kozińskiej«, przynajmniej autor tego nie dowodzi. Na str. 191 wprawdzie autor utrzymuje, że Tablice anatomiczne wydał sam Krupiński, atoli zdanie to zmienia później, gdyż na str. 195 pisze, że akta urzędowe za życia Krupińskiego o Tablicach anatomicznych nie wspominają wcale i dopiero po śmierci Krupińskiego jest tam mowa o »miedziorytach, które mają być do dzieł Krupińskiego dodane«. Na str. 196 autor jeszcze wyraźniej podkreśla, że Tablice anatomiczne nie wyszły za życia Krupińskiego, pisząc, iż »z tekstów protokółu gubernialnego wynika, że tablice anatomiczne, które zamierzył wydać jeszcze sam Krupiński i które zaopatrzył swoim portretem, były w roku 1784 już odbite«.

A zatem wedle wszelkiego prawdopodobieństwa Tablice anatomiczne zostały wydane po śmierci Krupińskiego i wcale niewiadomo, czy sam on zaopatrywał je w swój portret, czy też kto inny, chcąc pamięć jego uczcić. — Podobne uwagi nasuwają się również co do portretu Krupińskiego w książce »O rozciekach i o wodzie Kozińskiej«. Dziełko to, lubo nosi datę wydania r. 1782, to jednak zostało wydane nie w tym roku, lecz w r. 1783, jak nas o tem całkowicie przekonywa autor na str. 281. Ponieważ zaś Krupiński umarł w kwietniu 1783, nie wiadomo więc, czy rzeczone dziełko zostało wydrukowane jeszcze za jego życia i czy sam on je przyozdobił swoim portretem.

Z umysłu rozpisałem się dość obszernie o książce dra Szumowskiego, gdyż tak poważne dzieło historyczne zasługuje bezwątpienia na rozbiór jeszcze szczegółowszy, aniżeli niniejszy, na którym jednak poprzestać muszę. *A. Wrzosek.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

M. B. Schmidt. **O durze brzusznym.** (*Centrbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anatomie*, 1907, zeszyt 15). Autor zbadał dokładnie histologicznie, częściowo zaś i bakteryologicznie 13 przypadków duru brzusznego i przytacza wyniki tych badań, ciekawe zarówno dla teoretyka anatomo-patologa, jak i dla praktyka klinicysty. Od czasów Wagnera i Hoffmanna utarło się w nauce zapatrywanie, iż powstające w toku duru brzusznego zarówno w wątrobie, jak i w nerkach, prosówkowe guzki komórkowe, są identyczne z bujaniem komórkowem w kępach Payera i w gruczołach krezkowych. Autor na podstawie swych badań przychodzi do przekonania, że pogląd ten mógłby być słusznym tylko odnośnie do ognisk komórkowych, spotykanych już prawidłowo w tkance międzyzrazikowej wątroby; czy jednak w rzeczywistości przy durze brzusznym ogniska te ulegają rozrostowi, autor na podstawie swych badań nie może twierdzić nic stanowczego, uważa jednak i ten pogląd za niepewny. Natomiast według twierdzenia autora przy durze brzusznym bardzo pospolicie spotkać można inne, usadowione w samych zrazikach wątrobnych ogniska, w których budowie komórki limfoidalne nie biorą wcale udziału lub tylko bardzo nieznaczny i które bardzo pospolicie ulegają martwicy. Zdaniem autora są to gniazda, złożone z zanikających i obumierających komórek wątrobnych i rozrosłych komórek ściennych; gniazda te następowo ulegają martwicy i wtedy wdzierają się do nich leukocyty wielojądrzaste. Jednem słowem ogniska w wątrobie, uważane przez ogół za t. zw. »lymphomata« durowe, w rzeczywistości są tylko wyrazem ogniskowego ostrego zaniku wątroby z następową martwicą i naciekiem leukocytami. Ogniska te nie mają więc nic wspólnego ze schorzeniem układu chłonnego przy durze brzusznym, mają zaś powstawać skutkiem działania jakiegoś jadu durowego. Powstawania »lymphomatów« durowych w nerkach w zbadanych przez siebie przypadkach autor nigdy nie zauważył, znowuż wbrew przyjętemu zapatrywaniu; natomiast prawie stale spotykał autor rozlane zmiany miąższu nerkowego, cechujące się głównie martwicą nabłonków w kanalikach krętych, lecz także jednocześnie i to w znacznym stopniu w cewkach prostych; wewnątrz torebek Bowmanna znajdował autor skrzepłe masy i obumarłe nabłonki. Zmiany te zdaniem autora są znowuż wynikiem działania jakiegoś rozpuszczonego jadu, nie zaś prątków durowych, których autor wogóle w nerkach nie znajdował.

W dalszym ciągu autor na podstawie swych badań stara się dowieść, że prątek durowy wytwarza w ustroju jakiś jad rozpuszczający krew, co przed kilku laty udowadniał »in vitro«

Levy. Twierdzenie to uzasadnia autor stałem znajdowaniem przy durze brzusznym w śledzionie znacznej ilości złogów hemosyderyny, obecnością w niej licznych komórek z pochłoniętemi krwinkami czerwonemi; często także autor widywał obfite złogi hemosyderyny w wątrobie, a nawet prawie we wszystkich gruczołach chłonnych, w migdałkach i w gruczołach mieszkowych na podstawie języka. Wobec tego, iż w zbadanych przez autora tego rodzaju przypadkach nie było żadnych krwotoków jelitowych ani skazy krwotocznej, sądzi autor, iż te jego badania udowadniają, że przy durze brzusznym wytwarza się jakiś jad hemolityczny, przyczem uszkodzone krwinki czerwone zostają następowo przerabiane częściowo w układzie chłonnym.

Wreszcie autor starał się zbadać udział obwodowych gruczołów chłonnych i migdałków w schorzeniach durowych, a to głównie celem wyjaśnienia, czy ogólne zakażenie prątkami durowymi występuje dopiero po osiedleniu się prątków w jelitach, czy też odwrotnie odrazu najprzód występuje ogólne zakażenie ustroju z następowem dopiero głównem usadowieniem się prątków durowych w jelitach. (Jak wiadomo wbrew ogólnemu zapatrywaniu niektórzy, zwłaszcza włoscy autorowie sądzą, że pierwotnem w durze brzusznym jest zakażenie ogólne i wielu z nich uważa migdałki za wrota zakażenia). Badania te w migdałkach nie wykazały ani razu zmian, charakteryzujących sprawy durowe i nie stwierdziły w nich obecności prątków durowych; z obwodowych gruczołów chłonnych tylko dwukrotnie stwierdził autor obecność zmian durowych i dwukrotnie wyhodował z nich (z gruczołów pachwinowych) prątki durowe. Wobec jednak małej jeszcze ilości badań tego rodzaju autor nie decyduje się jeszcze na wypowiedzenie stanowczego twierdzenia w tej sprawie.

Gliński.

Maciesza-Jeleńska. **W sprawie znachodzenia się komórek plazmatycznych w zapaleniach gruźliczych płuc.** (*Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*, 1907, tom VIII). Autorka oparła swą pracę na dokładnem zbadaniu mikroskopowem 12 przypadków gruźliczego zapalenia płuc, dla porównania zaś znalezionych zmian zbadała oprócz tego 6 przypadków zwykłego zapalenia włóknikowego płuc. We wszystkich prawie (w 11) przypadkach zapalenia gruźliczego płuc stwierdziła autorka mikroskopowo obecność swoistych prątków Kocha, przyczem w 4 przypadkach obok prątków Kocha znalazła i inne drobnoustroje (w jednym przypadku nawet pneumokoki Fraenkla). Ważniejsze wyniki, do których dochodzi autorka na podstawie swych badań, są następujące: 1) W przeciwieństwie do zapalenia włóknikowego płuc, przy którem z reguły autorka nie spotykała komórek plazmatycznych (wyjątek stanowiły tylko przypadki z rozleglejszą pylicą węglową), we wszystkich zbadanych 12 przypadkach zapalenia gruźliczego płuc znajdowała je stale, niekiedy wprost w olbrzymich ilościach. Komórki te gromadziły się głównie w tkance okołonaczyniowej, okołooskrzelowej, międzyzrazikowej, międzypęcherzykowej i podopłucnej, dalej na obwodzie gruzełków i wszędzie tam, gdzie występowały sprawy odrodcze; we właściwej tkance gruźliczej i w wypocinie komórki plazmatyczne istniały tylko w małej ilości. 2) Co się tyczy pochodzenia komórek plazmatycznych, to autorka przychyla się do zdania, że komórki plazmatyczne przy gruźliczych zapaleniach płuc wytwarzają się z limfocytów i to zarówno z limfocytów, wydostających się z naczyń krwionośnych (aus den ausgewanderten hämatogenen L), jako też i to głównie z limfocytów tkankowych (aus den an Ort und Stelle befindlichen L.); po pewnym okresie istnienia te komórki plazmatyczne albo ulegają wprost przeobrażeniom wstecznym, albo też zostają wydalane drogą naczyń chłonnych jużto wprost, już też pochłonięte przez wielkie komórki żerne (makrofagi). 4) Na podstawie znalezionych obrazów histologicznych i na podstawie prac doświadczalnych innych autorów, uważa autorka za bardzo prawdopodobne, że komórki plazmatyczne przyjmują udział w wytwarzaniu ciał antytoksycznych.

Gliński.

Dermatologia.

Mayer. **Maść cynkowo-perhydrolowa w dermatologii.** (*Dermatologische Zeitschrift* 1907, T. XIV, Z. 6). Przez Wolffensteina otrzymany perhydrol cynkowy odpowiada połączeniu tlenku cynkowego z perhydrolem. Połączenie to starano się uzyskać w celu wynalezienia środka do leczenia ran, któryby łączył w sobie odkażające własności perhydrolu i ściągające tlenku cynkowego. Środek ten okazał się bardzo stosownym do leczenia oparzeń. Przy świeżych ranach, powstałych z oparzenia, po zastosowaniu maści 25-procentowej waselinowej gwałtownie piekący ból w ranie zaraz zmniejszał się. Rany zaś goją się bez ropienia i objawów podrażnienia. Autor zastosował środek ten w leczeniu ostrych wyprysków, zapaleń skóry, jakoteż gwałtownych zaostrzeń przewlekłych chorób skóry.

W dwudziestu kilku przypadkach takich cierpień skóry, leczonych przez autora, okazał się ten środek bardzo dobrze działającym.

W żadnym przypadku nie zauważył autor objawów podrażnienia, wywołanego przez ten środek. Maść waselinowa zawierająca cynkowy perhydrol, wyrabiana w fabryce Mercka, jest pomimo znacznej zawartości cynku bezbarwną i nadaje się dlatego bardzo do leczenia cierpień skóry w miejscach widocznych, jak na twarzy i rękach.

Stopczański.

H. Kanitz. **O wewnętrznem leczeniu kiły mergalem.** (*Dermatologische Zeitschrift* 1907, T. XIV, Z. 7). Przed kilku miesiącami wprowadził Boss za pośrednictwem fabryki chemicznej Riedla w Berlinie nowy środek w leczenie przeciwkiłowe, nazwany mergalem.

Pomyślne wyniki, jakie zapomocą tego środka osiągnęli Saalfeld, Leistikow i inni, zachęciły autora do stosowania tego środka w klinice u chorych kiłowych. Mergal jest solą rtęciową kwasu cholowego z dodatkiem białczanu garbnikowego w stosunku 1 : 2. Przetwór ten sprzedają w kapsułkach, zawierających po 0,05 Hg cholicum i 0·10 białczanu garbnikowego.

Środkiem tym leczono 31 mężczyzn i 9 kobiet kiłowych. Z pomiędzy tej liczby chorych, 29 miało kiłę świeżą, dotąd nie leczoną, natomiast 11 przypadków było kiły drugorzędnej powrotnej, w większej jednak części nie leczonej poprzednio. Z początku leczenia podawano 3 kapsułki dziennie.

Stosując się do nasilenia choroby i łatwości znoszenia środka przez chorych, podwyższano dawkę dzienną aż do 8 i 12 kapsułek. Przy tej najwyższej dawce pozostawiano chorych aż do ustąpienia objawów, o ile uboczne działanie rtęci nie spowodowało wcześniejszego zmniejszenia dawki.

Lecznicza wartość tego środka uwydatnia się wybitnem działaniem swoistem rtęci, pod wpływem którego znikają objawy chorobowe. Czas leczenia jest niewiele dłuższy, niż przy innych sposobach leczenia kiły, wstrzykiwaniami lub wcieraniami. Wysypka kiłowa świeża znikała po 9—28 dniach, po zażyciu 58 do 122 kapsułek, a zatem przeciętnie biorąc, po zażyciu 90 kapsułek w osiemnastu dniach.

Również i w przypadkach kiły powrotnej dłuższy czas trwającej wynik leczniczy okazał się bardzo dobrym. Z objawów drugorzędnej kiły najdłużej opierały się leczeniu tym środkiem kłykciny, znajdujące się w jamie ustnej, jak również kłykciny przerostowe (condyl. hypertroph.), znajdujące się na częściach rodnych i w otoczeniu otworu stolcowego. Czas leczenia w tych przypadkach wynosił 6—8 tygodni. Z pośród objawów ubocznego działania rtęci przy podawaniu tego środka najczęściej występowało zapalenie dziąseł i jamy ustnej, jednak i tak nie w zastraszającej ilości przypadków, bo na 40 chorych dziesięciu cierpiało na zapalenie dziąseł, które tylko w dwóch przypadkach było tak silne, że spowodowało przerwanie leczenia. Objawy ubocznego działania na przewód pokarmowy w porównaniu do innych przetworów rtęciowych, podawanych wewnętrznie, były bardzo słabe, u kilku tylko chorych podczas podawania tego środka występowała lekka biegunka, ucisk w żołądku i słabe obłożenie języka, które to dolegliwości ustępowały jednak same bez przerwy w leczeniu po kilku dniach. Jedna tylko chora w 12-tym dniu leczenia chorowała poważniej, przyczem miała podwyższenie ciepłoty, wymioty i silne bole żołądka. Krwawej biegunki nie zauważono ani razu. Środek ten również nie powoduje najmniejszego podrażnienia nerek, gdyż badanie moczu u leczonych mergalem nigdy nie wykazało nawet śladu białka. Pomimo tych wszystkich dodatnich własności mergalu, stwierdzonych na spostrzeżeniach klinicznych, autor uważa ten środek za dogodny tylko do leczeń ubocznych podczas przerywanego leczenia sposobem Fournier-Neissera.

Chociaż bowiem środek ten usuwa równie prędko objawy kiły, jak dawne sposoby leczenia: wcierania lub wstrzykiwania przetworów rtęciowych, to jednak ponieważ dotąd nie stwierdzono działania tego środka na sam jad kiłowy, przeto nie może on w zupełności zastąpić dawnych sposobów leczenia.

Stopczański.

De Schamps. **Badania nad przenoszeniem się dwoinki wiewiórowej na tylną część cewki moczowej.** (*Allgemeine Wiener med. Wochenschrift* 1907, Nr 36). Autor w swoich badaniach starał się wykazać, czy dwoinki wiewiórowe same bez udziału miejscowego leczenia mogą się przenosić na tylną część cewki moczowej. Zamierzał bowiem w ten sposób wyjaśnić, czy główne zarzuty, jakie podnoszono przeciw leczeniu miejscowemu

stosowanemu od początku trwania wiewióra są słuszne i chociaż w części usprawiedliwione. W tym celu wybrał do swych doświadczeń chorych, którzy zgłaszali się ze świeżym wiewiórem od 2—3 dni trwającym. U chorych tych przepłukiwano przednią część cewki dokładnie wodą sterylizowaną przed oddaniem moczu zatrzymanego przez noc, a następnie badano osad moczowy na dwoinki. U większej części badanych, z których dwóch miało wiewiór od dwóch dni trwający, znaleziono w osadzie moczowym dwoinki. Wyniki te dostatecznie stwierdzają zdaniem autora możność przeniesienia się dwoinek wiewiórowych na tylną część cewki moczowej nawet w drugim dniu trwania wiewióra bez najmniejszego udziału leczenia miejscowego. *Słopczański.*

Prof. Róna. **Nowe doświadczenia nad wartością praktyczną krętków bladych Schaudinna.** (*Wiener med. Presse* 1907, Nr 34). Autor w przypadkach, nie mających żadnych pewnych danych dla rozpoznania, wykonywał badania na krętki. Przypadków takich było 22, pomiędzy którymi autor przytacza wrzody drobne, nie mające oznak wrzodów pierwotnych, występujące bez obrzęku gruczołów, wrzody, mające wygląd wrzodów miękkich, nacieki około ujścia cewki moczowej przy obecności wiewióra, wrzody w worku napletkowym przy równoczesnej stulejce napletka i wiewiórze, za zanokcice uważane i leczone wrzody pierwotne łożyska paznokciowego, zmiany nie mające żadnych cech, mogących służyć dla rozpoznania. We wszystkich tych przypadkach wykazały badania obecność krętków bladych; znajdowano również krętki u chorych podczas leczenia wcieraniami; nawet po 55 wcieraniach można je było w surowicy wyciśniętej z wrzodu pierwotnego wykazać. Badając wydzielinę wrzodów miękkich, znajdowano nieraz krętki pomimo, że wrzody te miały właściwy wygląd wrzodów miękkich. Nie udało się przy tych badaniach wykazać równoczesnej obecności w wrzodach miękkich paciorkowców Ducreya i krętków bladych. Również nie spostrzegał autor przypadku, w którym pomimo wykazania paciorkowca Ducreya wrzód później okazał się wrzodem pierwotnym. *Słopczański.*

Okulistyka.

Rollet. **Otok ropny jamy czołowej.** (*Revue générale d'Ophtalmologie* 1907, Nr 5). Autor podaje szczegółowy opis obrazu klinicznego, przebiegu i następstw śluzowego otoku jamy czołowej. Objawy tego cierpienia są znane. Ponieważ pod wpływem nacisku śluzowej treści wypukla się najrychlej najcieńsza dolna ściana jamy czołowej, która jest zarazem górną ścianą oczodołu, przeto gałka oczna ulega przemieszczeniu, powstaje podwójne widzenie, a nawet i wzrok może być zagrożony skutkiem ucisku na nerw wzrokowy. Powstanie otoków śluzowych jamy czołowej przypisują niektórzy autorowie (Valude) pierwotnemu, wrodzonemu zwężeniu kanału kostnego, który stanowi połączenie między jamą czołową i nosową. W ten sposób możnaby jednak tłomaczyć tylko przypadki otoku śluzowego, już we wczesnej młodości zapoczątkowanego. Rollet jest zatem innego zdania. Przyjmuje on jako przyczynę wzmożonego wydzielania śluzu i zbytniego gromadzenia się tegoż w jamie czołowej, nieżytowe zapalenie błony śluzowej, wyścielającej tę jamę, oraz błony, wyścielającej przewód łączący jamę czołową z jamą nosa. Kostne wyrośle i znaczne nieraz zgrubienia uważa za zmiany następowe. *K. W. Majewski.*

Schevensteen. **Widzenie połowicze niezupełne z zachowaniem widzenia naosiowego wskutek silnego urazu, zadanego czaszce.** (*Archives d'Ophtalmologie* 1907, Nr 3). Autor opisuje przypadek, w którym u pewnego murarza przyszło do załamania kości potylicznej ze znacznem uszkodzeniem kory mózgowej skutkiem upadku na potylicę ciężaru 30 klgr. Wyłamaną część kości usunięto, ranę w oponie twardej oczyszczono, poczem wszystko się zagoiło przez rychłozrost. Pozostał tylko pod blizną skórną otwór w kości, przez który wyczuć można było tętnienie mózgu. Badanie wzroku wykazywało obustronnie prawidłową bystrość naosiową i prawidłowe dno oka, natomiast pole widzenia było na obu oczach lekko współśrodkowo zwężone, a prócz tego poczucie światła było zniesione w obu dolnych lewych ćwiartkach, nie dochodząc jednak do środka pola widzenia. Ponieważ ubytek dotyczył lewej strony każdego pola widzenia, czytanie nie sprawiało choremu żadnych trudności. *K. W. Majewski.*

Bonte. **Przyczynek do leczenia oderwania siatkówki.** (*Die ophtalm. Klinik* 1907, Nr 8). Jako najbardziej uzasadnione i stosunkowo najskuteczniejsze leczenie oderwania siatkówki uważa autor podspojówkowe wstrzykiwania silnych rozczynów soli, które na mocy praw osmozy powodują przenikanie płynu wysiękowego z pod odczepionej siatkówki przez twardówkę na zewnątrz. Należy jednak używać 30 prc. rozczynów z dodatkiem akoiny dla zmniejszenia bolu. Ważnem jest tu nadto spokojne leżenie w łóżku na wznak przez przeciąg 5—6 tygodni. Na zakończenie leczenia poleca przypalanie twardówki w okolicy oderwania, przez to bowiem powstają zrosty między naczyniówką, a siatkówką, zapobiegające powtórnemu oderwaniu się tejże. *K. W. Majewski.*

Lagrange. **O ulepszeniu podkładu dla oczu sztucznych przez wszczepienie oka króliczego.** (*Archives d'Ophtalmologie* 1907, Nr 3). Doświadczenia na operowanych przypadkach pouczyły autora, że oko przeszczepione po upływie tygodni i miesięcy zmniejsza się co do swej objętości i że na to z góry liczyć trzeba. Potem jednak dalszym już nie ulega zmianom. W wyjątkowych tylko przypadkach zanik wszczepionej gałki postępuje dalej i prowadzi do zupełnego wessania oka, przez co oczywiście cel operacyi zostaje unicestwiony. W przeważnej jednak większości przypadków przeszczepienie daje wynik zupełnie zadawalniający. Autor podaje opis przypadku, operowanego przed 28 miesiącami, w którym oko królicze, wszczepione dziewczynce 9-letniej, zmalało prawie o $1/3$ swej objętości w pierwszych miesiącach po operacyi, od tego jednak czasu już się wcale nie zmienia. Jest dostatecznie twarde, niebolesne i wybitnie ruchome. *K. W. Majewski.*

Rollet. **Wyłuszczenie guzów oczodołowych z zachowaniem gałki ocznej przez krzywolinijne cięcia skórne.** (*Archives d'Ophtalmologie* 1907, Nr 5). Autor wykonuje cięcie łukowate skórne na odpowiedniej przestrzeni wzdłuż brzegu oczodołowego najlepiej dołem zewnątrz, sięgające do samej kości, od której oddziela powięź oczodołową tak, aby się dostać pod załamkiem spojówkowym w głąb oczodołu i worka spojówkowego nie rozciąć. Po odchyleniu gałki ocznej zapomocą odpowiedniej łyżki bez przecinania mięśnia prostego zewnętrznego można bez wielkiego trudu zoryentować się w częściach chorych i nowotwór wyłuszczyć. Jeżeli się cięcie robi od wewnątrz, wtedy trzeba odciąć bloczek mięśnia skośnego górnego, oraz odchylić ku dołowi woreczek łzowy. Cięcia, w podobny sposób wykonane, pozwoliły autorowi dostać się narzędziami i dosięgnąć wzrokiem do najgłębszych części, położonych w samym szczycie lejka oczodołowego. *K. W. Majewski.*

Michaeler. **Podrażnienie zapalne tęczówki i ciała rzęskowego po zaszczepieniu ospy.** (*Die ophthalm. Klinik* Nr 11/12, 1907). Z powodu panującej w okolicy epidemii ospy dał się pewien 56-letni mężczyzna zaszczepić. Ospa przyjęła się, dostał miernej gorączki, a w dwa tygodnie wystąpiły objawy zapalne na oku lewem: światłowstręt, łzawienie, nastrzykanie rzęskowe, zwężenie źrenicy i bardzo znaczna bolesność dotykowa. Nazajutrz przyłączył się do tego dość znaczny obrzęk spojówki gałkowej. Wszystkie te objawy pod wpływem ciepłych okładów i leczenia dyetetycznego w ciągu kilku dni ustąpiły, a równocześnie ustąpiło podniesienie ciepłoty, podniesienie tętna, oraz ogólne osłabienie. Wobec braku jakichkolwiek poszlak co do kiły i innych chorób ogólnych, mogących stanowić tło dla takiego zadrażnienia tęczówki i ciała rzęskowego, wprowadza autor cierpienie oczne w związek przyczynowy z dokonanem szczepieniem ospy. *K. W. Majewski.*

Rohmer. **Grypa, a wypadek przy pracy.** (*Arch. d'Ophtal.*, 1907, Nr 6). U 14-let. robotnika metalurgicznego, który podawał, że odprysk żelaza utkwił mu w oku prawem, rozwinęła się w ciągu 24 g. po tym rzekomym wypadku ropna *panophthalmitis*, z powodu której autor gałkę wyłuszczył. Bezpośrednio jednak pojawiły się objawy ropnego zapalenia opon mózgowych i chory w kilka dni potem umarł. Szczegółowe badanie anatomiczne wyjętej gałki ocznej nie wykazało ani żadnego zewnętrznego uszkodzenia, ani ciała obcego. Z ropy, wypełniającej całe wnętrze gałki, wyrosły gronkowce złociste w czystej hodowli. Te same bakterye wykazano również w ropie, zebranej przy sekcyi na oponach mózgowych. Autor wyłącza tutaj jakiekolwiek uszkodzenie oka, a tem bardziej ciało obce, natomiast przyjmuje przerzutową *panophthalmitis*, która bądźto wystąpiła równocześnie z takiemże zapaleniem opon mózgowych na tle influency, lub też była dla tego zapalenia opon punktem wyjścia. *K. W. Majewski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza, co następuje:

Z końcem października przystąpi Izba lekarska wschodnio-galicyjska do rozdania reszty kwoty, przysłanej ze Związku Tow. lek., w wysokości 1,492 K. Uprawnione do otrzymania zapomogi wdowy i sieroty po lekarzach, którzy mieszkali w obrębie Izby lekarskiej wsch.-gal., zechcą wnieść najdalej do 20. października b. r. należycie udokumentowane podanie do Izby lekarskiej (ul. Dominikańska l. 11). Prezydent: *Dr Festenburg.*

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza następujące:

Ostrzeżenie.

Lekarz powiatowej Kasy chorych w Bóbrce z siedzibą w Dunajowie, podjął starania celem poprawy warunków pracy w tej Kasie. Wzywa się wszystkich kolegów, aby w razie ewentualnego zatargu tego lekarza z zarządem Kasy i skutkiem tego wypowiedzenia mu tej posady, nie obejmowali jej, jakoteż nie kompetowali o posadę lekarza Kasy chorych w powiecie przemyślańskim, w którym budowę kolei żelaznej objęła firma Jokel & Jonas. *Dr Festenburg*, prezydent.

Prezydyum Państw. Związku org. lek. austr. ostrzega przed przyjmowaniem posady w Kirchschlag w Czechach, jako takiej, z której lekarz niemal wyżyć nie może. Wyjaśnień udzielają Dr Schlesinger w Opfoldeshaid i Dr Lorian w Krummau. Prezydent: *Dr Janeczek.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 15. do 21. IX. 1907 urodziło się dzieci żywo 59, nieżywo 3; zmarło osób 51, z tego z gruźlicy 16 (obcych 7), z zapalenia płuc 3, śmiercią gwałtowną 2 (1). — Od 22. do 28. IX. 1907 urodziło się dzieci żywo 49, nieżywo 9; zmarło osób 53 (w tem obcych 21), z nich z grnźlicy 14 (6), z zapalenia płuc 7 (1), płonicy 2. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 22. do 28. IX. 1907 było przypadków (bez obcych): płonicy 9 † 2, błonicy 2, ospianki 1, nagminnego zapalenia przyusznicy 1, róży 5. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 15. do 21. IX. 1907 było przypadków: błonicy 9, kokluszu 5, płonicy 14, odry 3, duru brzusznego 6 † 5. — Od 22. do 28. IX. 1907 było przypadków: błonicy 6 (w tem obcych 3), krztuśca 6 (3), płonicy 19 † 1 (1), odry 3 (1), duru brzusznego 7 (5), czerwonki 1 (1). *L.*

Wiadomości bieżące.

Sprawa budowy zakładu dla obłąkanych w zachodniej części Galicyi przewlekała się kilka lat z powodu trudności znalezienia odpowiedniego miejsca pod budowę. Obecnie wybrał Wydział krajowy po wysłuchaniu opinii fachowych znawców wieś Kobierzyn koło Podgórza, w odległości niewielu kilometrów od Krakowa. Zarazem, jak opiewa przedłożone Sejmowi sprawozdanie: »postanowił Wydział krajowy, uznając motywy, a zarazem czyniąc zadość życzeniom ankiety, która obradowała nad programem budowy, jeszcze przed otwarciem zakładu pozyskać odpowiednią siłę psychiatryczną na dyrektora przyszłego zakładu. Dla dobra zakładu okazało się bowiem niezbędnem współdziałanie jego przyszłego kierownika już przy wygotowywaniu planów, następnie przy decydowaniu o szczegółach budowy i specyalnych urządzeniach przyszłego zakładu, wreszcie przy ustalaniu jego organizacyi. W tym celu zaangażował Wydział krajowy, zasięgnąwszy opinii powag psychiatrycznych, dyrektora zakładu dla umysłowo chorych w Kochanówce pod Łodzią, dra Jana Mazurkiewicza, któremu polecił jeszcze w bieżącym roku odbyć podróż za granicę w celu oglądnięcia na miejscu nowożytnych zakładów dla obłąkanych i zebrania szczegółów urządzeń, zdobytemi doświadczeniami udoskonalonych«.

Wydział krajowy wnosi, aby Sejm zatwierdził ogólny program powstać mającego zakładu obłąkanych w Kobierzynie, oraz kosztorys urządzenia tego zakładu, opiewający na 4,321.600 K. Sejm upoważnić ma zarazem Wydział krajowy do zamianowania dyrektora dla przyszłego zakładu, z płacą równającą się poborom dyrektora krajowego zakładu obłąkanych w Kulparkowie. — Wniosek ten, przedstawiony Sejmowi w d. 1. X. b. r., odesłany został do sejmowej komisyi sanitarnej.

Można więc w najbliższych już dniach oczekiwać ostatecznego załatwienia ważnej tej sprawy, które uczyni zadość jednej z piekących potrzeb szpitalnictwa krajowego. Koła lekarskie powitają ten doniosły wniosek Wydziału krajowego z żywem zadowoleniem, temwięcej, że Wydział krajowy poszedł tym razem za radami fachowej ankiety, zwołanej w tej sprawie. Wybrany teren pod budowę w Kobierzynie zdaje się istotnie z wielu względów odpowiedniejszy, jak to mieliśmy także sposobność stwierdzić, od innych terenów, które dawniej miano na oku, jeżeli już nie znaleziono dobrego miejsca pod zakład jeszcze bliżej Krakowa po tej stronie Wisły. Mianowanie już teraz przyszłego kierownika zakładu jest okolicznością ze wszech miar pomyślną, a wybór jego, choć dokonany z pominięciem zwykłych form konkursowych, budzi nadzieję, że dalszy tok sprawy przebiegać będzie pomyślnie i że przyszły zakład odpowie oczekiwaniom kół lekarskich i całego kraju.

Kraków. Prof dr Stanisław Ciechanowski, naczelny redaktor »Przeglądu«, powrócił i objął swoje obowiązki.

— Piekąca potrzeba nowych łazienek hydropatycznych i borowinowych w Krynicy zbliża się do zaspokojenia, gdyż po wielu trudnościach powiodło się skojarzonym zabiegom Koła polskiego w Wiedniu, Namiestnika i ministerstwa dla Galicyi przy życzliwości ministra finansów dra Korytowskiego zapewnić wstawienie na ten cel do budżetu państwowego na rok 1908 kwoty 250.000 koron.

— Miasta prowincyonalne budzą się coraz bardziej z uśpienia na polu sanitarnem, nietylko co do większych prac asanizacyjnych (wodociągi, kanalizacya), ale i co do rzeczywistego wykonawstwa higieny codziennej. Tak np. rada miejska w Tarnowie wydała szereg przepisów w ważnych sprawach (higiena produktów spożywczych, jak mięsa i nabiału, higiena zakładów fryzyerskich, hoteli, zajazdów i t. d.). Podobne zarządzenia wydano w Przemyślu (co do nabiału i t. p.).

— W wychodzącem w Krakowie czasopiśmie »Miłosierdzie chrześcijańskie« ogłosił ks. Jan Rzymełka, C. Miss., obszerniejszy artykuł »O stanie szpitalnictwa w Królestwie Polskiem«, oparty głównie na znanem dziele: »Medycyna w samorządzie«.

Lwów. Komisya banku krajowego załatwiła petycyę Krynicy o otwarcie kredytu na domy drewniane w ten sposób, że poleciła Wydziałowi krajowemu przeprowadzenie takiej zmiany statutu banku, któraby umożliwiała udzielenie wydatnego kredytu na kryte materyałem ogniotrwałym domy czynszowe drewniane w krajowych zdrojowiskach i uzdrowiskach.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich »sub auspiciis imperatoris« uzyskał p. Zdzisław Tomaszewski, rodem z Krakowa. Była to pierwsza promocya »sub auspiciis« na Wydziale lekarskim lwowskim.

Warszawa. Wśród wykładów z działu przyrodniczego, zapowiedzianych na r. b. przez »Towarzystwo wyższych kursów naukowych«, znajdują się fizyologia (J. Sosnowski), embryologia doświadczalna (J. Tur), antropologia (K. Stołyhwo), biologia patologiczna (D. Hellin), morfologia i fizyologia ogólna układu nerwowego (M. Stefanowska).

— Ministeryum oświaty zarządziło, by lekarze szkolni urządzili wykłady i konferencye z uczniami o chorobach zakaźnych wogóle, a cholerze w szczególności, i by uczniom rozdawano bezpłatnie broszurę ze wskazówkami, jak się należy zachować, aby ustrzedz się przed cholerą.

— Dnia 20. października r. b. rozpocznie się w pracowni bakteryologicznej dra St. Serkowskiego w Warszawie (ul. Włodzimierska Nr 1) kurs bakteryologii, połączony z zajęciami praktycznemi, dla lekarzy, przyrodników i farmaceutów. Wobec ograniczonej liczby słuchaczów zapisywać się można wcześniej, codziennie w godzinach rannych od 10-tej do 11-tej, lub listownie.

— Z końcem r. z. zorganizowane w Warszawie »Stowarzyszenie pomocy lekarskiej dla ubogich żydów« udzieliło w pierwszym roku działalności 7058 posad lekarskich w mieszkaniach ubogich. Wiceprezesem Towarzystwa jest dr H. Higier.

— Prezydent miasta utworzył komisyę, która ma przyjąć na rzecz miasta szpitale warszawskie i opracować zasady zarządu tymi szpitalami, a do której wejdą także przedstawiciele z wyboru Towarzystw higienicznego i lekarskiego. Towarzystwo higieniczne wybrało do tej komisyi dra T. Dunina i adwokata p. Strzembosza.

— Szpital w Tworkach przechodzi pod zarząd gubernialnej warszawskiej Rady dobroczynności.

— Towarzystwo kolonii letnich wysłało w r. b. na kolonie 2742 słabowitych dzieci (z nich do Ciechocinka 400).

— Potrzeba lekarza w miasteczku Ciechanowiec, w gub. łomżyńskiej (około 8000 mieszkańców). Stale praktykuje tam dwu lekarzy. Obecnie, z powodu zamierzonego wyjazdu jednego z nich, jest do objęcia miejsce po nim. Praktyka dobra. Po szczegółowe informacye należy zwracać się do dra Dąbrowskiego w Ciechanowcu.

Z różnych stron. *Komitet fundacyi im. Roberta Kocha dla zwalczania gruźlicy prosi nas o ogłoszenie następującej wiadomości:*

Komitet, zawiązany pod przewodnictwem ministra dra v. Studta celem utworzenia »Fundacyi im. Roberta Kocha dla zwalczania gruźlicy«, ogłasza odezwę, wzywającą do ofiar na ten cel. Fundacya ta utworzoną zostaje z okazyi ćwierćwiekowej rocznicy odkrycia prątka gruźliczego na pamiątkę faktu, który stał się podstawą dzisiejszej nauki o chorobach zakaźnych. Celem fundacyi, oprócz uczczenia znakomitego badacza, jest popieranie badań naukowych, a przez to i praktycznych usiłowań zwalczania gruźlicy. Wobec tego, że gruźlica zabiera jeszcze wiele ofiar (w samych Niemczech w jednym r. 1905 okrągło 122.000), jest popieranie takich badań koniecznością i pragnąć należy, aby na rzecz fundacyi wpływały jaknajobfitsze dary. Komitet uprasza o nie pod adresem banku S. Bleichrödera (Berlin, Behrenstrasse 63), a dokładniejszych wyjaśnień udziela sekretarz komitetu, prof. dr J. Schwalbe, redaktor »Deutsche med. Wochenschrift«, (Berlin W. 35).

— XIV. międzynarodowy kongres higieniczny zgromadził w d. 22—28 z. m. w Berlinie około 4000 uczestników, wśród nich kilkudziesięciu Polaków ze wszystkich trzech zaborów.

Mianowani: Krajowy inspektor sanitarny, dr Zdzisław Lachowicz asesorem, a starszy lekarz pow., dr Kalikst Krzyżanowski zastępcą asesora sądu rozjemczego przy zakładzie ubezpieczeń robotników od wypadków we Lwowie.

Dr Paweł Römer prof. okulistyki w Gryfii; Prof. Opitz prof. położnictwa w Düsseldorfie; Prof. de la Camp prof. farmakologii w Erlangen; Prof. Ortner prof. med. wewnętrznej w Insbruku; Doc. Matzenauer prof. chorób skórnych i wenerycznych w Gracu; Doc. Ružička prof. n. hygieny, doc. Jedlička prof. chirurgii na czeskim uniwersytecie w Pradze.

Zmarli: Dr Powell prof. chirurgii w Nowym Yorku.

Dr Józef Rożański we Lwowie, były prymaryusz oddziału chorób skórnych i wenerycznych, były prezydent Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, zasłużony pracownik w zakresie spraw zawodowych stanu lekarskiego. Dr Władysław Babiński w 73 r. ż. na Podolu.

Redakcya otrzymała: Sabina Maciesza-Jeleńska. Mittheilungen über den Befund von Plasmazellen bei tuberkulöspneumonischen Processen. Odb. »Beitr. zur Klinik der Tbk.«. — Wernic: Sto przypadków leczenia dymienic metodą Biera. Odb. »Przegl. chorób skórnych«. — Talko-Hryncewicz: Drewnie aborigeni Zabajkalja w zrawnenii z sowremennimii inorodciami. Odb. »Trud. Troickosawsk. Odt. russk. Geogr. Obszcz.« 1906. — Karczewski: O ciąży śródmiąższowej. Odb. »Medycyna«.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich we wrześniu 1907: *Gazeta lekarska Nr 34—37:* Motz i Majewski: O raku gruczołu krokowego na podstawie badań anatomo-patologicznych i klinicznych. Bornstein (c. d.). Żebrowski: W sprawie uleczalności i pooperacyjnego leczenia ropnicy pochodzenia usznego. Saks: Sześć przypadków cięcia cesarskiego z zejściem pomyślnem dla matki i dziecka. Pisarzewski: Dwa nowe przypadki pubiotomii. Heryng: Gruźlica migdałków i gardzieli. Jaworski J.: Przeszkody w rozwoju czasopiśmiennictwa lek. polskiego, sposoby ich usunięcia, reformy potrzebne. — *Medycyna Nr 35—39:* Wertheim: O zwichnięciu urazowem stopy ku tyłowi. Orłowski: Statystyka szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie w roku 1905. Endelmann: Hebosteotomia z pomyślnym wynikiem dla matki i dziecka. Justmann: O leczeniu swędzenia na tle żółtaczki przewlekłej. Robin: Opróbie desmoidalnej Sahliego. Badanie sprawności żołądka bez pomocy zgłębnika żołądkowego. Saks: Przypadek sectionis caesareae vaginalis (według Dührssena). Leśniowski: W sprawie techniki laparotomijnej. O wlewaniach roztworu NaCl do otrzewny. Paszkiewicz: O utrwalaniu i przechowywaniu preparatów anatomicznych z utrzymaniem ich barwy naturalnej. Bieliński: Wydział lekarski królewskiego uniwersytetu warszawskiego (1817—1831). — *Tygodnik lekarski Nr 36—39:* Franke: Doświadczenia nad wpływem i różnicą działania tuberkuliny ludzkiej i bydlęcej na skład krwi i narządy krwiotwórcze. Rencki (c. d.). Walczyński: W sprawie zaopatrywania miast, miasteczek i wsi w wodę. Schneider: O zespole objawów Adams-Stockesa. Sołomowicz: O rzekomem porażeniu opuszkowem u dzieci. — *Kronika lekarska Nr 18:* Sędziak: Etyologia porażeń nerwów krtaniowych dolnych czyli wstecznych. Dudrewicz: O zapobieganiu cierpieniom narządu słuchowego. — *Krytyka lekarska Nr 9:* Kohn: Urywek z pamiętnika. — *Głos lekarzy Nr 18—19:* Mikołajski: 1) Sejm krajowy. 2) Potrzeba pragmatyki służbowej dla lekarzy okręgowych. 3) Najwyższa Rada Zdrowia. 4) Ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych. — W sprawie udostępnienia pomocy lekarskiej dla ubogich chorych. — Niektóre dawniejsze rozporządzenia państwowe przeciw partactwu lekarskiemu. — Przeciw szczepieniu. — »Wzajemna pomoc kobiet«. Bernadzikowski: Przestroga dla kandydatów na lekarzy okręgowych. — Stosunek Wydziału krajowego do Izb lekarskich. — W sprawie reformy szpitalnictwa. — *Nowiny lekarskie Nr 9:* Eisenberg: Nowe drogi i nowe zagadnienia w nauce o odporności. — *Kronika dentystyczna Nr 9:* Krakowski i Ziemens: Przypadek wypełnienia obturatorem znacznego ubytku, powstałego po resekcyi górnych kości szczękowych. — *Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego 1907, z. II, t. 104:* Bieliński: Kliniki królewskiego warszawskiego uniwersytetu. Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce. — *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych Nr 6:* Wernic: Sto przypadków leczenia dymienic metodą Biera. — *Zdrowie Nr 9:* Stanisławski: Łowicz pod względem higieniczno-społecznym. Kiszkiel: Mleko w Piotrkowie i gubernii piotrkowskiej z punktu widzenia higieny.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Rok XLVI. Kraków, dnia 12 października 1907. Nr 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiell.

O wieloogniskowym mleczotoku części rodnych zewnętrznych. *(Chylorrhoe multiplex genitalium).*

Podał

Prof. Dr Władysław Reiss.

Przypadki tak zwanego mleczotoku wieloogniskowego zaliczamy do postaci chorobowych, bezwarunkowo niezmiernie rzadkich. Odnoszące się do tego piśmiennictwo, czerpane tak z dziedziny chirurgii, jakoteż dermatologii i urologii, jest tak ubogie, że po najdokładniejszem jego przejrzeniu, odnajdujemy oprócz obszerniejszej pracy zbiorowej Haferkorna (Deutsches Archiv für klinische Medizin Bd. LVI), która obejmuje przypadki różne tak w kierunku etyologii, jakoteż istoty cierpienia, zaledwie jeszcze kilka takich i poniekąd do naszego zbliżonych przypadków, ogłoszonych przez Erba, Malherbea, Neumanna, Volharda i Bornemanna. Należy nadto zaznaczyć, że z całej liczby ogłoszonych w piśmiennictwie przypadków, nieznaczna zaledwie część zasługuje na nazwę »mleczotoku«; przeważnie bowiem jest tam mowa o przetokach chłonnych, o limfie, o rozszerzeniach naczyń chłonnych, a względnie o wydzielaniu się mleczu, zmieszanego z limfą *(lympho-chylorrhoe).* Wyłączyć z tej kategoryi należy również przetoki mleczowe w zakresie dróg moczowych, kiedy zatem mamy prawo mówić o mleczomoczu *(chyluria),* a nie o mleczotoku *(chylorrhoe).*

Według Neumanna chodziło wśród 62 przypadków limfotoku *(lymphorrhoe),* tylko w 18 o treść mieszaną, t. j. o limfę z domieszką mleczu, a z tej liczby wreszcie zasługiwały zaledwie trzy na wliczenie ich do kategoryi mleczotoku postaci czystej. Jeżeli zatem zechcemy podzielić ogólnie znane przypadki na grupy w myśl powyższych różnic według Neumanna i wyłączyć postacie o treści limfatycznej lub mięszanej, wypadnie nam zaliczyć przypadek poniżej opisany do rzędu bezwarunkowo najrzadszych [1]).

Wywiady:

A. H. dziewczyna siedemnastoletnia, izraelitka, dobrze odżywiona, budowy prawidłowej, wzrostu średniego. Rodzice żyją i są zupełnie zdrowi. Ani chora, ani rodzeństwo jej nie przebywali nigdy żadnych chorób ostrych, ani przewlekłych. W siódmym roku życia zauważono po raz pierwszy u chorej pojawienie się płynu barwy mlecznej na wargach sromnych. Chora podaje, że jak długo pamięta, miewała w kroku uczucie wilgoci, a także zauważyła, że wargi sromne bywają często grube, jakby obrzmiałe i mokre. Już wówczas spostrzegano u niej na wargach jakoby małe pryszczyki, z których sączył się ów płyn biały. Wyciek występował w samym początku zupełnie nieregularnie i rozmaicie, od czasu do czasu tylko zauważano, że koszula bywała mniej lub więcej mokrą i lepką. Zauważono również, że wypływ obfitszy następował najczęściej po jakiejkolwiek pracy fizycznej, np. bieganie po schodach było zawsze powodem obfitej wydzieliny, dłuższy czas trwającej. Z drugiej jednak strony podaje chora, że mijały całe tygodnie, podczas których owo »uczucie moczenia« się nie powtarzało i koszula bywała zupełnie suchą. W późniejszych latach wydzielanie cieczy zaczęło występować już więcej okresowo, t. j. w pewnych mniej więcej stałych odstępach czasu. Równocześnie zauważyła chora, że każdorazowy okres wypływu poprzedzało dosyć znaczne obrzmienie warg sromnych, tak, że chora bywała najczęściej przez obecność tego objawu z góry przygotowaną na to, że wydzielanie wkrótce się zacznie.

Regularność rozpoczęła się już nieco przed trzynastym rokiem życia i od tego też czasu okresy, w których pojawiał się wypływ z warg sromnych występowały w coraz to bardziej stałych odstępach czasu. Wypływ rozpoczynał się mianowicie prawie stale przed rozpoczęciem się miesiączkowania i kończył się dopiero w kilka dni po ukończeniu regularności. Bywały jednakże miesiące, w których pomiędzy wypływem cieczy mlecznej a regularnością upływał pewien szereg dni; chora podaje wszakże z całą pewnością, że ilekroć okres wydzielania się płynu przypadał w czasie regularności, zawsze trwała wtedy regularność krócej i bywała o wiele skąpszą. Wpływ ruchu i wogóle pracy fizycznej na czas trwania wypływu bywał stale spostrzegany; nie można było tego twierdzić bynajmniej w kierunku jakiejkolwiek zależności wypływu od pewnych czynników psychicznych, jak podniecenia, pognębienia i t. p. Niekiedy, aczkolwiek rzadko, pojawiał się wypływ i dwa razy w miesiącu, w odstępach dwutygodniowych, wtedy jednakowoż bywał on znacznie skąpszy i o ile się zdaje, gęstszy. Chora podaje, jakoby ilość drobnych brodaweczek na wargach sromnych w ostatnich latach znacznie się zwiększyła, pewności jednakowoż w tym kierunku nie posiada.

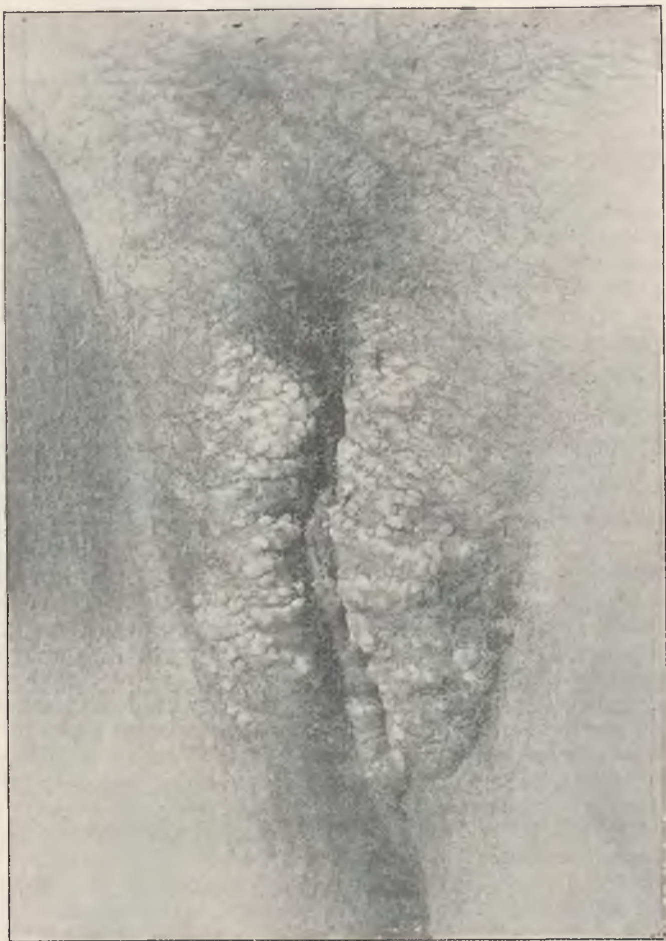
Wogóle cierpienie chorej na ogólny stan jej zdrowia nie wywierało i nie wywiera, zdaje się, żadnego wpływu; czasami tylko, kiedy wypływ jest bardzo obfity i trwa niezwykle długo, czuła się chora nieco znużoną i osłabioną. Stan ten mijał jednakowoż bardzo szybko. Apetyt bywał zawsze dobry, trawienie prawidłowe. Przed rozpoczęciem się okresu wypływu uczuwa chora zwykle lekkie swędzenie w zakresie warg sromnych, objaw, pojawiający się zawsze równocześnie z obrzmieniem warg, które go też zupełnie tłómaczy.

Stan obecny (p. fotografia).

Chora, przyjęta do kliniki dnia 7 listopada 1906, nie okazuje w narządach wewnętrznych zgoła żadnych nieprawidłowości. Powłoki zewnętrzne blade, na twarzy liczne piegi. Błona śluzowa warg i powiek blado różowa, jama ust i gardła bez zboczeń. Skóra warg sromnych większych w całości nieco zgrubiała, szczególnie w części środkowej i w pobliżu przedniego więzadła. Tkanka warg w czasie pierwszego badania miernie obrzmiała ciastowato. Powierzchnia obu warg nierówna, pokryta prawie w całości drobnemi wyniosłościami wielkości główki od szpilki do ziarna prosa, kształtu częściowo półkulistego, w części zaś stożkowatego. Guzki te sprawiają na pierwszy rzut oka wyraźne wrażenie tworów brodawkowatych, które tu i ówdzie ze sobą się zlewają, tworząc gdzieniegdzie duże, płaskie, gąbczaste wyniosłości, o powierzchni nierównej, znacznie wystające ponad powierzchnię skóry warg sromnych. Na niektórych guzkach dojrzeć można już golem okiem drobniutkie włosowate otwory, z których przy ucisku wydobywa się kropla cieczy, do mleka podobnej.

[1]) Zwrócenie chorej do mojej kliniki zawdzięczam uprzejmości Kol. Dra Ehrenpreisa.

W innych miejscach, a przedewszystkiem w pobliżu więzadła tylnego wyglądają owe drobne wyniosłości nieco odmiennie. Są one tam wyraźnie połyskujące względnie przeświecające, białawe, przybierając wejrzenie pęcherzyków o stosunkowo cienkich ścianach, wypełnionych cieczą mleczną. Pęcherzyki te są miękkie, ale zarazem elastyczne, dosyć podatne, pozwalające przy silniejszym ucisku wygnieść z siebie całą treść zupełnie dokładnie, poczem jednak pęcherzyki wypełniają się w krótkim czasie na nowo i wyniosłości wyglądają znów jak dawniej. Już po wyciśnięciu płynu mamy przed sobą obraz drobniutkich zapadłych woreczków, zwisających nieco na powierzchni wargi.



Barwa skóry warg zasługuje na nazwę ciemniejszej od prawidłowej, a przy dokładnem badaniu widzimy, że najwięcej barwika zawierają same brodaweczki, czy też owe pęcherzyki, prócz tego najbliższe ich otoczenie w postaci przebarwionych pierścieni (*pigmentatio*); przestrzenie niezasiane wyniosłościami są o wiele jaśniejsze, szczególnie w częściach zewnętrznych.

Po mechanicznem usunięciu treści z przeważnej części brodaweczek obu warg, obrzmienie ich ustępuje na czas dłuższy lub krótszy. Jeżeli chora bezpośrednio po tem leży w łóżku, wargi obrzmiewają na nowo bardzo późno i ponowne wypełnienie brodaweczek długo na siebie daje czekać; rzecz ma się zupełnie przeciwnie, jeżeli chora stoi lub chodzi. Wogóle nie ulega najmniejszej wątpliwości, że owo »nabieranie warg« (wyrażenie chorej) pozostaje w niezaprzeczonej zależności od położenia chorej, względnie od ilości wykonanej pracy fizycznej.

Obwód obu ud równy, skóra w najbliższem sąsiedztwie części rodnych prawidłowa i elastyczna bez śladów najmniejszego obrzęku. Gruczoły udowe (*fossa ovalis*) nie powiększone, z gruczołów chłonnych pachwinowych tylko jeden po stronie prawej wyczuwalny, skóra nad nim łatwo przesuwalna i prawidłowa.

W naczyniach części rodnych i dolnej ściany brzucha nie ma żadnych nieprawidłowości, — nigdzie nie ma śladu żylaków.

Badanie gruczołów miednicy małej przez odbytnicę daje wynik ujemny. Macica lekko podana ku tyłowi. Błona dziewicza w zupełności utrzymana. Mocz nie zawiera żadnych składników nieprawidłowych.

Rozpoznanie wobec powyższego wyniku badania, nie sprawiało żadnych trudności. Jedyną sprawą, któraby mogłaby tu wchodzić pod względem rozpoznawczym prócz mleczotoku w rachubę, byłyby zbłąkane gruczoły mleczne. O tej nieprawidłowości z góry nie mogłoby być mowy, już choćby z tego powodu, że we wszystkich dotychczas opisanych przypadkach wydzielanie mleka z owych gruczołów odbywało się tylko w czasie trwania ciąży i karmienia. Także i brodaweczki w tych przypadkach mają odrębne cechy. (O zbłąkanych gruczołach mlecznych w blizkości części rodnych znajdujemy w piśmiennictwie wzmiankę u Robertsa r. 1827).

Rozpoznawszy »wieloogniskowy mleczotok z części rodnych zewnętrznych«, poleciliśmy chorej na razie zupełny spokój. Chorą umieszczono w łóżku, a bezpośrednim skutkiem tego było sklęsknięcie warg i ustanie dalszego wydzielania płynu z warg sromnych.

Podczas pierwszych czterech tygodni pobytu chorej w klinice spostrzegano wielką rozmaitość w zachowywaniu się wypływu. Już w pierwszych dniach mogliśmy wobec tego, że chora zrazu wiele chodziła i wstępowała kilkakrotnie po schodach na drugie piętro, zebrać znaczną ilość wydzielającej się cieczy celem jej zbadania chemicznego. Po ułożeniu chorej w łóżku wydzielina odrazu ustała, a przy każdem badaniu zdołano wycisnąć zaledwie nieco cieczy z wypełnionych pęcherzyków. Kiedy po upływie dwu tygodni usiłowano zebrać znowu większą ilość płynu celem ponownego zbadania, musiano użyć metody aspiracyjnej. Dopiero po założeniu na wargi sromne kloszyka Biera, udało się uzyskać sporą ilość płynu, który zebrano do flaszki.

Wejrzenie cieczy, uzyskanej bezpośrednio z brodaweczek, jest zupełnie podobne do świeżo zebranego tłustego mleka. Ciecz świeża jest zupełnie biała, nieprzeźroczysta z odcieniem niekiedy wyraźnie niebieskawym. W ciepłocie pokojowej opadają wkrótce na dno naczynia duże kłęby skrzepów. Pod drobnowidem widzimy całe mnóstwo kulek tłuszczowych, odosobnione leukocyty i nabłonki, gdzieniegdzie ciałka czerwone. Zresztą nie znajdowano żadnych składników postaciowych.

Badanie chemiczne, wykonane w zakładzie chemii lekarskiej Uniw. Jagiell. (prof. dr L. Marchlewski), stwierdziło następujący skład:

Sucha pozostałość	8,61%
Tłuszcze	2,89%
Ciała białkowate	5,10%
Sole nieorganiczne	0,72%

Ciał rozpuszczalnych w eterze w ogólnej ilości 0,10%, a w pośród nich kwas fosforowy, wskazujący na obecność lecytyny.

Chlorku sodu	0,42%
Węglanu sodowego	0,34%

Chodziło jeszcze obecnie o stwierdzenie, czy ciecz badana jest czystym mleczem, czy też mieszaniną limfy i mleczu. (Wiadomo, że także limfa, pochodząca z kończyn, może się stać mętną i mleczystą przez domieszkę tłuszczu, podobnie jak surowica krwi po bardzo w tłuszcze obfitujących pokarmach). Chorej przepisano dyetę o ile możności pozbawioną tłuszczów i po dwu tygodniach ponowiono badanie świeżo uzyskanej cieczy.

Już badanie drobnowidowe stwierdzało naprzemian po zastosowaniu dyety jednej lub drugiej zanadto znaczną ilość limfocytów, aby ciecz mogła być czystą limfą.

Ponowne badanie stwierdziło:

Sucha pozostałość	6,20%
Tłuszcze	2,80%
Ciała białkowate	3,52%

Ani przy pierwszem, ani przy drugiem badaniu nie zdołano wykryć obecności cukru, ani peptonu. Pierwsze badanie stwierdziło tylko ślad albumozy.

Wiadomo powszechnie, że wyniki badań mleczu, względnie mieszaniny mleczu i limfy, wykonane przez rozmaitych autorów, bardzo się pomiędzy sobą różnią. Mlecz jako taki, który mieści się tylko w naczyniach chłonnych przewodu pokarmowego, daje się bez domieszki limfy (t. j. zanim się z limfą połączy) w tak małych uzyskać ilościach, że już wielokrotnemu badaniu stoją na przeszkodzie pewne trudności. Już w samych początkach naczyń mleczowych, t. j. w kosmkach, spotykano nieliczne komórki limfatyczne; liczba ich wzmaga się już znacznie po drugiej stronie ściany jelita, a w jeszcze wyższym stopniu następuje to po przejściu cieczy przez gruczoły krezkowe. Przeciwnie zachowuje się w mleczu stosunek części stałych; liczba ich po dokładnem i obfitem trawieniu zrazu bardzo wysoka, zmniejsza się, skoro tylko mlecz zdążył się już zmieszać z limfą. Po spożyciu tłuszczów znajdujemy w mleczu sporo kulek tłuszczowych, które się w dalszej drodze limfy gubią i prawie znikają (Landois). W mleczu znajdowano nadto: cukier (według Colina w ilości do 2%), pepton związany z leukocytami, ferment diastastyczny (Grohe), sole kwasu mlecznego po spożyciu skrobi (Lehmann), ślady mocznika i leucyny (Wurtz). Badanie dokładne mleczu (według Landoisa) stwierdziło przy 90,5% zawartości wody skład następujący: ciała stałe 9,5, mianowicie białka 7,1, tłuszczów 0,9, istot wyciągowych 1,0, soli 0,4.

W przypadku naszym zasługuje na uwagę nadto jeszcze jedna okoliczność, że barwa uzyskiwanego w rozmaitych okresach płynu bywała jednak zawsze jednaka. Uwzględniając owe różnice składu chemicznego, czasami bardzo wybitne, stwierdzone przez różnych autorów, a zależne przeważnie od okresów trawienia i dyety, nie wątpimy, że w przypadku naszym mieliśmy do czynienia z czystym mleczem.

Wśród badania chorej zauważyłem od czasu do czasu kroplę owej mlecznej cieczy, zatrzymującą się w otoczeniu lub w ujściu cewki moczowej. Po dokładniejszem zbadaniu okazało się, że nie chodzi tutaj prawdopodobnie o ciecz, wypływającą z wnętrza cewki, lecz o krople, spływające z warg i zatrzymujące się przez czas jakiś w fałdzie okołocewkowym. Z drugiej jednak strony niepodobna było wyłączyć zupełnie możliwości, że niektóre przestwory chłonne, wypełnione mleczem, miały swe ujście w ścianie cewki moczowej a przedewszystkiem w okolicy samego ujścia zewnętrznego. Mocz (z wyjątkiem może pierwszych kilku kropli) był zawsze zupełnie jasny, bez żadnej domieszki cieczy mlecznej. Nie było tu zatem bezwarunkowo mowy o mleczomoczu *(Chyluria)*, ale tylko i wyłącznie chodzić mogło o mleczotok *(Chylorrhoe)*, chociażby i z możliwością ujścia przewodów do ścian cewki moczowej.

Już w tydzień po przyjęciu chorej do kliniki wycięto dwie brodawki z lewej wargi sromnej w celu badania histologicznego. Obraz histologiczny wyciętej tkanki przedstawia zmiany, których się już z góry spodziewać było można i na które niektórzy autorowie już częściowo zwracali uwagę. Nasze obrazy zgadzają się mniej więcej z obrazami, podanymi przez Matzenauera i Bornemanna. Naskórek w zagłębieniach międzybrodawkowych przeważnie nieco ścieńczały, przestrzenie międzybrodawkowe zaś szerokie i płytkie. Główną uwagę zwracają na siebie bardzo liczne różnej wielkości przestwory, wysłane wyraźnym śródbłonkiem, porozmieszczane częściowo w samem utkaniu brodawek, przeważnie jednak w tkance niżej położonej.

Niektóre, zupełnie małe okrągłe przestwory, podobne do zamkniętych drobnych torbieli, leżą w wielu miejscach bezpośrednio pod wyraźnie ścieńczonym naskórkiem. Treść tych przestworów przedstawia się przy dużem powiększeniu jako masa bardzo drobno i jednostajnie ziarnista, dająca wszędzie wyraźny odczyn tłuszczowy; gdzieniegdzie znajdujemy w niej odosobnione leukocyty (w przestworach większych), tu i ówdzie ciałko czerwone. Kształt tych przestworów na przekroju przeważnie owalny, niekiedy okrągły. Wiele z nich wyrasta w rozmaitych kierunkach w długie wypustki, które spotykając się z podobnemi wypustkami, zdążającemi do przestworów niżej położonych, zamykają w ten sposób duże lub mniejsze wysepki wiązek klejorodnych. Szczególnie w tkance, położonej tuż pod brodawkami, znajdujemy liczne wązkie i pokręcone kanały, mające wyraźne połączenie z niżej położonemi, bardzo szerokiemi naczyniami limfatycznemi. Przestwory rozmieszczone tuż pod brodawkami, są wogóle przeważnie mniejsze od niżej położonych. W niektórych miejscach odnosi się się wprost wrażenie, iż duże przestwory limfatyczne o brzegach zupełnie nieregularnych powstały z sąsiadujących mniejszych po zniszczeniu i pęknięciu ich ścianek. Dokoła skrzepłą treścią przepełnionych przestworów widzimy w tkance otaczającej liczne gromadki komórek drobnych w grubszym lub węższym pierścieniu. Przestwory same, a przedewszystkiem węższe, wysłane wyraźnym śródbłonkiem, który w wielu miejscach wystaje ku światłu naczynia. Naczynia krwionośne miejscami porozszerzane, na przekroju otoczone warstwą nacieku drobnokomórkowego, biorą, jak się zdaje, również do pewnego stopnia udział w całej sprawie. W niektórych miejscach zwraca uwagę obraz, zupełnie podobny do obrazu udaru. Spostrzegamy duży przestwór o zarysach nieregularnych, na zewnątrz, t. j. ku tkance otaczającej zupełnie otwarty; ściana przestworu, nadmiernie przepełnionego treścią, uległa przerwaniu, a treść wylewa się przez w ten sposób powstały otwór do tkanki okołonaczyniowej. Niektóre przestwory, nizko rozmieszczone, pozostają w bezpośredniej łączności z cienkimi kanałami, które przebiegają pomiędzy brodawkami ku powierzchni, a którymi wydostaje się mlecz wprost na zewnątrz. Te wązkie kanały są wysłane przeważnie aż do samej granicy ciała brodawkowego śródbłonkiem i przechodzą bezpośrednio na wysokości warstwy naskórkowej w uchyłki w postaci stożków, zwróconych podstawą ku powierzchni. Uchyłki te stanowią zewnętrzne ujścia mleczu w tworach brodawkowych warg sromnych, a wysłane są aż do samego niemal dołu wielowarstwowym naskórkiem zrogowaciałym. Złogi naskórkowe, które z powierzchni schodzą do uchyłka, wypełniają go gdzieniegdzie całkowicie, tworząc na szczycie znane perły rogowe. Dolne pokłady komórek sieci Malpighiego zawierają dosyć sporą

ilość barwika. Tkanka łączna części podbrodawkowej zupełnie prawidłowa, w otoczeniu dużych przestworów chłonnych przepojona limfą i obfituje dokoła naczyń w liczne naciski drobnokomórkowe.

Wracając do etylogii naszego przypadku, musimy jeszcze dodać, że *lymphorroe genitalium* w ścisłem tego słowa znaczeniu już o tyle musiała być wyłączoną, o ile wpływ cieczy żadnej nie doznawał zmiany ani przez wysokie ułożenie, ani przez ruchy bierne, ani wreszcie przez ucisk poniżej granicy warg sromnych. Natomiast zauważono, że wypływ zwiększa się wybitnie, jeżeli chora długo stoi, lub jeżeli zastosujemy ucisk na ścianę brzuszną. Już z góry wyłączyć musieliśmy wszystkie ogólnie znane czynniki, wiodące do rozszerzenia przewodów mleczowych, względnie do mleczotoku. I tak wyłączono przedewszystkiem postać właściwą krajom gorącym *(Filaria, Eustrongylus, Distomum, Taenia nana)*. Dokładne wywiady pozwalały stanowczo na wyłączenie wszelkiego urazu, którego następstwa mogłyby stan taki usprawiedliwić. Bardzo nieprawdopodobnem byłoby przypuszczenie jakiejś przebytej sprawy w narządach wewnętrznych, która czyto drogą następowej blizny, czy też ucisku, miałaby wywoływać przemieszczenie z częściową niedrożnością dróg mleczowych, względnie chłonnych. Badanie pozwala przynajmniej na wyłączenie wszelkiego guza w zakresie jamy brzusznej. Nadto brak zupełnie objawów kiły nabytej lub wrodzonej.

Sprawa, mogąca wywoływać wypływ mleczu z poroszerzanych naczyń chłonnych drogą warg sromnych, może polegać w naszym przypadku albo na miejscowej niedrożności w układzie limfatycznym powyżej wpływu pnia jelitowego *(truncus intestinalis)* do przewodu piersiowego, albo też na nieprawidłowem połączeniu pomiędzy naczyniami chłonnemi jelitowemi i lędźwiowemi przy równoczesnem utrudnieniu odpływu limfy ku górze. Jak wiadomo, zabiera przewód piersiowy limfę z dwu symetrycznych pni lędźwiowych *(trunci lumbales)*, które zbierają limfę z uda i części rodnych i z nieparzystego pnia jelitowego, doprowadzającego mlecz z jelita. Pomiędzy powyższymi pniami mogą istnieć połączenia, którymi może się cofać mlecz z części jelitowej i szukać sobie drogi odpływu przez części rodne.

Na obecność podobnych nieprawidłowości, tj. na możliwość podobnych połączeń powyżej wymienionych pni limfatycznych i to szczególnie po stronie lewej zwróciło już uwagę kilku anatomów, a przedewszystkiem Luschka. W naszym przypadku należałoby nadto przyjąć, że wydzielany na zewnątrz płyn nie przechodził poprzednio przez duże gruczoły krezkowe.

O ile mi z dostępnego piśmiennictwa wiadomo, znany jest dotychczas zaledwie jeden przypadek, (mianowicie Petersa), w którym rozpoznanie mleczotoku znalazło zupełne wyjaśnienie w autopsyi. Sekcya w tym przypadku stwierdziła zrosty wszystkich narządów w miednicy małej, co wywoływać musiało ucisk na wszystkie naczynia mleczowe. Prąd mleczu, który prawidłowo u człowieka stojącego płynie dośrodkowo i prostopadle ku górze, musiał torować sobie drogę tam, gdzie parcie było niższe, aniżeli w miednicy małej. W ten sposób bieg mleczu musiał stać się wstecznym, t. j. w kierunku części rodnych zewnętrznych. I tu także wypływ następował w zakresie warg większych.

Simon ogłasza przypadek z kliniki lekarskiej w Heidelbergu z rozpoznaniem *Chylothorax dexter et lymphangiectases extremitalis sinistrae* (Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie 1900 Bd. V). W przypadku jego chodziło o stałe obrzmienie lewej kończyny. Sekcya stwierdziła duże, jamiste rozszerzenie naczyń chłonnych, które rozpoczynały się w udzie i towarzyszyły ku górze dużym naczyniom krwionośnym aż do zbiornika mleczu *(cisterna chyli)*, a stąd pozwalały się śledzić dalej do śródpiersia i do jamy opłucnej prawej. Przewód piersiowy był w tym przypadku silnie uciśnięty.

W przypadku naszym ani wywiady, ani wynik badania nie nasuwają przypuszczenia jakichś zmian, wiodących do ucisku w zakresie miednicy małej. W dostępnem mi piśmiennictwie znajduje się około dwudziestu przypadków naczyniaków chłonnych, względnie przypadków upływu limfy w najrozmaitszych postaciach, w których ciecz wydzielana miała cechy cieczy mleczystej. Otóż z liczby ogólnej wszystkich tych przypadków chodzi jedynie w przypadkach Leberta, Petersa, Hensena i Cartera niewątpliwie o mlecz.

Jakkolwiek nie mamy prawa w przypadku naszym wyłączyć stanowczo jakiejś sprawy, mogącej być przyczyną przemieszczenia względnie ucisku przewodów mleczowych, co mogłoby wywoływać wprost i bezpośrednio cofanie się cieczy w tych przestworach, to jednak odnośnie do tego, co już powyżej przytoczyłem, pozostawić musimy ten domysł na ostatnim planie. Mamy natomiast wszelkie dane, zgodnie ze zdaniem Esmarcha, Langhansa, Hafekorna i Bornemanna, przypuszczać, że jednak przyczyną opisanego cierpienia jest wadliwe ukształtowanie dróg limfatycznych w znaczeniu wywodów anatomów (Luschka) o których wyżej wspomniałem.

Dla dokładności muszę nadmienić, że ranka, powstała na wardze sromnej po wycięciu małego kawałka skóry (celem badania drobnowidowego), goiła się bardzo powoli i w nader niekorzystnych, a od nas niezależnych, warunkach. Wygojenie nastąpiło dopiero po upływie kilku tygodni i to oczywiście przez zagojenie się pośrednie *(per secundam intentionem)*. Przyczyna tego leżała bezwarunkowo i bezsprzecznie w nieustannem nasiąkaniu ranki mleczem. Wydzielina dostawała się niemal bez przerwy przez szwy na zewnątrz i unosiła brzegi ranki ku górze. Chora wyszła też z małą przetoką mleczową do domu. Kiedy po trzech miesiącach miałem sposobność powtórnie badać chorą, przekonałem się, że ranka po wycięciu skrawka niemal w zupełności się zabliźniła z wyjątkiem drobnego otworu środkowego, z którego wydzielał się mlecz dużemi kroplami.

Sprawa leczenia mleczotoku schodzić musi do rzędu czysto teoretycznych rozumowań. Wszelka kauteryzacya brodawek, czy to w postaci galwanopunktury, czy też jako przyżeganie, zdaje się już z góry wobec co dopiero wymienionych niekorzystnych warunków gojenia przeciwwskazaną. Malherbe polecał w celach leczniczych mierny, lecz o ile możności stały ucisk odpowiednich części skóry i tkanki podskórnej i przytacza przypadek częściowego wyleczenia sprawy chorobowej w ciągu lat trzech. Zdaniem mojem zasługiwałoby na uwzględnienie w podobnych przypadkach użycie elektrolizy, którąby polegała na wprowadzeniu ka-

tody zakończonej igłą do poszczególnych otworów, względnie pęcherzyków, przy zastosowaniu bardzo słabych prądów i to w okresie ustania wydzieliny. Pożądany cel leczenia stanowiłby częściowy zanik poszczególnych przewodów z pomocą świeżo wytworzonej tkanki łącznej.

O stosowaniu tuberkuliny w gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego.

(Wykład na X Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w lipcu 1907).

Przez

Kazimierza Dłuskiego

Dyrektora Sanatoryum w Zakopanem.

I.

Dwoma najważniejszymi momentami w obecnej walce z gruźlicą, zarówno z punktu społecznego, jak i klinicznego są: wczesne rozpoznanie sprawy chorobowej i wczesne, zgodne z pojęciami obecnej terapii gruźliczej, leczenie.

Pomimo wydoskonalenia metody fizycznego badania płuc w ciągu ostatnich 3 lub 4 dziesiątków lat, w czem duża zasługa przypada szkole sanatoryalnej, wszyscy świadomi rzeczy specyaliści jednozgodnie narzekają na niedostateczność tej metody. Gdy chodzi o głębsze ukryte ogniska, które pozwalają przypuszczać swe istnienie całym szeregiem ubocznych zjawisk, jak np. nieznaczne podupadnięcie ogólnego odżywienia ustroju, lub nie wielkie, ale stałe i nie dające się bliżej wytłómaczyć, wzniesienia ciepłoty — rozpoznanie jest trudnem.

Z drugiej znów strony sama metoda leczenia higieniczno-dyetetyczna została ostatnimi czasy zakwestyonowana. Ma ona wprawdzie za sobą przeszło pół wieku doświadczenia i oparta jest na realnym gruncie swych własnych wyników. Tem zaś stworzyła sobie zasłużone i powszechne uznanie.

Zdawało się, że po bankructwie »farmaceutycznego« leczenia gruźlicy płuc panowała ona niepodzielnie w całym świecie cywilizowanym[1]). A jednak poddano ją ostatnimi czasy dość ostrej krytyce z dwóch punktów widzenia. Raz ze społecznego stanowiska, z racyi, że świetne na pozór wyniki przy opuszczaniu sanatoryów przez chorych z biegiem bliskich już lat liczbowo maleją. Tu pozwolimy sobie przypomnieć obszerne polemiki w prasie fachowej niemieckiej po ogłoszeniu statystyki Engelmana i Reichego, które się odbiły i w naszej prasie (36). Następnie, w miarę olbrzymich naukowych prac nad gruźlicą w ostatnich latach, w miarę postępu wiedzy bakteryologicznej, skuteczność stosowania wyłącznego metody higieniczno-dyetetycznej uległa wątpliwości ze stanowiska czysto naukowego, z punktu widzenia nowych pojęć o uodpornieniu ustroju na zarazki i ich toksyny.

Genialne odkrycie Kocha w 1890 r. otworzyło nowe drogi. »Najzawziętsi przeciwnicy muszą mu to przyznać« — powiada Chełchowski (41). Wracając do zasadniczych kwestyi, wczesnego rozpoznania gruźlicy płuc oraz wczesnego skutecznego swoistego leczenia, możemy powiedzieć, iż obracają się one około dwóch głównych osi: tuberkulina (lub tuberkuliny) Kocha i sero-dyagnostyka Arloinga i Courmonta. Wszystkie inne tuberkuliny nie są niczem innem, jak przeróbkami lub odmianami pierwotnego preparatu, wynalezionego drogą genialnych pomysłów przez Kocha.

Stara tuberkulina Kocha, opisana w pracy jego »Weitere Mittheilungen etc.« Deut. M. Woch. 1890 N. 46a — nowa, opisana w »Neue Tuberkulinpräparate« D. M. Woch. 1897 N. 14 i jeszcze nowsza w »Ueber die Agglutination etc.« D. M. Woch. 1901 N. 48. — Będziemy je nazywali następującym sposobem:

1) Stara tuberkulina — T (wedle nomenklatury Kocha i C. Spenglera).

2) Warstwa powierzchowna preparatu 1897 r. — TO. Osad z niego, czyli »nowa tuberkulina« — TR.

3) Nowa tuberkulina 1901 r. (zawiesina laseczników) BE (»Bacillenemulsion«).

4) Tuberkulina bydlęca C. Spenglera — PTO (wedle nomenklatury C. Spenglera).

5) »Bouillon filtré« Denysa — BF.

6) Tuberkulina Beranecka — TBK (wedle nomenklatury Sahliego).

7) Laseczniki gruźlicy ludzkiej — TBC.

8) Laseczniki perlicy — PTBC.

Nad metodą Arloing-Courmonta długo zatrzymywać się nie będziemy. Jako środek rozpoznawczy została ona niemal odrzuconą w Niemczech w szeregu prac pierwszorzędnych uczonych i klinicystów, jak Koch (120), Beck i Lidia Rabinowicz (12), Bandelier (32), Fischer (74) i w. i.

Wszyscy jednogłośnie dochodzą do wniosku, że metoda Arloinga-Courmont daje wyniki bez wątpienia ujemne u chorych na gruźlicę, dodatnie zaś u ludzi zupełnie zdrowych. Jeden tylko Romberg (197) w Niemczech wydaje się być zwolennikiem i to bardzo względnym tej metody[2]).

W naszej literaturze znajdujemy bardzo poważną, na podstawie własnych doświadczeń przeprowadzoną krytykę sero-dyagnostyki przez Eisenberga i Kellera (50). W pracy ich szeroko została uwzględniona literatura tej sprawy. — Karwacki (135) również twierdzi, że aglutynacya może się zdarzać u ludzi wolnych od gruźlicy i nie pojawić się u chorych, dotkniętych wyraźną gruźlicą.

Pozostają więc tuberkulina Kocha i niektóre jej odmiany, któremi się bliżej zajmiemy. Aby wyświetlić w następstwie cały szereg zagadnień spornych i uwydatnić całą doniosłość gorącej polemiki wśród ftyzyoterapeutów na gruncie tej sprawy pierwszorzędnej wagi, musimy się zwrócić do pierwotnego źródła, do pierwszych prac Kocha, a więc: prace dotyczące T (1890 r.), prace dotyczące TK i TO (1897) i prace o aglutynacyi (1901 r.) — tamże wzmianka o ostatnim preparacie BE.

Jako najbardziej wybitną cechę T uważa Koch jej swoiste działanie, które określa następującymi słowy: »najważniejszą właściwością tuberkuliny jest jej swoiste działanie na sprawy gruźlicze, jakiegobykolwiek rodzaju one były[3])« (116). A więc nietylko gruźlica płuc, ale gruźlica gruczołów, ukryta gruźlica kości, wątpliwa gruźlica skóry itd.

[1]) O leczeniu lekarstwami, jako swoistem dla gruźlicy, mówić nie będziemy. Księgi jego, po całych wiekach prób, już są zamknięte. Na Zjeździe w Berlinie w 1899 r. taki znany specyalista farmakolog, jak Kobert, wyraźnie oświadczył, że żadnych swoistych leków na gruźlicę nie posiadamy, a najlepszym środkiem leczniczym jest metoda higieniczno-dyetetyczna. Niedawno jeszcze dosadniej tę rzecz sformułował Renzi (209). »Lekarz-specyalista nie powinien zapisywać żadnych leków na gruźlicę. Do wniosku takiego dochodzą najlepsi badacze tej choroby w najnowszych swych dziełach«.

[2]) Na Kongresie paryzkim w 1905 r. cały szereg klinicystów, Hawthorn, Bard et Humbert, Saburéanu, Salmon i inni, opierając się na materyale dotyczącym setek chorych, przychodzą do wniosku, że dodatni wynik serodyagnostyki odgrywa wielką rolę w rozpoznaniu gruźlicy (Congrès Inter. de Tuberculose T. I, str. 337—373).

[3]) Nie będziemy opisywali szczegółów przygotowania starej tuberkuliny, gdyż są to rzeczy powszechnie znane z prac Kocha. Tutaj pragnęlibyśmy przypomnieć, że już przed Kochem w 1890 r., a w każdym razie niezależnie od niego, Helman (98) i Bujwid (18) przygotowali wyciągi z hodowli laseczników gruźlicy w Instytucie medycyny doświadczalnej w Petersburgu u M. Nenckiego (Bujwid rozpoczął swe doświadczenia w Warszawie, a ukończył w Petersburgu). Pierwszy hodował TBC na pożywce z kartofli, drugi na agarze glicerynowym. Wyciągi z hodowli stosowali u zwierząt i otrzymywali skutki bardzo podobne do działania starej tuberkuliny Kocha.

Swoiste działanie spostrzegał i opisał dokładnie na toczniu skóry. Szczegółów nie podajemy. Znajdują się one w dawnej, bardzo wyczerpującej pracy Chełchowskiego (41). Krótką, ale treściwą wzmiankę znajdujemy w nowej pracy Dębińskiego (47). Działanie to, jak wiadomo, polega w swych końcowych wynikach na martwicy i wydaleniu tkanki gruźliczej z ustroju. Takie działanie tuberkuliny uważał Koch za sprawę leczniczą, za proces gojenia się ognisk gruźliczych. Takie same zmiany jak w toczniu, powinny były, zdaniem jego, zachodzić i w płucach. »Trzeba przyjąć — powiada on — że w płucach, jak w toczniu odbywają się podobne zmiany« (116). A później w uzupełnieniu dodaje rzecz wielkiej wagi, a mianowicie: »Zaznaczam, że nie chodzi o zabicie znajdujących się w tkance laseczników, lecz o to, że tkanka zawierająca je, jest przez tuberkulinę zaatakowana«. A wreszcie powiada: »Tuberkulina niszczy tkankę gruźliczą, lecz tylko w pewnych granicach, tj. tylko żywotną tkankę gruźliczą, lecz nie martwą już, jak np. obumarłe, zserowaciałe, zmartwiałe masy kości i t. d.« (116). Z tych właściwości działania tuberkuliny wypada wedle Kocha wysoce szczególne jej zachowanie się, a mianowicie: »że może być stosowaną w bardzo szybko wzrastających dawkach«. We 3 tygodnie można dojść do dawki 500 razy większej od początkowej. — Jednocześnie z działaniem miejscowem opisał Koch szczegółowo odczyn ogólny, jaki wywołuje tuberkulina w ustroju, dotkniętym gruźlicą, podkreślając wielką w tym względzie różnicę między świnką morską, a człowiekiem. »Obliczając w stosunku do wagi ciała, już $^1/_{1500}$ część tej ilości tuberkuliny, która nie wywiera żadnego widocznego wpływu na świnkę morską, działa bardzo silnie na człowieka« (116). Wszystkie znów szczegóły tego odczynu opisał na samym sobie, po wstrzyknięciu 0,25 ctm.³. Ale dalej Koch zaznacza, że tuberkulina wywołuje odczyn nietylko u gruźliczych, ale i u zdrowych ludzi. Jako granicę uważa on dawkę 0,01 ctm.³. Przy tej dawce u większej części ludzi zdrowych występują lekkie bóle w członkach, szybko mijające niedomaganie, wreszcie ciepłota podnosi się do 38° i wyżej. Na tę samą dawkę oddziaływują dotknięci gruźlicą zwykle w 4—5 g. po wstrzyknięciu dreszczami i podniesieniem się ciepł. do 39° często do 40° a nawet do 41°, przyczem następuje wielkie niedomaganie, pobudzenie do kaszlu, ból w członkach, często nudności i wymioty, czasem żółtaczka lub podobne do odry wysypki i t. d. Taki stan trwa kilkanaście godzin. Jednem słowem następuje wielkie zaburzenie w ustroju. Ponieważ odczyn taki występował bez wyjątku »przy jakiejkolwiek sprawie gruźliczej w ustroju«, więc stąd wniosek, że »tuberkulina jest niezbędnym środkiem rozpoznawczym« (116).

Działanie swoiste tuberkuliny opisał u nas dokładnie Bujwid w swych doświadczeniach nad zwierzętami. Jako główne wyniki tych doświadczeń podaje on, że zwierzęta zdrowe są bardzo mało wrażliwe w przeciwieństwie do chorych na gruźlicę, u których pod wpływem tuberkuliny owrzodzenia gruźlicze mogą być zupełnie wygojone, zaś rozwój gruźlicy może być na pewien przeciąg czasu powstrzymany. Świnki morskie np. żyły 7—8 miesięcy. Po śmierci znaleziono w ogniskach gruźliczych bardzo mało laseczników (19, 20, 25).

Jaki ma być sposób postępowania przy stosowaniu tuberkuliny w celach rozpoznawczych, o tem później pomówimy, a teraz wracamy do samego leczenia, pytając odrazu z punktu klinicznego: 1) jakie są wskazania, czyli jakie okresy chorób płucnych nadają się do leczenia, 2) jakie dawki i jak mają być stosowane lub zmieniane stosownie do stanu chorego, 3) jakie mianowicie wyniki daje podobne leczenie. — Tutaj z góry musimy zaznaczyć, że znajdujemy u Kocha wiele rzeczy sprzecznych i zdaje się nam, że z tego wynikł cały szereg następstw, szkodliwych dla samej sprawy tuberkuliny. W jednem miejscu Koch powiada: »Punkt ciężkości nowej metody leczniczej polega na możliwie wczesnem jej stosowaniu. Początkowe okresy suchot winny być właściwym przedmiotem leczenia tuberkuliną, a wtedy może ona wykazać w całej pełni swe skutki« (116). Z niemi na równi postawioną jest gruźlica chirurgiczna. W uzupełnieniu takiej tezy dodaje, że nie trzeba schematyzować i stosować bez różnicy tuberkulinę u wszystkich gruźliczych. Pomimo to w tejże samej pracy wyraźnie powiada, że dzięki tuberkulinie chorzy »z jamami gruźliczemi nie zanadto wielkiemi doznali znacznego polepszenia i byli prawie wyleczeni« (116). Nawet chorzy »z licznemi i dużemi jamami doznawali podmiotowego, wprawdzie przejściowego, polepszenia w znacznej większości przypadków, dzięki tuberkulinie (zmniejszenie wydzieliny, lepsze samopoczucie i t. d.)« (116). Jeżeli zaś nie nastąpiło polepszenie przedmiotowe w płucach, to z racyi obecności w jamach drobnoustrojów ropotwórczych i dużych już zmian patologicznych w innych narządach.

Przytoczywszy zapatrywania Kocha pytamy, czy wskazania dla stosowania tuberkuliny są jasno i wyraźnie sformułowane? Czyż zestawienie to nie wskazuje, że wolno wyjść, nie krępując się, daleko po za ramy pierwotnego okresu suchot i gruźlicy chirurgicznej? Rzeczywistość odpowiedziała na te pytania. Zwolennicy Kocha uporczywie twierdzą, że myśli mistrza nie zostały należycie zrozumiane, że w owym pamiętnym okresie (1890—1891) trzeba było stosować tuberkulinę tylko we wczesnych okresach gruźlicy. Nie można przecie całemu szeregowi znakomitych klinicystów robić zarzutu, że lekkomyślnie i nieostrożnie stosowali tuberkulinę, skoro nie było wyraźnych wskazówek od twórcy metody.

Przejdźmy teraz do dawkowania. Dla tocznia, dla gruźlicy gruczołów, kości i stawów wyznaczył Koch początkową dawkę 0,01 ctm.³. Dawkę tę należy po ustaniu wszelkiego odczynu, co 1—2 tygodni powtarzać i iść w takim porządku dalej.

Tym sposobem w miarę powtarzania dawek, odczyn staje się coraz słabszy, aż wreszcie zupełnie znika. Jako skutek takiego postępowania wypada: »szybkie wyleczenie w świeżych przypadkach i zwolna postępujące polepszenie w ciężkich« (116).

Od takiej samej dawki zaczynał Koch u suchotników. Ponieważ jednak okazała się za duża, więc zniżył ją do 0,002 ctm.³, a nawet do 0,001 ctm.³, »gdyż suchotnicy, jak powiada — prawie stale na te dawki oddziaływają«. Słowo »oddziaływają« podkreślamy.

Dalsze postępowanie jest następujące: Z reguły, jeśli po 0,001 następowało podniesienie ciepłoty, to ta sama dawka powtarzała się codziennie tak długo, dopóki odczyn nie ustąpił[4]). Wtedy przechodziło się do 0,002, powtarzając, dopóki odczyn nie zniknął. I znów stopniowo 0,0001 więcej przy każdej dawce, aż do maksymalnej dawki 0,01 lub wyżej. »Takie łagodne postępowanie — powiada Koch — wydało mi się najbardziej wskazanem u takich chorych, których stan ogólny był słabszy. Tym sposobem chory niemal bez wzniesienia ciepłoty i niepostrzeżenie dla siebie mógł dojść do dużych dawek środka« (116). Niektórzy silniejsi chorzy byli leczeni od początku bądź większemi dawkami, bądź też forsownem ich podnoszeniem i »zdawało się« — powiada Koch — »jakoby pomyślny skutek odpowiednio wcześniej się zjawiał«.

Już wyżej wspomnieliśmy, że zmiany w płucach pod wpływem tuberkuliny odpowiadają zmianom w toczniu skóry. Wyrażają się one na zewnątrz całym szeregiem objawów przedmiotowych i podmiotowych. Po pierwszych wstrzykiwaniach kaszel i plwocina zwiększają się, później zaś zmniejszają się i znikają. Plwocina z ropnej zmienia się na śluzową. Jednocześnie ilość laseczników się zmniejsza, znikają poty, waga się zwiększa, stan ogólny chorego polepsza się.

[4]) Tutaj także pewna sprzeczność w zestawieniu z dalszemi pracami Kocha; mówiąc o TR tak powiada: »gdy przy starej tuberkulinie, a także TO w celu otrzymania efektu leczniczego musi być wywołany odczyn, przy TR trzeba go unikać itd.« (121). Na pytanie, dlaczego tam wypada wywołać, a tu unikać odczynu, odpowiedzi nie znajdujemy.

Ostateczne skutki leczenia określa Koch w tych słowach: »Wszyscy chorzy znajdujący się w początkowym okresie zostali w ciągu 4—6 tygodni uwolnieni od wszelkich objawów chorobowych tak, że można było uważać ich za wyleczonych« (116).

W kilka miesięcy potem Koch określił bliżej właściwości tuberkuliny, a mianowicie, że zawiera ona pewną ilość substancyi zmartwiającej (nekrotyzującej), wskutek czego przyspiesza obumieranie dokoła ognisk gruźliczych, a tem samem z jednej strony uniemożliwia na takim niepodatnym gruncie rozwój laseczników, z drugiej ułatwia wydalanie tkanki obumarłej. Jest ona: »substancyą, której działanie na ustrój, dotknięty gruźlicą, znacznie przewyższa działanie wszystkich nam znanych dotąd i najsilniej działających środków leczniczych« [5]) (118).

Natomiast skutki lecznicze wyglądały wówczas cokolwiek skromniej, niż na początku. Na podstawie własnego doświadczenia i wiadomości listownych udzielonych mu przez lekarzy powiada, że tuberkulina »daje mniej lub więcej daleko idące polepszenia i w niemałej ilości przypadków nawet wyleczenie« (118). To »nawet« jest zastrzeżeniem wielce charakterystycznem. Istotnie, gdy wglądniemy do ówczesnej fachowej literatury niemieckiej, to słowo »nawet« da się obrócić w innym kierunku, a mianowicie, że tuberkulina sprowadza rzadko kiedy polepszenia, częściej zaś mniej lub więcej daleko idące pogorszenia, a nawet śmierć. Wszystkie pozycye ówczesnego bilansu tuberkuliny zostały zestawione w bardzo cennej pracy Hammena, do której ciekawych odsyłamy (97). Tu zaś chcemy przypomnieć polskim czytelnikom najbardziej ciekawe wypadki z tuberkuliną, oraz opinie znanych uczonych i klinicystów.

II.

Na pamiętnych posiedzeniach Tow. Lek. Berlińskiego w styczniu 1891 r. cały szereg znakomitych anatomo-patologów z Virchowem na czele, wykazał na obfitym materyale sekcyjnym wszelkie zgubne skutki ówczesnej metody tuberkulinowej. Pozwolimy sobie zanotować ważniejsze: Zaznaczamy tu: Świeże i liczne owrzodzenia jelit (Virchow). Przebicie opłucnej z następczą odmą u 25-letniego silnego studenta po 9 wstrzyknięciach (Virchow). Niezwykle wybitna gruźlica prosówkowa w płucach, śledzionie, wątrobie i nerkach u 54-letniego człowieka, dotkniętego prawostronnem zapaleniem opłucnej, przy dobrym stanie ogólnym, bez gorączki i utraty wagi. Śmierć nastąpiła po 5 wstrzyknięciach w dawkach każdorazowych 0,005 gr. i w następujących odstępach czasu: 26/XI, 1/XII, 10/XII, 31/XII 1890 i 9/I 1891. Po każdem wstrzyknięciu ciepłota podnosiła się do 40° i od pierwszego wstrzyknięcia gorączka ciągła (Virchow) (245 i 246). A dalej przedstawienia na tychże posiedzeniach Tow. Lek. następujących przypadków: Chora, dotknięta gruźlicą dziąseł i dwoma owrzodzeniami przegrody nosowej. Po 23 wstrzykiwaniach (ostatnia dawka = 0,013), którym towarzyszyły ciepłoty dochodzące do 40,9°, wielkie obrzmienie w całym nosie i na dziąsłach, wydzielanie się obumarłych strzępów i nowe gruzełki w głębi tkanek, wreszcie raptowne zaczerwienienie i pokazanie się szarych gruzełków na lewym łuku i na lewym migdale (B. Baginsky) (13). Ograniczona gruźlica języka, po wstrzykiwaniach tuberkuliny obrzmienie i naciek zwiększają się, owrzodzenia rozszerzają się (Albert Fränkel) (62). W gruźlicy krtani obok polepszeń znaczne pogorszenie i ostre rozszerzenie się sprawy po 18 wstrzyknięciach (razem 0,06 gr.). Tenże autor w innem miejscu tak powiada o krtani: »W przebiegu wstrzykiwań może dojść do nowego rozsiania w miejscach dotąd nietkniętych« (63). — Rozszerzenie owrzodzenia na dolnej wardze i powstanie w sąsiedztwie drobnych guziczków przy równoległem znacznem pogorszeniu w płucach opisał Sokołowski. Przypisuje on z wielkiem prawdopodobieństwem winę tuberkulinie (7 wstrzyknięć razem 0,029 gr.), a to z tego względu, iż pogorszenie nastąpiło już po 10 dniach stosowania tuberkuliny, gdy przed wstrzykiwaniami stan pozostawał bez zmiany już od 9 miesięcy (216).

Duże nacieki płuc i gruźlicę prosówkową uważa Fürbringer »za niewątpliwy bezpośredni skutek leczenia metodą Kocha«. Powikłania te, wedle jego statystyki, dotyczącej 156 chorych, zdarzają się znacznie częściej właśnie u suchotników leczonych tuberkuliną (58 i 59). Hansemann zaś ostrzega przed niebezpieczeństwem tuberkuliny w następujących słowach: »W możliwości rozsiania gruźlicy leży tak wielkie niebezpieczeństwo, że wszelkie inne, jak np. nacieki płucne, przebicie jelit, porażenie serca itd. wydają się rzeczami podrzędnemi, choć widocznie dość często się zdarzają« (89). W kilka miesięcy potem, a mianowicie na Zjeździe medyc. wew. w Wiesbadenie w kwietniu 1901 r. Ziegler, rozpatrując zmiany anatomo-patologiczne, wywoływane tuberkuliną w ogniskach gruźliczych i ich otoczeniu, ostrzegał również przed możliwością rozsiania się laseczników z tych ognisk do oddalonych części ustroju i powstania z tych ogólnej gruźlicy prosówkowej (257).

Na tymże Zjeździe Heubner z tych samych przyczyn »odradza stanowczo stosowania tuberkuliny u dzieci, zarówno w ostrej jak i przewlekłej gruźlicy płuc« (93).

U nas Dunin i Dąbrowski (48) wskazali na niebezpieczne działanie tuberkuliny, gdyż wywołuje rozsianie TBC dokoła ognisk gruźliczych i ich rozpad.

Przejdźmy do kliniki. Powołamy się przedewszystkiem na naszych autorów, jak Gluziński i Korczyński. Pierwszy z nich położył nacisk na ujemne działanie tuberkuliny na narząd krążenia i przytacza przykłady wielce charakterystyczne. Uważa także, iż wywołuje ona krwioplucia wskutek przekrwienia gruźliczej tkanki w płucach. Spostrzegał on krwioplucia w połowie przypadków, przeważnie na początku odczynu (80 i 81). Drugi zaznacza, że nawet niewielkie dawki u ludzi zdrowych przyspieszają tętno i oddech, sprowadzają bole głowy i biegunkę i zwiększenie śledziony i wątroby (123 i 125). A. Fränkel (63) na 32 średnio chorych spostrzegał w 4 przypadkach lekki przejściowy białkomocz, w 2 — zwiększenie się odczynu dwuazowego, a w jednym przypadku gruźliczego zapalenia ucha środkowego po pierwszem wstrzyknięciu tak obfitą wy-

[5]) Nie wdawaliśmy się w szczegóły wydobywania tuberkuliny Kocha, gdyż są podane w każdym podręczniku bakteryologii. Natomiast musimy wspomnieć w kilku słowach o tuberkulinie Beranecka i »Bouillon filtré« Denysa, gdyż w sposobie przygotowania różnią się od Kocha i wedle autorów, również i w działaniu na ustrój gruźliczy; w dalszym zaś ciągu o stosowaniu tych przetworów mówić będziemy. Beraneck przygotowuje swą tuberkulinę z połączenia toksyn zewnątrz- i wewnątrz-komórkowych Dla otrzymania pierwszych używa bulionu pochodzącego z macerowania 500 gr. mięsa cielęcego na zimno w ciągu 2 godzin w 1 litrze wody przekroplonej i nie dodaje ani peptonów, ani alkaliów, a tylko 5—6% gliceryny. Bulion tym sposobem ma odczyn kwaśny; po zaszczepieniu hodowli bulion zostaje przesączony przez bibułę, a później przez świeczkę Chamberlanda. Później zostaje odparowany w próżni do gęstości syrupu. »Bulion mój TB zawiera — powiada Beraneck — wyłącznie wytwory, wynikające ze wzajemnych spraw życiowych zachodzących między lasecznikiem i danem środowiskiem hodowli. Wytwory te nie podlegały żadnym manipulacyom ani fizycznym ani chemicznym, któreby mogły zmienić ich właściwości«. Następnie zapomocą kwasu orto-fosforowego 1% robi wyciąg toksyn wewnątrz-komórkowych z samej protoplazmy laseczników. Szczegółów manipulacyi nie podajemy — znajdują się w »Rev. Méd. dela Suisse Romande» Nr. 10 1905. »Koniec końców« — powiada Beraneck — »moja tuberkulina odróżnia się od innych: 1) samym składem środowiska hodowli, 2) obecnością substancyi białkowej, wyciągniętej z ciała lasecznika zapomocą kwasu orto-fosforowego 1%. Jest więc ona mieszaniną toksyn zewnątrz (TB) i wewnątrz-komórkowych (AT), rozpuszczonych kwasem orto-fosforowym. Formuła jej jest TB + AT (28). Co się tyczy »Bouillon filtré« Denysa (BF), to pozwolimy sobie pokrótce przytoczyć jego własne słowa, określające różnicę między BF a tuberkuliną starą Kocha. »BF różni się od niej pod dwoma względami: 1) nie był on ogrzewanym, a więc nie utracił częściowo swych właściwości uodparniających wskutek działania temperatury 80—100°. 2) Nagrzewanie u Kocha nie tylko zmieniło i uczyniło nierozpuszczalnemi pewne substancye rozpuszczone w bulionie, ale zapewne wyciągnęło inne z ciała laseczników. Tuberkulina stara Kocha różni się więc od BF wyeliminowaniem substancyi podlegających zmianom wskutek ogrzewania, a również obecnością substancyi, wyciągniętych na gorąco z ciała laseczników« (45).

dzielinę, jakiej ani razu w ciągu 3 tygodni przedtem nie było, nadto znalazł mnóstwo laseczników w ropnej wydzielinie.

Baumler na 60 chorych w różnych okresach gruźlicy płuc i z powikłaniami w innych narządach, jak jelita, krtań, kości etc., przy dawkach 0,005 — 0,03 gr, spostrzegał w kilku przypadkach pojawienie się odczynu dwuazowego i naodwrót »zniknięcie w jednym przypadku pod wpływem wstrzykiwań« (14).

Rumpf na 60 chorych, z których wielu w początkowym okresie gruźlicy (początkowe dawki u dorosłych 0,001 gr., u dzieci — 0,0002 gr.), spostrzegał w jednym przypadku przejściową dusznicę bolesną, w 2 przypadkach bredzenia; w kilku przypadkach zwiększenie się istniejącej jamy, a w jednym pojawienie się tam, gdzie jej na pewno przedtem nie było (195).

Stintzing spostrzegał u studenta z początkującą gruźlicą płuc pojawienie się bolów i obrzmienia przy otworze stolcowym, oraz utworzenie się przetoki z lasecznikami i to po 2-iem wstrzyknięciu (214).

Arnstein w swych spostrzeżeniach z klinik berlińskich (w końcu 1890 r.) zapisuje następujące powikłania: 1) śpiączka (*sopor*), 48 godzin trwająca, po jednem tylko wstrzyknięciu, 2) drgawki i porażenie nerwu twarzowego przy zapaleniu ucha środkowego po jednem tylko wstrzyknięciu, 3) krwioplucie w godzinę po wstrzyknięciu. Z drugiej jednak strony mówi o kilku przypadkach polepszenia (7).

Srebrny w tymże samym czasie w Berlinie »nie widział ani jednego zupełnie wyleczonego przypadku gruźlicy, bądź płucnej, bądź chirurgicznej« (240).

Prior u 70 chorych różnych rodzajów, a więc obok gruźlicy płuc, gruźlicy kości, gruczołów, krtani, jelit, otrzewnej, pęcherza, jąder itd. spostrzegał: oddech przyśpieszony, tętno dwubitne, przepuszczające i dziwaczne (paradoksalne), a zwłaszcza objawy nerwowe: jak np. silne bole głowy, niepokój, nawet bredzenie w takim stopniu, że wyglądało na ostrą psychozę (187).

Jarisch opisuje następujący przypadek: Młoda dziewczyna, 17 lat, źle odżywiona, przez $1\frac{1}{2}$ roku cierpiała na biegunkę, w grudniu 1889 przechodziła grypę, ale w ostatnich miesiącach 1890 »czuła się stale dobrze i widocznie odżywianie jej się polepszało«; dostała jedno wstrzyknięcie 0,002 gr. przeciw toczniowi twarzy, dawniej miejscowo odpowiednimi środkami leczonemu i już w 5 godzin po wstrzyknięciu ciepłota podskoczyła przy silnym dreszczu i tętnie 140 do 39,6 C°; w 9 godzin potem była w stanie zapadu i zmarła w 36 godzin (99).

Podobny przypadek opisuje Oppenheim, jeden z tych nielicznych klinicystów, który widział dobre skutki tuberkuliny już po 6—8 tygodniach leczenia u wszystkich lekko chorych, a także u niektórych ciężko chorych z jamami i to takich, którzy dotąd bez skutku leczyli się na południu. Spostrzegał on u nich poprawę stanu ogólnego, oraz miejscowego w płucach. Otóż opisuje on przypadek 22-letniego chorego, dotkniętego już w 10 roku życia gruźlicą kości i z tego powodu operowanego, obecnie osłabionego, z gruźlicą gruczołów i wyraźnemi zmianami szczytowemi, z utratą wagi w ciągu ostatnich miesięcy, lecz bez gorączki. Jedno wstrzyknięcie 0,002, wywołało w $3\frac{1}{2}$ godziny wymioty. W $5\frac{1}{2}$ godzin po wstrzyknięciu ciepłota 40°, tętno 144, a we $12\frac{1}{2}$ śmierć poprzedzona dręczącem pragnieniem i wymiotami (178).

Albo przypadek Rütimeyera, dotyczący 33-letniego silnie zbudowanego murarza z początkującą gruźlicą, który po 16 dniach leczenia (razem 0,165 gr. tuberkuliny) dostaje zapalenia opon mózgowych i we 3 dni umiera (194).

Ale oprócz autorów, którym się wydarzyły całe szeregi takich różnorodnych i takich ciężkich powikłań, mamy opinię pierwszorzędnych klinicystów, wypowiedzianą wprawdzie bardzo ostrożnie, ale wyraźnie nieprzychylną dla tuberkuliny.

Weber na 55 różnorodnych chorych (płuca, krtań, jelita, gruczoły, toczeń) przy początkowych dawkach 0,0005 do 0,005 podaje poprawy u 24, ale jednocześnie dodaje, że tuberkulina jest wcale niepewnym środkiem rozpoznawczym i daje wątpliwe skutki lecznicze (248).

Leyden, opierając się na materyale 66 chorych (nie gruźliczych lub tylko podejrzanych o gruźlicę) bardzo sceptycznie wyraża się o wartości rozpoznawczej tuberkuliny, uważając, że próbne wstrzykiwania nie są pozbawione niebezpieczeństwa i mają tylko wartość ograniczoną (138).

Ewald poddaje leczeniu 114 bardzo lekko chorych i ma dwa nieszczęśliwe wypadki: jeden — pojawienie się świeżej sprawy prosówkowej na opłucnej, drugi — śmierć wśród krwotoków przy utworzeniu się świeżej jamy. Ostateczny wynik formułuje w następujących słowach: »Dotąd nie widziałem ani jednego przypadku, o którym mógłbym powiedzieć, iż został wyleczony« (49).

U nas Przedborski leczy 10 chorych (materyał mieszany: gruźlica płuc, krtani, stawów i skóry) w szpitalu w Łodzi, systematycznie w ciągu niemal 4 miesięcy i tylko w jednym przypadku spostrzega »czasowe uzdrowienie«. U reszty stan bez zmiany lub wyraźne pogorszenie (193).

Ciekawymi wobec wyników leczniczych w szpitalach i klinikach były wyniki podane przez Dettweilera na Zjeździe w Wiesbadenie (1891 r.). U 141 chorych, leczonych w ciągu $3\frac{1}{2}$—$4\frac{1}{2}$ miesięcy w Sanatoryum w Falkenstein, a więc w wybornych warunkach higienicznych, tuberkulina w połączeniu z metodą higieniczno-dyetetyczną dała następujące wyniki:

wyleczenie	3,1%
polepszenie	33,6%
bez zmiany	39,6%
pogorszenie	19,0%
śmierć	4,7%
razem . .	100%.

»Są to — powiada Dettweiler — w porównaniu z tem, cośmy dotąd otrzymywali, wyłącznie metodą higieniczno-dyetetyczną, nadspodziewanie małe, prawie przygnębiające wyniki« (46).

To też Zjazd w Wiesbadenie, zamykający pierwszy okres prób z tuberkuliną, pomimo kilku opinii przychylnych, o których niżej, znaczną większością głosów wydał wyrok nieprzychylny dla tuberkuliny, ostrzegający przed jej użyciem. Treść zaś jego zamyka się w kilku słowach Naunyna: »Wielkie niebezpieczeństwa wstrzykiwań były tu z różnych stron podniesione«.

Wobec tych prądów nieprzychylnych lub zupełnie wrogich tuberkulinie, odzywały się głosy sympatyi i uznania i to głosy pochodzące ze strony bardzo poważnej. Tak np. Mikulicz na 88 przypadków różnych rodzajów gruźlicy chirurgicznej (*osteomyelitis*, *arthritis*, *tendovaginitis* etc.) otrzymał w 6 szybkie, w 10 zaś wyraźne polepszenie i tak się wyraża: »Środek Kocha sprowadza w wielu przypadkach w chorych ogniskach gruźliczych zmiany w kierunku wyleczenia«, a później dodaje: »Środek ten jest dzielną podporą w walce z gruźlicą« (148).

Z entuzyazmem niemal odzywa się u nas Jasiński o leczeniu gruźlicy chirurgicznej u dzieci. U 5 chorych znaczne miejscowe polepszenie, a u 4 nadto i ogólne (107 i 108).

Przytoczony wyżej Stintzing jest mocno przekonany, że środek Kocha może skutecznie zwalczać gruźlicę w jej początkowym okresie. Na Zjeździe w Wiesbadenie zaznaczył on, że skutki działania tuberkuliny w gruźlicy płuc są znacznie pomyślniejsze, niż innych używanych dotąd metod leczniczych.

Również Prior (187), pomimo ciężkich napotykanych przez niego powikłań, jest tego zdania, że tuberkulina w znacznej większości przypadków daje polepszenie.

Turban na tymże Zjeździe podał bardzo dodatnie wyniki tuberkuliny u 53 chorych, a mianowicie 88,7% polepszeń.

v. Jaksch w obszernem sprawozdaniu (na tymże Zjeździe) dotyczącem rozmaitych form gruźlicy (kości, gruczołów skóry) i rozmaitych okresów gruźlicy płuc, wyraża się dość przychylnie o tuberkulinie, wnioski swe jednak stawia z pewnemi zastrzeżeniami: »Pod względem leczniczym w ciężkich przypadkach gruźlicy płuc niema żadnych polepszeń — powiada on. — W lekkich — polepszenia, nawet znaczne, ale i teraz po 4 miesiącach leczenia nie mam ani jednego przypadku niewątpliwego wyleczenia« (244).

Moritz Schmidt zaznaczył tamże, że miał dobre wyniki po tuberkulinie w gruźlicy krtani (232).

Najlepsze wyniki z owych czasów ogłosił C. Spengler z Davos. Na 41 chorych leczonych od listopada 1890 do marca i kwietnia 1891 r. otrzymał on następujące wyniki: wyleczenia 27%, znaczne polepszenie czyli prawie wyleczenie ze zdolnością do pracy 44%, polepszenia 18%, brak polepszenia 9%, zejście 2%. Wyniki te utrzymały się po upływie całego roku. Ale i te byłyby — zdaniem jego — lepsze przy lepszym materyale. Otóż miał on »ogromną ilość zastarzałych suchot« (*„inveterirte Phtise“*), bo aż 56%; zaś 10% chorych było w stanie beznadziejnym (217). Jak dla nas wyniki takie, w zestawieniu ze smutnymi wypadkami, wyżej opisanymi, wydają się wprost zdumiewające. Ale jeszcze bardziej zdumiewające są następujące wypadki: Chory, 49 lat, po przebyciu wysięku opłucnego, z gorączką, potami i silnym kaszlem na jesieni 1890 r., z wyraźną jamą prawego szczytu i stwardnieniem lewego dostał w ciągu 114 dni 66 wstrzyknięć, razem 0,38 gr. tuberkuliny i nietylko doznał »znacznego polepszenia i jest zupełnie zdolny do pracy«, z przybytkiem 3 kg. wagi, ale nadto ma w połowie marca 1891 52‰ cukru, 24 marca już tylko 18‰, a potem »ilość cukru opada do minimum dzięki odpowiedniemu przeciwcukrzyczemu leczeniu«. Chory ten zaliczony przez autora do kategoryi *„Phtisis confirmata“*.

Jeszcze ciekawszy jest przypadek, dotyczący chorego, zaliczonego do kategoryi »*Phtisis progressiva, chronica*«. Chory (60-letni) miał 1890 grypę, później kaszel, stałą gorączkę, suchoty, prątki w plwocinie, nadto 4/X 1890 cukrzycę.

Przed wstrzykiwaniami: ciepłota stale wieczorami do 39°. Stłumienie i dźwięczne rzężenia w prawym płacie górnym; rzężenia dźwięczne bez stłumienia w lewym, cukier 28‰: białka nie ma; liczne TBC w plwocinie.

Po 48 wstrzykiwaniach, razem 0,183 gr. w ciągu 100 dni ciepłota się obniża, z cukru zostają ślady, następuje zabliźnienie prawego płatu górnego, ale utrata wagi 4 kg. Pomimo to autor powiada »polepszenie«. A dalsze losy? Chory wyjeżdża w marcu 1891 r. do domu i umiera we dwa miesiące z objawami śpiączki cukrzyczej. Autor mówiąc o szybkiem zniknięciu cukru nic nie wspomina jak się zachowywały: aceton i kwasy acetooctowy i oksy-masłowy. To zaś w danym razie, jak nas poucza klinika, byłoby wielce ciekawe. Nie możemy wchodzić we wszelkie szczegóły historyi chorób owych 41 chorych i odsyłamy ciekawych do źródła. Dodamy tylko, że w 1897 r., autor, sprawdziwszy stan owych 41 chorych, z których 3 odbyli powtórne leczenie tuberkuliną, powiada: »Liczba wyleczeń tuberkuliną sięga 39% po 6-letniem spostrzeganiu«, (218) a więc jest o 12% większą, niż po roku spostrzegania. Jest to wynik zgoła nieoczekiwany, wręcz sprzeczny ze znanymi dotąd wynikami w leczeniu gruźlicy. Wiadomą bowiem jest rzeczą, iż »trwałe« wyniki z biegiem czasu zmniejszają się i to znacznie. U Spenglera zaś po upływie 6 lat zwiększają się o 12%!

Wyniki istotnie bardzo zachęcające, zwłaszcza wobec cyfr z klinik berlińskich i innych, któreśmy wyżej przytoczyli. Zwróćmy uwagę na jeszcze jedną okoliczność, że przy takim złym materyale, autor dochodził w krótkim czasie do dawek wprost olbrzymich. Jeden chory w ciągu 122 dni otrzymał 1,411 gr. tuberkuliny, drugi chory w ciągu 110 dni — 1,684 gr., trzeci w ciągu 116 dni — 1,819 gr. Jeśli zważymy to wszystko, to wyniki leczenia C. Spenglera są poprostu bajeczne. Być może, iż przyczynia się też tu wpływ wysoko-górskiego klimatu, dzięki któremu — zdaniem C. Spenglera i wielu innych autorów, tuberkulina daje daleko lepsze wyniki w górach, niż w innych warunkach klimatycznych.

Pomimo jednak dodatnich wyników, zwolennicy Kocha nie zdołali przeforsować publicznej opinii w szerokich warstwach lekarskich, i jak z żalem powiada Rembold w 1897 r. »Na tuberkulinę Kocha, jako środek leczniczy, już się nawet nie zwraca uwagi«. Już wyżej zaznaczyliśmy w ogólnych zarysach, że wina tego leżała w niejasnem sformułowaniu zasadniczych wskazań przez samego Kocha i w tych nieszczęsnych na ogół próbach, jakie stąd wynikły. I dziś jeszcze panuje zupełna niepewność i niejasność, pomimo radykalnego zwrotu, jakiego dokonała w 1901 r. praca Goetscha (do której powrócimy), w której wyraźnie są nakreślone zasadnicze rysy stosowania tuberkuliny, znacznie różne od kochowskich. Niepewność ta odnosi się nietylko do wskazań klinicznych, dotyczących chorych, ale i znaczenia tuberkuliny jako środka rozpoznawczego i leczniczego, a także różnych ważnych szczegółów, jak początkowe dawki, skala ich zwiększania, odczyn u chorych, kryteryum wyleczenia i t. d. Nadto Koch wprowadził w 1897 r. w użycie nowy preparat, »nową tuberkulinę«, tak odmienny pod każdym względem od pierwotnej »starej tuberkuliny«, że Dieudonné (43) powiada, iż pomiędzy dwiema tuberkulinami, pozostaje wspólna li — tylko nazwa i wspólne pochodzenie z hodowli laseczników. Tym sposobem powstało jeszcze większe zamieszanie pojęć. W obozie zwolenników Kocha jedni stosują wyłącznie starą, drudzy wyłącznie nową TR lub BE, inni wreszcie i jedną i drugą naprzemian, ale dlaczego tak postępują, z dostępnej literatury wnosić trudno. Nim przejdziemy do rozpatrzenia poruszonych wyżej pytań, musimy poświęcić chwilkę »nowej tuberkulinie« jako sprawie, dla wielu względów, pierwszorzędnej wagi.

III.

W swej nowej ważnej pracy »Über neue Tuberkulinpräparate«, mówiąc o leczniczem działaniu starej tuberkuliny Koch, formułuje w następujących słowach swój wniosek: »Dochodzi się wreszcie do zupełnego uodpornienia przeciw tuberkulinie (starej), które może trwać kilka miesięcy. Uuodpornienie jednak pozostaje bez żadnego wpływu na laseczniki gruźlicy«.

Mamy więc tu do czynienia z czystą »toksyimmunizacyą« (»reine Toxinimmunität«), lecz nie z immunizacyą bakteryalną. Niestety, zdarza się często, iż zdolność oddziaływania już zupełnie zgaśnie, nim nastąpi zupełne wyleczenie. Następują więc wkrótce nawroty, które »znów trzeba leczyć tuberkuliną, skoro zdolność do oddziaływania powróci« (121).

Całe więc działanie Kocha skupia się na wytworzeniu »bakteryo-immunizujących substancyi«. Droga do tego, to wchłanianie przez ustrój substancyi zawartych w samem ciele lasecznika. Wychodzi on z tej zasady, że laseczniki rozwijają się w ciele ludzkiem powoli i w małej ilości, że będąc otoczone tkanką obumarłą, nie mogą być wchłaniane inaczej, jak po obumarciu i po następnem zapewne przejściu przez znaczne chemiczne zmiany. Wchłanianie więc tu jest nieznaczne. Z drugiej strony, laseczniki martwe, wstrzyknięte pod skórę, wywołują miejscowe ropienie i pozostają tam całymi miesiącami bez zmiany. Wstrzyknięte do krwi królikowi, wytwarzają gruzełki w płucach i tam pozostają długi czas również bez zmiany. Więc i tu wchłanianie nie odbywa się w sposób pożądany. Ztąd genialna myśl mechanicznego rozdrobnienia aż na najdrobniejsze cząsteczki ciała lasecznika celem ułatwienia wchłonienia jego przez tkanki ustroju. W szczegóły tych manipulacyi wchodzić nie będziemy. Dodamy tylko, że po roztarciu w moździerzu agatowym i po kilkakrotnem centryfugowaniu warstwę powierzchowną opalizującą, zawierającą składowe części lasecznika

rozpuszczalne w glicerynie, nazywa Koch T=O osad TR zawierający nierozpuszczalne w glicerynie części.

Oba te preparaty łatwo się wchłaniają i nie wywołują ropni ani u zwierząt ani u ludzi. Co się tyczy TO, uważa ją Koch za zupełnie podobną w swem działaniu do starej tuberkuliny lub do wyciągu ługowego z lasecznikόw TA, więc do użytku w celach bakteryalnej immunizacyi uważa preparat TR za bardziej odpowiedni.

»Obejmuje on wszystko to, co jako czynniki immunizacyjne zawarte jest w hodowlach lasecznika« (121). Dla przygotowania TR wybiera tylko świeże, bardzo jadowite hodowle, starsze bowiem z biegiem czasu zatracają swą jadowitość. Zauważmy, że tę różnicę między staremi a młodemi hodowlami stwierdził bardzo dokładnie w swych doświadczeniach nad białemi myszami Marmorek.

Tu też nie od rzeczy będzie przypomnieć, że Koch w przygotowaniu T nie zwracał uwagi na wiek hodowli. »Dla skuteczności tuberkuliny (starej) — powiada on — jest rzeczą całkiem obojętną, czy przygotowaną jest ze świeżych hodowli lub kilkuletnich, jak również obojętnem jest, czy hodowle pochodzą wprost od człowieka chorego na gruźlicę, czy też kilkakrotnie przeszły przez ustrój zwierzęcy« (119).

A teraz pytania: jakie wskazania dla używania preparatu, jakie dawki początkowe i maksymalne, jaki sposób stosowania, wreszcie jakie kryteryum wyleczenia?

Koch formułuje drogą wykluczenia wskazania, a raczej granice stosowania TR, a więc nie nadają się: 1) chorzy, którym pozostaje zaledwie kilka miesięcy życia, 2) chorzy z gruźlicą posuniętą i z zakażeniem wtórnem paciorkowcami lub innymi chorobotwórczymi drobnoustrojami; 3) chorzy mający ciepłotę ponad 38 C° »tylko wyjątkowo nadają się do leczenia swoistego«.

Co się tyczy dawek, zaczyna od wstrzykiwań podskórnych $^1/_{500}$ miligrama czynnej substancyi [6]) rozcieńczonej w rozczynie soli kuchennej, zwiększa powoli, dochodząc do maksymalnej dawki 20 mlgr. Przy leczeniu TR unika Koch odczynu. Ciepłota nie powinna podnosić się wyżej jak 0,5 C°; nowa dawka nie wcześniej jak po ustąpieniu odczynu. Powolnem podnoszeniem dawek czyni chorego niewrażliwym na duże dawki czyli uodpornia go przeciw TR i lasecznikom jednocześnie. Dowód zaś polega na tem, że chory uodporniony przeciw TR nie oddziaływa na duże dawki ani starej tuberkuliny ani TO. W tem unikaniu odczynu widzi Koch zasadniczą różnicę pomiędzy stosowaniem starej i nowej tuberkuliny. »Znanych gwałtownych odczynów, które mieli suchotnicy przy starej tuberkulinie, tu wcale nie ma — powiada on — chyba nieznaczne zwiększanie się rzężeń, które szybko znikało«. Natomiast, już po kilku wstrzyknięciach plwocina się zmniejsza i znika zupełnie. To samo się dzieje z lasecznikami.

»Zupełne uodpornienie — powiada Koch — osiąga się we 2—3 tygodnie po zastosowaniu większych dawek«. W głębokiem przekonaniu o niezaprzeczalnej skuteczności TR Koch w następujących słowach formułuje całe jej znaczenie. »Ale to, sądzę, mogę twierdzić z całą pewnością, że nie można oczekiwać już dalszych ulepszeń tych preparatów. Składają się one z wysoko jadowitych świeżych hodowli, które bezpośrednio przedtem były żywe i bez żadnych chemicznych wpływów doprowadzone zostały do stanu rozpuszczalnego. Niczego lepszego w tym rodzaju stworzyć niepodobna i co tylko właściwie z hodowlami laseczników osiągnąć można (121), to w tych preparatach osiągnąć się powinno« [7]). Zdawałoby się, że sprawa uodpornienia przeciw lasecznikom została ostatecznie załatwioną, a wszelkie szczegóły stosowania TR tak jasno i wyraźnie sformułowane, że nic do życzenia nie pozostawiają. Tymczasem w kilka lat po ogłoszeniu pracy o TR, Koch ogłosił nową »Ueber die Agglutination der Tuberkelbacillen und über die Verwerthung dieser Agglutination«, w której jest sporo ważnych szczegółów, interesujących nas klinicystów, niezgodnych z dawniejszemi twierdzeniami.

Wychodząc z tego założenia, opartego na doświadczeniach, że aglutynacya laseczników — która, zdaniem Kocha niema, wbrew twierdzeniom Arloing i Courmont, żadnego rozpoznawczego znaczenia dla gruźlicy, — jest wyrazem tworzenia się ciał ochronnych w ustroju, że następnie stopień wzmagania się aglutynacyi idzie w parze z ilościowem powiększeniem tych ciał, Koch wstrzykuje BE suchotnikom 2-go i 3-go okresu i twierdzi »że u każdego suchotnika — chyba może z małymi wyjątkami — można sztucznie osiągnąć pewien stopień aglutynacyi i odpowiednio do tego wytworzyć większą lub mniejszą ilość ciał ochronnych« (120).

Twierdzeniu Kocha, iż aglutynacya jest wyrazem tworzenia się ciał ochronnych, przeczą zupełnie badania Jurgensa i Krausego, o których niżej powiemy. Tutaj zaś pragniemy zauważyć, iż Jessen, zbadawszy w Davos bardzo dużą ilość suchotników w różnych okresach choroby, przyszedł do wniosku, iż aglutynacya w wysokogórskim klimacie wzrasta bez swoistego leczenia tuberkuliną, zapewne wskutek podniety ustroju pod wyłącznym wpływem klimatu i że stosowanie tuberkuliny w Davos aglutynacyi nie wzmaga (106). Lüdke zaś, opierając się na swych własnych doświadczeniach, dowodzi, że aglutynacya po tuberkulinie nie wzrasta i wcale nie jest wskaźnikiem dla stopnia zdobytego uodpornienia (143).

Wracając do Kocha, spieszymy zaznaczyć, że jako dowód współistnienia dwóch zjawisk — zwiększania się aglutynacyi i zwiększania się ilości ciał ochronnych — przytacza następujące argumenty: stan ogólny chorych od pojawienia się aglutynacyi znacznie się polepsza, apetyt i waga przybywają, i to znacznie; rzężenia zmniejszają się; poty i plwocina zmniejszają się, a czasem znikają etc. [8]). Jeżeli aglutynacya jest objawem tworzenia się ciał ochronnych, a temsamem sprawy wyleczania gruźlicy, jeśli można ją wywołać sztucznie u każdego suchotnika przez wstrzykiwanie BE, to stąd logicznie wypada, że wybierać materyału odpowiedniego nie ma racyi, bo każdy suchotnik nadaje się do takiego leczenia.

Wbrew więc dawniej sformułowanym zasadniczym punktom leczenia, stawia teraz Koch dla BE całkiem odmienne od dawnych wskazania. Tylko dawka początkowa zostaje prawie ta sama, choć nieco większa, a mianowicie $^1/_{100}$ mlgr. substancyi lasecznikowej (dawniej $^1/_{500}$ mlgr.). Dawka maksymalna dochodzi teraz do 30 mlgr. (dawniej 20 mlgr.). Ale co ważniejsze, zamiast powolnego podnoszenia lub powtarzania dawek, teraz w 1—2 dniowych przerwach dawki szybko należy podnosić 2—5 razy więcej, aż do otrzymania wyraźnego odczynu z podniesieniem ciepłoty o $1^1/_2$—2° (dawniej maximum miało być 8,5°). Mając ciągle na względzie zwiększenie aglutynacyi, powiada

---

[6]) 1 CC³ rozczynu glicerynowego zawiera 10 miligr. substancyi czynnej.

[7]) Pomimo zaręczenia w 1897 r. że »niczego lepszego w tym rodzaju stworzyć niepodobna«, Koch w swej pracy o aglutynacyi w 1901 r. (120) poświęca krótką wzmiankę zmianom, jakie zaprowadził w przygotowywaniu »nowej tuberkuliny«. Przytaczamy je dosłownie: »Wir benutzen eine Aufschwemmung von einem Theil pulverisirter TBC bacillen mit 100 Theilen destillirten Wassers, welcher Flüssigkeit gleiche Theile Glycerin zugesetzt werden. Diese Aufschwemmung bleibt einige Tage stehen, sie wird dann von den gröberen, nicht mehr suspendirten Theilen abgegossen und so conserv.irt. Ein Kubikcentimeter des Präparates entspricht 5 milgr. der der pulverisirten TBC bacillen«. Ten nowy preparat, »emulsya laseczników« nazywają przez skrócenie BE. — Bandelier (32), jeden z najbardziej gorących zwolenników Kocha powiada: »W BE zawarte są *in toto* roztarte laseczniki, a więc znajdują się tam te wszelkie substancye, jakie się znajdują w hodowlach lasecznika. Musi więc BE być o wiele czynniejszą niż TR, która zawiera tylko pewną składową część laseczników«. Tu jeszcze pragnęlibyśmy dodać, że nazwy BE w pomienionej pracy o aglutynacyi u Kocha znaleźć nie mogliśmy, i że pod nazwą »nowa tuberkulina« jedni autorowie rozumieją TR, a drudzy BE.

[8]) Maragliano (151) twierdzi, że aglutynacya jest bez wszelkiej wątpliwości dowodem sprawy uodpornienia. Wzrasta ona jednak równolegle ze zwiększaniem się substancyi antybakteryalnych, a nie antytoksycznych.

Koch, że gdy już raz jest osiągnięta, dla utrzymania jej nigdy nie należy zmniejszać, ani powtarzać tych samych dawek, »lecz stale iść w górę«. Jeśli pomimo podwyższenia dawek, aglutynacya opada, wtedy przechodzi do wstrzykiwań wśródżylnych (dawka = $^1/_{10}$, podskórnej), dzięki czemu »udaje się stale podwyższanie aglutynacyi w nadspodziewany sposób«. Gdy w 1897 r. było wyraźnie powiedziane, że chorzy z ciepłotą ponad 38° »tylko wyjątkowo nadają się do leczenia TR« w 1901 r. wypada: »Stan gorączkowy nie jest żadnem przeciwwskazaniem, jak przy starej tuberkulinie«. Usunięte są tylko od leczenia następujące wypadki: 1) za duże osłabienie, 2) daleko posunięte zniszczenie płuc bez żadnej możności poprawy, 3) chorzy z niedomogą serca. Zresztą u wszystkich innych trzeba próbować leczenia i zarzucić je tylko w takim razie, jeśli po kilku odczynach chory nie wykazuje zdolności do aglutynacyi, a waga ciała jednocześnie spada. »Ale dla tych powodów — powiada Koch — leczenie tylko u niewielu chorych zostało przerwane« (120).

Zbierając wszystko wyżej powiedziane, dochodzimy do następujących wniosków. Nie mówiąc już o sprzecznościach, jakie miały miejsce ze starą tuberkuliną, które przyczyniły się do zarzucenia jej na lat 10, to samo się powtórzyło z TR i BE. Wszystkie przytoczone powyżej dane aż nadto wyraźnie te sprzeczności wskazują. Raz ma się leczyć tylko lekko chorych, później znowu wszystkich, z wyjątkiem chyba beznadziejnych. Raz trzeba unikać odczynu, to znów sztucznie go wywoływać i to silny i to dlatego, że aglutynacya, będąca wynikiem stosowania BE, jest jednocześnie miarą niezawodną powstawania ciał ochronnych, a tem samem sprawy pomyślnego leczenia. — Tu znów tkwi duży logiczny błąd w rozumowaniu. Przypuśćmy, że zjawisko aglutynacyi byłoby nieznanem. W takim razie, jeśli BE istotnie leczy gruźlicę, wytwarzając »Schutzstoffe«, to czy będzie, czy nie będzie aglutynacyi, ciała te powstać powinny. Aglutynacya może być tu miarą, ale aby była miarą, musi istnieć to, co ona mierzy. Pytanie, czy to »coś« jest istotnie skutkiem działania BE? Jeśli tak, to niezależnie od aglutynacyi, będącej tylko podrzędnym objawem, wskaźnikiem nie mającym żadnych cech jakiegoś dodatniego pod względem biologicznym znaczenia dla ustroju, działanie BE powinno być samo przez się dodatniem.

Jeśli BE lub TR działa, dzięki swym właściwościom, w sposób swoisty na ustrój dotknięty gruźlicą, w takim razie, zgodnie z tem działaniem, powinny być postawione odpowiednie wskazania i nakreślony wyraźny sposób postępowania. Nie może zaś BE lub TR być stosowaną raz przy wypadkach lekkich, bez wywoływania reakcyi etc., a później znów leczyć wszystkich suchotników z wyjątkiem beznadziejnych i to z wywołaniem sztucznem odczynu aż do 2° z racyi, iż istnieje zjawisko aglutynacyi. Tkanki bowiem gruźlicze pozostają te same, preparat pozostał tym samym preparatem, a więc i działanie jego powinno być to samo. — Co jest ciekawego, to ta okoliczność, iż pomimo wydanego przez Kocha świadectwa, że »nowa tuberkulina« jest ostatniem słowem nauki, jest względnie bardzo mało stosowaną w porównaniu ze starą.

Jeśli stosowanie tuberkuliny przez samego wynalazcę tyle zawiera sprzeczności, niejasności i wahań, to tembardziej da się to powiedzieć o stosowaniu jej przez zwolenników Kocha. Czy zwrócimy się do tuberkuliny jako środka rozpoznawczego, czy też leczniczego, trudno bardzo zoryentować się w najważniejszych punktach tej sprawy. Zaczniemy od starej tuberkuliny, jako środka rozpoznawczego u ludzi.

IV.

Tu stała się rzecz dość szczególna. Tuberkulinę jako środek rozpoznawczy, zaczął Koch stosować u ludzi i jak później wykażemy, środek ten znalazł właściwie bardzo ograniczone zastosowanie. Po ludziach przyszła kolej na bydło i tu tuberkulina została niemal powszechnie przyjęta, jako środek rozpoznawczy w całym świecie cywilizowanym, nawet we Francyi z wielkim entuzyazmem przez Nocarda, gdy tymczasem stosowanie jej w gruźlicy ludzkiej, z małymi wyjątkami, niemal zupełnie tam zarzuczono. U nas Bujwid i Grabowski dokonali szeregu doświadczeń nad bydłem Pierwszy doszedł do wniosku, że »tuberkulina jest doskonałym środkiem rozpoznawczym« nawet u zwierząt pozornie zupełnie zdrowych »o kwitnącym zwykle wyglądzie«. Miało to miejsce w jego próbach w Czudcu w r. 1895, gdzie chorą okazała się najpiękniejsza krowa, premiowana na wystawie lwowskiej. — Wyniki tuberkuliny zostały stwierdzone przez sekcyę.

Drugi jest mniej gorącym zwolennikiem tuberkuliny i twierdzi, że »nie można uważać jej za środek specyficzny i absolutnie pewny«. Jednak przy skombinowaniu z badaniem klinicznem przyznaje jej dużą wartość rozpoznawczą u bydła (86).

Zjazd weterynarzy w Bernie w 1895 r. wydał wyrok zupełnie przychylny i decydujący. Ogromny materyał, zebrany w następnych latach przez uczonych weterynarzy w różnych krajach, orzeczenie to w zupełności potwierdza. Jeden Bang w Danii, w ciągu 12 lat (1893 do końca 1904) zrobił wstrzykiwania u 404651 sztuk bydła, z wynikiem dodatnim u 97070 sztuk czyli 24%. Ale i Bang, taki gorący zwolennik szczepień próbnych wyraźnie powiada: »tuberkulina nie jest, prawdę mówiąc, rozpoznaniem bezwzględnie nieomylnem«.

Najpierw wywołuje ona odczyn tam, gdzie sekcya nie stwierdza żadnych zmian w ciele [9]); ale da się to wytłómaczyć trudnością znalezienia »gruzełków czasem tak małych jak główka od szpilki, dostatecznych jednak dla wywołania odczynu« (26). Ważniejszym jest zarzut, że odczyn może wypaść ujemnie, sekcya zaś stwierdza zmiany gruźlicze w płucach. Behring, mówiąc o uodpornieniu cieląt przeciw gruźlicy, powiada także, że »bywają przypadki, gdzie zwierzęta oddziaływające są zupełnie wolne od gruźlicy, nieoddziaływające zaś mogą być gruźliczemi. (8) (Hft 10). Ale pod względem praktycznym — zdaniem Banga — nie ma to znaczenia, gdyż w takim razie zachodzą albo zmiany bardzo duże, i wtedy badanie kliniczne jest zupełnie wystarczające, albo »tkanki są częściowo zwapniałe i otorbione, a wtedy zwierzę jest na drodze do wyleczenia, nie przedstawiając prawdopodobnie niebezpieczeństwa zakażenia dla otoczenia« (26). Zobaczymy, czy sprawa taksamo przedstawia się u ludzi.

Aby tuberkulina, pod względem rozpoznania gruźlicy płuc, wypełniała swe przeznaczenie, powinna odpowiadać następującym warunkom:

1) Odczyn powinien być swoisty, a więc tylko dla gruźlicy, lecz nie dla innych chorób, 2) powinien wykrywać ogniska w płucach ukryte — czynne, wyślizgujące się z pod badania klinicznego, — wykrycie ognisk w gruczołach lub w kościach prowadzi do błędnych wniosków klinicznych odnośnie do płuc, 3) nie powinien wykrywać ognisk ukrytych — nieczynnych, 4) nie powinien narażać na niebezpieczeństwo rozsiewania laseczników z ognisk, 5) sposób stosowania metody powinien być ściśle określony. Wszystkie te punkty są bardzo ważne ze stanowiska klinicznego, gdyż związane są z zasadniczem pytaniem, czy dany osobnik dotknięty jest gruźlicą płuc, wymagającą w jego interesie wczesnego zastosowania leczenia. Tu leży jądro rzeczy.

Co się tyczy punktu pierwszego, znaną jest rzeczą, iż tuberkulina wywołuje odczyn nietylko w gruźlicy, ale w całym szeregu innych spraw chorobowych, jak np. trąd, przymiot, promienica, błednica, mięsaki i raki.

[9]) Wedle Vogesa, cytowanego przez Becka, bywa to w 2,7% wypadków; wedle Banga w 9,7%. Grabowski zaś, na podstawie literatury ocenia wszystkie pomyłki, a więc brak odczynu przy gruźlicy lub pojawienie się jej bez gruźlicy, względnie przy innych chorobach (promienica, motylica płuc i wątroby etc) ,razem na 4—15%.

Goldsmidt przytacza 5 przypadków trądu, w których stosowano starą tuberkulinę. Po dawce 1 mlgr. otrzymywał on odczyn ogólny i miejscowy (79).

Mazzotti, opierając się na 6-letniem doświadczeniu, dotyczącem setek chorych, widział często odczyn u ozdrowieńców po durze, którzy gruźlicy wcale nie mieli, również i w błednicy. Natomiast w 2 przypadkach po wytrzebieniu jądra gruźliczego, tuberkulina żadnego odczynu nie wywołała (168).

Schrader (233) (Sanatoryum Loslau) wspomina także o przypadku otwartej gruźlicy w II. st., gdzie tuberkulina żadnego odczynu nie wywołała. — A. Fränkel robił próbne wstrzykiwania u 200 chorych, z których a) 56 byli prawdopodobnie suchotnikami, b) 76 podejrzanych i c) 68 niepodejrzanych, i otrzymał następujące wyniki: u a) bez wyjątku odczyn czyli 100%, u b) w 92,1% odczyn, ale, co ważniejsza, u c) odczyn w 56,1% (60). Ponieważ do tej grupy zaliczane są rozmaite sprawy nie gruźlicze, np. gościec, rwa kulszowa i t. d., więc wynik taki staje się wielce niezrozumiałym ze stanowiska teoryi Kocha zwłaszcza, jeśli go zestawimy z innymi wynikami, o których niżej będzie mowa.

Na posiedzeniu Berl. Tow. Lek. 14/I 1903 r. A. Frankel jeszcze raz wyraźnie podkreślał, iż przekonał się, że na tuberkulinę oddziaływa 40—50% chorych, dotkniętych nie gruźlicą, lecz jakąkolwiek inną chorobą.

H. Schmidt — zwolennik tuberkuliny — przytacza 10 przykładów, gdzie wyniki wstrzykiwania były sprawdzone przez sekcyę. Otóż w jednym przypadku, gdzie odczyn wystąpił już po 1 mlgr. tuberkuliny, sekcya wykryła raka żołądka bez żadnych śladów gruźlicy ani w płucach ani w całym ustroju. — Drugi przypadek: po 7 mlgr. odczyn silny, ciepłota podnosi się od 36,6° do 38,4°, tymczasem sekcya wykrywa raka przełyku bez żadnych śladów gruźlicy w płucach, ani w całym ustroju (211). Na takich przykładach sprawa się nie kończy. Wrócimy jeszcze do niej. Tu zaś winniśmy zwrócić uwagę, że szybkich wniosków o swoistym odczynie tuberkuliny, li tylko na podstawie gorączki, bez należytego uwzględnienia innych objawów, wyprowadzać nie można. Można bowiem popełnić wielki błąd, natrafiając n. p. na gorączkę na tle histerycznem.

Fuerst (66) opisuje 2 przypadki, gdzie przy podejrzeniu na gruźlicę po jednorazowem wstrzyknięciu T 0,005 gr. ciepłota podniosła się do 38°. Zrobiono próbę wstrzyknięcia wody przekroplonej i o tej samej porze ciepłota podniosła się do 38,1°. Wreszcie tenże chory na niby-wstrzyknięcie (tylko ukłucie igłą od strzykawki) oddziaływał ciepłotą 37,8°. Gruźlica została więc wyłączoną.

Köhler powtórzył takie same doświadczenia na 60 chorych i otrzymywał odczyn przez suggestyę w 22% przypadkach (129) (wstrzykiwania wody przekroplonej lub ukłucia igłą).

Teraz pytanie, jak się ma tuberkulina w stosunku do ukrytych ognisk czynnych i nieczynnych, bo tu rola jej jest pierwszorzędną.

A. Schmidt, opierając się na materyale z kliniki drezdeńskiej, twierdzi, że wśród chorych z odczynem znajduje się wielu ludzi zdrowych, którym w dalszem życiu nie grozi żadne niebezpieczeństwo od ukrytych ognisk (225). Wiadomo zaś z pracy Nägelego, jak często zdarzają się takie ogniska przy sekcyach u osób, które zmarły nie na gruźlicę.

Cornet dowodzi, że człowiek szybko oddziaływa na tuberkulinę nietylko z ukrytemi czynnemi, ale i z nieczynnemi, znajdującemi się na drodze do wyleczenia ogniskami. Przytacza on w drodze porównawczej następujący ciekawy przykład zaczerpnięty u Kossela. Krowa, zaszczepiona ludzką hodowlą, dostaje na 122 dzień 0,5 ctm³ tuberkuliny i oddziaływa ciepłotą 41,5° — we 21 dni potem zwierzę zostaje zabite i sekcya wykrywa »sprawę gruźliczą samorodnie wyleczoną«. Przyczyny — zdaniem autora — należy szukać w takich razach, w małej jadowitości laseczników, wywołujących sprawy, które same przez się łatwo się leczą. Takie zaś słabo jadowite laseczniki zdarzają się 1 raz na 9. Ponieważ człowiek jest 16 razy wrażliwszy na tuberkulinę od bydła, stąd wnosi Cornet, że mając zmiany, wywołane słabo jadowitymi lasecznikami i z dążnością do samowyleczenia się, będzie wyraźnie oddziaływał na tuberkulinę (38).

Schlüter robi wstrzykiwania u 100 chorych bez wyboru. 70 nie oddziaływa; u 30 zaś występuje odczyn i w dalszym przebiegu klinicznym ukazuje się u nich gruźlica.

Schlüter wprawdzie twierdzi, że »na małe dawki oddziaływają prawie bez wyjątku tylko prawdziwi gruźliczy«, lecz »na więcej niż 0,005 gr. mogą oddziaływać mniej lub więcej dawne, nieczynne sprawy« (213).

Junker, opierając się na kilku tysiącach wstrzyknięć, dokonanych w ostatnich latach w poliklinice w Heidelbergu, dochodzi do wniosku, że »świeże czynne ogniska oddziaływają już na kilka decimiligramów«, ale znów z drugiej strony powiada on, że »dawne nieczynne ogniska dają także odczyn« (100). Jakiemi zaś mogą być takie ogniska, a raczej jaką może być ich treść, dowodzą niedawne badania Lidyi Rabinowitsch. Dotyczą one 4 dorosłych, u których z wyjątkiem jednej gruźlicy płuc nie można było wykryć żadnej sprawy gruźliczej. Otóż szczepienie materyału z gruczołów oskrzelowych w jednym przypadku i z gruczołów krezkowych w 3 innych wywołało u świnek morskich i u królików charakterystyczną gruźlicę. Laseczniki zaś w tych ogniskach się znajdujące, a których drobnowidem wykryć nie było można, stopniem jadowitości w niczem nie ustępowały lasecznikom, wyhodowanym świeżo z plwociny, z płuc lub z gruzełków. A zauważyć trzeba, że ogniska te nietylko były całkowicie zwapniałe, ale częściowo tak twarde jak kamień (206). Nasuwa się więc podwójne pytanie: 1) Czy tuberkulina nie może w danym razie rozniecić takich dawnych zwapniałych ognisk i rozsiać jadowite laseczniki po całym ustroju? Na to zwracają uwagę jak wiadomo anatomopatologowie i zgodnie z nimi klinicyści? 2) Jak zapomocą odczynu odróżnić stare ogniska od świeżych. Pytanie to tembardziej usprawiedliwione, jeśli zważymy, że Cornet utrzymuje, iż ogniska mają różny wiek, tak, że obok dawnych, znajduje się nowsze lub całkiem świeże. Można wprawdzie, co się tyczy zwapniałych ognisk Rabinowitschównej, przypuszczać, że będąc stwardniałemi jak kamień, zostały odcięte od ogólnego obiegu krwi, a temsamem tuberkulina do nich dostać się nie może. Ale obok takich, mogą być ogniska nowsze, działaniu tuberkuliny dostępne. Jeśli zaś w »skamieniałych« znajdują się laseczniki o wysokim stopniu jadowitości, to tem prawdopodobniej można je znaleść w mniej stwardniałych ogniskach.

V.

Dla uwidocznienia klinicznych wyników, zarówno przy stosowaniu tuberkuliny dla celów rozpoznawczych, jak też i leczniczych, niech posłużą ułożone przezemnie tablice, zawierające odnośne cyfry i fakty.

Rozpatrując tablice, pierwsza rzecz, która się rzuca w oczy, jest zupełna jednozgodność wszystkich autorów na jednym punkcie, a mianowicie, wszyscy bez wyjątku używają dla celów rozpoznawczych tylko T. Ale na tym punkcie jednozgodność się kończy. Wkraczamy odrazu w dziedzinę mniej lub więcej jaskrawych różnic we wskazaniach, w dawkowaniu, w spostrzeganych objawach przy wstrzykiwaniach, w przeciwwskazaniach do stosowania tuberkuliny, a wreszcie, co najważniejsza, w otrzymanych wynikach. Jak widzimy, Franz robił próbne wstrzykiwania na zupełnie zdrowych i świeżo pobranych do armii rekrutach. Binswanger robił takie same próby na zupełnie zdrowych kobietach, które po odbyciu połogu w klinice prof. Leopolda, gdzie po dokładnem klinicznem zbadaniu i wyłączeniu gruźlicy zostały przyjęte dopiero wtedy do oddziału

mamek. Badania te, dokonane na ludziach zdrowych, miały cel więcej naukowy. Wszelkie zaś inne, robione w sanatoryach, poliklinikach lub szpitalach, dotyczyły chorych na gruźlicę lub o nią podejrzanych i miały cele więcej praktyczne, a właściwie rozstrzygnięcie pytania, czy dany chory nadaje się do leczenia w sanatoryum lub szpitalu, czy nie? Ale tu w wyborze chorych zachodzą duże różnice, które zapewne odzwierciadlają różnice w pojęciach klinicznych samych autorów o gruźlicy. W takim razie ostateczne i pewne rozstrzygnięcie sprawy zapomocą tuberkuliny byłoby rzeczą bardzo pożądaną.

U większości autorów wskazaniem do wstrzykiwań jest przypuszczenie gruźlicy u chorych bez plwociny lub bez laseczników w plwocinie, ale spotykamy i takich chorych, gdzie kliniczne badanie nie pozostawia żadnej wątpliwości co do istnienia wyraźnej gruźlicy. Mniejsza jednak o to, każdy autor mógł mieć swój punkt widzenia i swe osobiste kryteryum w wyborze chorych. Ważniejszą jest sprawa dawek. — Widzimy, że najmniejsze różnią się dziesięciokrotnie ($^1/_{10}$ mlgr. i 1 mlgr.), co pod względem skutków dla chorych chyba obojętnem być nie może. Całe zaś ilości wstrzykniętej tuberkuliny aż do otrzymania pożądanego odczynu są bardzo różne. Ilość ta u Moellera wynosi w 4 dawkach rozpoznawczych $^8/_{10}$ mlgr., gdy u Bandeliera w takichże 4 dawkach wynosi 1 mlgr. + 5 mlgr. + 10 mlgr. + 10 mlgr.. razem 26 mlgr. czyli jest 32 razy większą. Tu mimowoli nasuwa się pytanie, czy z punktu widzenia klinicznego usprawiedliwionem byłoby podanie w błonicy jednemu dziecku w 2 lub 3 dawkach, przypuśćmy, 2—3000 jednostek surowicy Behringa, a drugiemu 64—96000 takichże jednostek? Albo, czy byłoby obojętnem podanie w zimnicy jednemu choremu w ciągu paru dni 3 do 4 gr. chininy, a drugiemu 96 do 128 gr.? Wprawdzie, przy surowicy mamy do czynienia z uodpornieniem biernem, przy tuberkulinie zaś z czynnem, ale w pierwszym i drugim razie ustrój nie pozostaje obojętnym i w odpowiedni sposób oddziaływa. Co się tyczy drugiego porównania, może ono być bardzo powierzchowne, ale z punktu biologicznego działanie tych różnych środków sprowadza się do wspólnego mianownika: do zmniejszenia stopnia intoksykacyi przez wytworzenie odpowiedniej ilości antytoksyny. »Surowice lecznicze« — powiada Behring — »dają to samo co wszelkie środki aleopatyczne, t. j. czynią nieszkodliwą substancyę zakaźną, znajdującą się we krwi i w sokach tkankowych. Takiem jest działanie lecznicze chininy, rtęci, jodu, kwasu salicylowego. Środki te działają w ten sposób na substancyę zakaźną, że część jej staje się osłabioną lub nieczynną« (8) (Hft. 8).

Jeśli dalej rzucimy okiem na dawkowanie, to ujrzymy, iż wobec danych różnic w dawkach początkowych i maksymalnych, oraz różnic w całej ilości wstrzykniętej w celach rozpoznania tuberkuliny, wyniki cyfrowe wszędzie są do siebie bardzo podobne. Oprócz wyników u Franza i Binswangera, dotyczących ludzi zdrowych i wyników otrzymanych przez Becka, o których osobno pomówimy, wszędzie wyniki dodatnie stanowią 90% i przeszło [10]).

I tu znów nasuwa się tasama uwaga. Jakim sposobem chorzy, pod względem zmian gruźliczych bardzo do siebie podobni, mogą oddziaływać w ostatecznych wynikach niemal jednakowo, skoro dawki użytej toksyny są tak różne? Zwróćmy też uwagę na tę okoliczność, że czas, w którym te różne ilości tuberkuliny zostały wstrzyknięte, u poszczególnych autorów jest całkiem różny. Weźmy za podstawę, że tuberkulina jest wstrzykiwana średnio co 2—3 dni, i wstrzyknięcie kończy się na 3-ej lub 4-tej dawce. Jeśli zestawimy np. Hummera, który wstrzykiwał co 2—3 dni w 1 roku 1—5—10 mlgr. T, a w następnym 1—3—6 —10 mlgr. z Pickertem, który wstrzykuje co 6—8 dni 0,5—0,75—1,25—2,25 mlgr. T, to różnice w dawkowaniu i w ilości użytej tuberkuliny same przez się wpadają w oczy, tymczasem dodatnie ich wyniki różnią się zaledwie o kilka odsetek. (Hummer 91%, Pickert 95%—98%). Zwracamy następnie uwagę na cyfry Loewensteina i Rappoporta, oraz Loewensteina i Kauffmanna. Czy zaczynają oni od cyfry $^1/_{10}$ mlgr. i podnosząc co 3 dni dochodzą do największej dawki 1 mlgr., czy też zaczynają od 3 mlgr. i dochodzą, idąc tą samą drogą, do 10 mlgr., wynik dodatni wstrzykiwań wynosi 100%. Taki sam wynik 100% otrzymują L. i K. wstrzykując jedno-, dwu- lub trzykrotnie tylko po $^2/_{10}$ mlgr. Zjawisko to tłómaczą autorowie (141) objawem nadwrażliwości na tuberkulinę i to tym sposobem, że każdy chory na gruźlicę musi z reguły na 3-cią lub 4-tą taką samą niewielką dawkę ($^2/_{10}$ mlgr. np.) odpowiadać odczynem. W szczegóły tego zjawiska w danej chwili wchodzić nie będziemy, zapytamy tylko, dlaczego u tych samych autorów, tacy sami chorzy na 2 lata przedtem oddziaływali tak samo na daleko większe dawki? Pytanie to całkowicie da się zastosować do Moellera, który w 1901 r. wstrzykiwał $^1/_{10}$—$^5/_{10}$(1)—3(5)—6(10) mlgr. i otrzymywał te same wyniki, jak następnie wstrzykując od 1 do 4 razy po $^2/_{10}$ mlgr. Na Zjeździe gruźliczym w Paryżu 1905 r. złożył on z Loewensteinem i Ostrowskim obszerne sprawozdanie, w którem wywodzi, iż miał u 172 na 180 chorych wynik dodatni w 95,5%. Moeller tłómaczy to, również jak Loewenstein i Rappoport, nadwrażliwością chorych na gruźlicę na tę samą podnietę wywołaną przez tuberkulinę, a która może się ukazać czasem przy 1-em lub 2-em wstrzyknięciu, musi zaś z reguły nastąpić przy 4-em. Wyjątki mają być bardzo nieliczne, wynoszą bowiem tylko 4,5%. (155 bis). Być może, że teorya ta zawiera w sobie wiele prawdy, ale są znów z drugiej strony fakty, które prawdziwości jej zaprzeczają. Bandelier (30), opierając się na obfitym materyale klinicznym, dowodzi, zgodnie z teoryą Kocha, że dla rozstrzygnięcia pytania, czy u człowieka podejrzanego jest, czy nie ma gruźlicy, konieczną jest dawka maksymalna 10 mlgr. i to czasem powtórzona 2 razy. Na dowód tego przytacza szeregi przykładów klinicznych, opartych na dużej ilości cyfr. Röpke zaznacza, że podaną na Zjeździe w Paryżu 1905 r. przez Moellera metodę sprawdził i doszedł do wyników odmiennych. W 8 przypadkach otrzymał on po 3. i 4. wstrzyknięciu tej samej dawki $^2/_{10}$ mlgr. wyraźny odczyn tylko 2—3 razy. Natomiast w innych próba ta zupełnie zawiodła, wskutek czego powiada: »Czterokrotne i częstsze nawet wstrzyknięcie po $^2/_{10}$ mlgr. starej tuberkuliny przedstawia taki sposób rozpoznania, który kompletnie jest niepewny«. Jest on tego zdania, że konieczne są większe dawki. Dawniej stosował 1—5—10 mlgr., a teraz ogranicza się do 1—3—6 mlgr. Różni się więc od Bandeliera w maksymalnej dawce, uważając 6 mlgr. za wystarczającą. »Sprawy gruźlicze, — powiada on, opierając się na cyfrze 273 chorych — mogą już przez wstrzyknięcie 6 mlgr z dostateczną pewnością być uwidocznione. Dawka 10 mlgr. wydaje się u chorych nie mających fizycznie obrazu gruźlicy za wysoką, z drugiej zaś 6 mlgr. u chorych fizycznie podejrzanych o gruźlicę za zupełnie wystarczającą» (202).

Zastanawiając się bliżej nad temi wszystkiemi cyframi i faktami, widzimy wielkie sprzeczności i dużo rzeczy całkiem niejasnych i niewytłómaczonych. Poszczególni autorowie mają swoje własne dawki i swe sposoby postępowania zupełnie różne, dochodzą zaś w swych próbach do wyników zupełnie analogicznych. I gdyby próby te dotyczyły kilku lub kilkunastu chorych, w takim razie rzecz dałaby się wytłómaczyć zbyt szczupłą statystyką. Ale tu tymczasem każdy z autorów operuje setkami chorych, a więc takim materyałem, który ma za sobą powagę wielkich liczb. Wobec tego, jednakowość wyników u podobnych chorych przy tak różnych ilościach tuberkuliny jest poprostu zdumiewająca.

---

[10]) Jeden Grünwald ma tylko pewnych dodatnich wyników 85,4% wątpliwych zaś 6,8%. Cyfra ta mniejsza od innych tem jest dziwniejsza, że chodzi o chorych z klinicznym obrazem gruźlicy.

Tablica I. Wstrzykiwania tuberkuliny Kocha w celach rozpoznawczych (używaną jest wyłącznie stara tuberkulina).

Autor miejsce i rok	Ilość i rodzaj chorych	Przeciwwskazania do wstrzykiwań	Dawki początkowe i następne aż do największych	Częstość wstrzykiwań	Podniesienie ciepłoty ponad prawidłową jako kryteryum reakcyi	Objawy reakcyi miejscowe i ogólne	Dodatni wynik wstrzykiwań w cyfrach (odsetki chorych)	Uwagi
1. Roepke Sanatoryum Stadtwald 1904 i 1905 dwa lata 1906 jeden rok	445 / 273 bez bliższego określenia, klinicznie podejrzani o gruźlicę lub nie.		1—5 do 10 mil. w 1904 i 1905 r. 1—3—6 do 10 mil. w 1906 r.	co 3—4 dni	1^0	Zmiany oddechowe. Pojawienie się nowych lub zwiększenie ilości dawnych rzężeń. Pojawienie się tarcia opłucnowego.	93,7% (1904 i 1905 r.) 93,4% (1906 r.)	
2. Hammer poliklinika Heidelberg 2 lata	180 podejrzani o gruźlicę.	gorączka przed wstrzyknięciem. Należy przedtem ciepłotę sprowadzić do normy prawidłowej.	1—5 do 10 mil. albo 1—3—6 do 10 mil.	co 2—3 dni	$0,8^0$	Pojawienie się kaszlu, rzężeń i krwi w plwocinie; bole w klatce piersiowej, w krzyżach, bole oczów i zębów. Nacieki w miejscu wstrzyknięcia z obrzmieniem i bólem w sąsiednich gruczołach. Obrzmienie śledziony. Białkomocz. Ogólne osłabienie, brak apetytu, nudności, dreszcze. Kilka razy zapad, jeden raz delirium; czasem stan podobny do angor pectoris.	91,1%	
3. Bandelier Sanatoryum Cottbus 2 lata	500 początkowe okresy gruźlicy płuc, bez plwociny lub bez TBC w plwocinie.	Gorączka.	1—5 do 10 mil. Uwaga 10 mil. czasem powtórzone 2 razy.	co 2—3 dni		Znane objawy reakcyi bez bliższego określenia.	463 chorych czyli 92,6%	Bandelier (tak samo jak Beck) uważa za konieczne przy wątpliwej reakcyi powtórzenie dawki 1 lub 5 miligr. Również, jeśli po 2 dawce 10 mil. niema reakcyi, koniecznie ją powtórzyć; jako dowód z liczby 463 chorych reagowali 173 (czyli 34·6%) na 1 miligr. 156 (czyli 31·2%) na 5 » 98 (czyli 19·6%) na 10 » × 1 36 (czyli 7·2%) na 10 » × 2 Razem 463 (czyli 92·6%)
4. Grünewald Klinika Tübingen 1902—3 razem 1½ roku	103 z klinicznym obrazem gruźlicy płuc lub z podejrzeniem na nią.	Gorączka.	1—5 do 10 mil. Uwaga. Czasem 10 mil. powtórzone 2 razy.	co 2—3 dni	$0,5^0$	Ogólne objawy reakcyi bez bliższego określenia.	85,4% Uwaga 6,8 wątpliwa reakcya	
5. Moeller Moeller i Kayserling Sanatorium Belzig 1901 jeden rok	113 (116) z klinicznemi objawami gruźlicy płuc lub z podejrzeniem na nią — bez plwociny lub bez TBC w plwocinie.	Najmniejsza gorączka, poty nocne. Niedawny krwotok. Choroby serca. Histerya i epilepsya.	$^1/_{10}$—1—5—8 do 10 miligr. (U dzieci $^1/_{20}$—$^5/_{10}$ — 3 mil.	co 2—3 dni	$0,5^0$	Słaba reakcya ciepłota poniżej 38^0 czasem lekkie ogólne zaburzenia bez miejscowej reakcyi w płucach. Średnia reakcya ciepłota 38—38.7°. Silniejsze ogólne zaburzenia. Miejscowe: pojawienie się rzężeń, zwiększenie plwociny i kaszlu. Silna reakcya: ciepłota ponad 38.7°, dreszcze; ogólne objawy jak w średniej ale znacznie silniejsze. Chory przedstawia obraz chorego z wysoką gorączką, z przyśpieszonym oddechem i tętnem. Miejscowe wyraźne zwiększenie plwociny i pojawienie się w niej TBC.	100%	U 57 chorych ze świeżą sprawą reakcya specyalnie gwałtowna i silne bole w klatce piersiowej, bole oczów, wymioty etc. U 44 chorych pojawiają się rzężenia których przed wstrzykiwaniami nie było. Autor zaznacza, że nigdy nie spostrzegał szkodliwego działania wstrzykiwań.

6. Pickert Sanatoryum Beelitz jeden rok	47 podejrzenie o gruźlicę płuc. 237 chorzy bez TBC u których klinicznie nie było rozpoznania gruźlicy płuc z całą pewnością.	» »	0,5—0,75—1,25 do 2,25 mil. (jeden raz doszedł do 5 mil.)	co 6—8 dni	$0{,}5^{0}$	Mniej lub więcej silne ogólne objawy, bole w klatce piersiowej, bole głowy etc. bardzo rzadko miejscowa reakcya.	u 47 chorych $95{,}5^{0}/_{0}$ u 237 chorych $98.7^{0}/_{0}$	Jeden raz silne uszkodzenie o którem szczegółowo niżej.
7. Röth-Schultz Sanatoryum Beelitz 1902—1904 3 lata	752 mężczyzn ⎫ razem 360 kobiet ⎭ 1112 początkowe okresy gruźlicy płuc, gdzie częściowo znajdują się wypadki tylko podejrzane.	Ciepłota powyżej $37{\cdot}5^{0}$ w ustach wyklucza stosowanie tuberkuliny.	Jak u Pickerta.	co 2—4 dni	$0{,}5^{0}$ (albo 0,4 ale w rannych godzinach)	Jak u Pickerta. — Nadto autor powiada: »materyał w Beelitz obfituje w reakcye z bardzo silnymi i charakterystycznymi podmiotowymi objawami przy nieznacznem wzniesieniu ciepłoty, — wyjątkowo nawet przy jej obniżeniu«.	u 752 męż. $97{,}1^{0}/_{0}$ u 360 kob. $94{,}4^{0}/_{0}$	Reagowali w odsetkach na nast. dawki: mężczyźni kobiety na 0·5 miligr. $72\ ^{0}/_{0}$ — $35{\cdot}2^{0}/_{0}$ na 1·25 « $22{\cdot}7^{0}/_{0}$ — $39{\cdot}1^{0}/_{0}$ na 2·5 « $5{\cdot}3^{0}/_{0}$ — $25{\cdot}6^{0}/_{0}$
8. Junker Poliklinika Heidelberg kilka lat	277 przyjmując pod uwagę wszelkie szczegóły stanu ogólnego i miejscowego w płucach, dzieli autor chorych na 3 kategorye: 1) wyraźnie czynna sprawa $28^{0}/_{0}$, 2) słabo czynna sprawa $50^{0}/_{0}$, 3) zupełnie nieczynna $22^{0}/_{0}$.	1) ciepłota maximum 37^{0} (u podnieconych $37{\cdot}3^{0}/_{0}$ 2) skłonność do krwotoków, 3) histerya i epilepsya, 4) choroby serca.	$^{1}/_{10}$ mil. — $^{5}/_{10}$ —1—5 do 10 miligr.	2 razy tygodniowo	$0{,}8^{0}$	Słabe reakcye do 38^{0} Średnie 38.1—39^{0} Silne 39 —40^{0} Ogólne znużenie; bole w członkach i w krzyżach; bole głowy; bole i nacieki w miejscu wstrzyknięcia; obrzmienie sąsiednich gruczołów; wypryski na skórze; herpes labialis; bole w klatce piersiowej; zwiekszenie wydzieliny i kaszlu. — Natomiast wbrew innym, pojawienie się TBC tylko u 5 chorych; wyraźne fizykalne zmiany (rzężenia i stłumienia) tylko u 10 chorych.	270 czyli $97{,}5^{0}/_{0}$	Znacznie większa część leczona ambulatoryjnie. Jako zawikłanie przytacza autor obrzmienie śledziony i wątroby, białkomocz, krwotoki, delirium cordis i jeden raz po 1 wstrzyknięciu $^{5}/_{100}$ miligr. podniesienie ciepłoty do 40^{0} przy nast. 3 dni trwającym ciężkim stanie chorobowym.
9. Freymuth Szpital we Wrocławiu oddział dla gruźlicy, kilka lat bez bliższego określenia	167 bez prawdopodobieństwa gruźlicy. 139 z większem lub mniejszem prawdopodobieństwem gruźlicy Uwaga. W tej liczbie 18 pleuritis sicca vel exsud i 17 pseudo-chlorosa.	» »	1—3 do 5 mil. (czasem 6 mil.)	co 1—2 dni	1^{0}—$1{,}5^{0}$ 1^{0}—2^{0} czasem 3^{0}	Znaczne zaburzenie ogólnego stanu. Zwiększenie stłumienia rzężeń, plwociny — pojawianie się TBC u 10—$12^{0}/_{0}$. Częste bole w piersiach.	$10^{0}/_{0}$ 74—$80^{0}/_{0}$ z silną $15^{0}/_{0}$ ze słabą reakcyą	W 18 wypadkach pleuritis reakcya $90^{0}/_{0}$. W 17 wypadkach pseudo-chloroza reakcya $100^{0}/_{0}$
10. Loewenstein i Rappoport Sanatoryum Belzig 2 lata 1902 i 1903.	386 gruźliczy bez TBC w plwocinie. 5 (w wieku 22—30 lat) 4 (w wieku 11—14 lat)	⎧ Stała gorączka ⎨ nephritis, ciąża, ⎩ choroby serca	$^{1}/_{10}$—1—2—3 do 10 mil. $^{2}/_{10}$ mil. powtórzone 3 razy. $^{1}/_{10}$ mil. powtórzone 2 lub 3 razy.	co 3 dni	$0{\cdot}5^{0}$	Znane ogólne i miejscowe objawy.	$100^{0}/_{0}$	Na 386 reagowali na następujące dawki: 1) 109 na $^{1}/_{10}$ — 1 miligr. 2) 194 na 1 — 2 « 3) 83 na 3 — 10 « Lekko chorzy reagują przeciętnie na wyższą, ciężko zaś chorzy na niższą dawkę.
11. Loewenstein i Kauffmann Sanatoryum Belzig, jeden rok 1906.	300 wszyscy gruźliczy ale 238 bez TBC, choć w tej liczbie dużo wyraźnej klinicznie gruźlicy.	Ludzie starzy. Sprawa daleko posunięta. Choroby serca, nephritis, ciąża, ale nie powtarzające się krwotoki.	$^{2}/_{10}$ mil. jaden raz lub powtórzone 2—3 i 4 razy.	co 3 dni	$0{,}5^{0}$	Znane ogólne i miejscowe objawy. Zwiększenie rzężeń i wydzieliny.	$100^{0}/_{0}$	Na 300 reagowali na następne dawki: 69 (czyli $23^{0}/_{0}$) na 1 wstrzykn. $^{2}/_{10}$ mil. 73 (czyli $24\ 3^{0}/_{0}$) na 2 » » » 107 (czyli $35{\cdot}7^{0}/_{0}$) na 3 » » » 51 (czyli $17^{0}/_{0}$) na 4 » » » U chorych reagujących na 1 lub 2 dawkę ciepłota rzadko przekraczała 38—$38{\cdot}4^{0}$ Po 3 lub 4 dawce dochodziła do $38{\cdot}5^{0}$ —$39{\cdot}6_{0}$
12. Moeller, Loewenstein i Ostrowski.	180 podejrzani o gruźlicę z tej liczby u 8		$^{2}/_{10}$ miligr. powtórzone kilkakrotnie. 2—10 mil.	co 3—4 dni	$0{,}5^{0}$—$0{,}8^{0}$	Ogólne osłabienie, kłucia w klatce piersiowej, bole głowy, bole w kończynach	u $95{,}5^{0}/_{0}$ na pierwsze 4 dawki po $^{2}/_{10}$ mlgr. u $4{,}5^{0}/_{0}$ na 5 dawkę $^{2}/_{10}$ mlgr. lub 2—10 mlgr.	Na 1 dawkę $^{2}/_{10}$ mil. reagowało 57 chorych » 2 » » » » 45 » » 3 » » » » 52 » » 4 » » » » 18 » » 5 » » » » 2 »

Tablica I. (Dokończenie). Wstrzykiwania tuberkuliny Kocha w celach rozpoznawczych (używaną jest wyłącznie stara tuberkulina).

Autor miejsce i rok	Ilość i rodzaj chorych	Przeciwwskazania do wstrzykiwań	Dawki początkowe i następne aż do największych	Częstość wstrzykiwań	Podniesienie ciepłoty ponad prawidłową jako kryteryum reakcyi	Objawy reakcyi miejscowe i ogólne	Dodatni wynik wstrzykiwań w cyfrach (odsetki chorych)	Uwag
13. Beck, Instytut chorób zakaźnych w Berlinie, 6 lat 1891—1897.	2137 bez wyraźnej gruźlicy różne choroby w tej liczbie: 1) 58 rekonwalescenci po tyfusie reakcya u 46·5% 2) 127 angina reakcya 37% 3) 15 ulcus ventriculi reakcya . . . . 66% 4) Trąd reakcya . . 100%	Gorączka.	1—5 do 10 mil. Uwaga. a) w razie podwyższenia ciepłoty lub wrazie wątpliwej reakcyi przy 1 lub 5 mil. tę samą dawkę dla pewności powtórzyć, b) dzieci poniżej 5 lat nast. dawki 0,3—0,5 - 1,0 do 5,0 miligr.	z przerwami 1—2 dniowemi	0,5°	Znane objawy reakcyi bez bliższego określenia.	54%	Zaczynanie u dorosłych od dawki poniżej 1 mil. jest bezcelowem gdyż może tylko rozpoznanie opóźnić. Dzięki tylko tuberkulinie można było u 54% postawić rozpoznanie gruźlicy. Na tysiące wstrzykiwań autor nigdy nie spostrzegał żadnych szkodliwych następstw.
14. Binswanger Przytułek dla osesków w Dreźnie 1903 jeden rok 1904 jeden rok	91 { zdrowe 78 { mamki		10 do 20 miligr. 1—5 do 10 mil.		0,5°	Lekkie znużenie i lekki ból głowy. Czasem bole żołądka, kiszek i kończyn. Lekkie czasem zaczerwienienie oraz ból w miejscu wstrzyknięcia.	28·5% 33,3%	Nigdy żadnego uszkodzenia.
15. Franz, jeden rok 1902.	400 Jednoroczni żołnierze z pułku bośniackiego zupełnie zdrowi, z ciepłotą prawidłową.		1 do 3 mil. (u kilku tylko 5 miligr.)		podniesienie ciepłoty do 38—38,9° i powyżej 39°	Znane ogólne objawy bez dłuższego określenia.	61% (u 2,5% reakcya wątpliwa)	Wszyscy po kilku dniach powrócili do służby czynnej. U dwóch tylko w ciągu 2 dni dały się słyszeć drobne rzężenia.
16. Biswanger Klinika Drezdeńska.	261 dzieci (znaczna większość w 1 roku życia) z tej liczby a) 36 zdrowe, b) reszta: 1) bez podejrzenia na gruźlicę, więc wstrzykiwania w celu wykrycia możliwych ukrytych ognisk, 2) podejrzenie na gruźlicę, 3) objawy niewątpliwej gruźlicy.	Ciepłota powyżej 37°.	1—5 do 10 mil. wedle Kocha, Becka, czasem zaczyna od 0,1 miligr.	co 1—2 dni	0,8—0,9 i wyżej	Znane ogólne objawy bez bliższego określenia i podniesienie się ciepłoty 2 razy do 37·8 — 37·9° 3 razy do 40·0 — 40·5° 13 razy do 39·0 — 40° 17 razy do 38·0 — 39°	7,5% (czyli u 35 dzieci) z tej liczby u 16 potwierdzony przez sekcyę u reszty klinicznie	Z liczby 35 reagujących 28 reagowały na dawki 0·5—1·0 mil. 2 » » » 0·1 mil. 4 » » » 5·0 » 1 » » » 10·0 » Autor zaznacza że 7 tygodniowe dzieci reagowały dopiero na 10 mil.
17. Mettetal, Żłobek przy Szpitalu dla dzieci w Paryżu.	74 dzieci wszystkie poniżej 1 roku w bardzo złym stanie odżywienia.	Ciepłota poniżej 36,5° i powyżej 38°.	$^1/_{10}$ mil. powtórzone maximum 2 razy.		podniesienie ciepłoty do 39—39,5°	Szybkie podniesienie ciepłoty w 6 godzin po wstrzyknięciu do 39—39·5 i spadek do prawidłowej po upływie 12—24 godzin.	niemal u 49% (czyli u 36 dzieci)	Wynik dodatni u 36 potwierdzony: 1) w 24 wypadkach przebiegiem klinicz. 2) w 12 wypadkach sekcyą.

Tablica II. Stosowanie tuberkuliny w celach leczniczych (wszystkie wstrzykiwania podskórne, oprócz Moellera Nr 3 *b)* podskórnie i śródżylnie).

Autor, rok i miejsce	Rodzaj tuberkuliny	Ilość i rodzaj chorych	Przeciwwskazania	Dawkowanie	Największa dawka	Szczegóły wstrzykiwań (częstość)	Kryterium ciepłoty	Objawy ogólne i miejscowe podczas wstrzykiwań	Wyniki: poprawa ogólna (waga) i miejscowa — statystyka	Zniknięcie TBC	Czas trwania leczenia	Uwagi
1. Moeller i Kayserling Sanatoryum Belzig 1901	T	18 { 9 w I okr. Turbana, 7 w II » „, 2 w III » „ } Uwaga: Chorzy z gruźlicą płuc bez powikłań, bez zbytniego zniszczenia tkanki płuc; przeważnie zajęcie jednego szczytu; albo w 2-im rzędzie zajęcie obu szczytów albo szczytu i całego płatu.	Zły stan ogólny. Waga poniżej prawidłowej; choroby serca i krwotoki. Uwaga: Przed rozpoczęciem leczenia poprawić stan ogólny i wagę, obniżyć ciepłotę zapomocą metody hyg.-dyetetycznej.	1/10—5/10—1 mlgr. etc. etc. Uwaga: Gdy wrażliwość zwalczona, szybko podnosić dawki 10—20—40—60 mlgr. etc.	1 gr.	Co 3—4 dni. Uwaga: Unikać wielkich reakcyi przez powtórzenie lub obniżenie dawki. Tak samo postępować przy spadaniu wagi.	0,5°	Patrz Moeller, Tabl. I, Nr 5.	(patrz niżej)		4—5 miesięcy, ale także dochodzi do 12 miesięcy.	Przebieg pomyślny.
2. Ciż sami.	BE	7 { 2 w I okresie, 5 w II „ }	Idem.	1/10 mlgr. BE — 2/10—3/10—4/10—5/10 mlgr. BE.	0,2—0,4 BE	Idem.	0,5°					
3 *a*). Moeller Belzig 1902	T	55 { 20 w I okresie, 24 w II „, 11 w III „ }	Idem Nr 1.	Idem Nr 1.	Idem Nr 1	Idem.	0,5°					
3 *b*). Moeller Belzig 1903	BE	138 { 69 w I okresie, 39 w II „, 30 w III „ }	Idem Nr 2.	Idem Nr 2.	Idem Nr 2	Podskórnie i śródżylnie.	0,5°					

Wyniki statystyczne za okres 3 lat 1901—1903 włącznie:
wyłącznie higieniczno-dyetetyczna metoda . . . . . 772 chorych } razem 965.
skombinowana z tuberkuliną . . . . 193 „ }

	wyleczeni	znaczna poprawa	poprawa	bez zmiany	pogorszenie	śmierć	
hig.-dyetet.	85 (11%)	215 (27,8%)	274 (35,5%)	162 (21,2%)	29 (3,6%)	7 (0,9%)	— 772
z tuberkuliną	58 (30.1%)	92 (47.7%)	33 (17.1%)	10 (5,1%)	0	0	193

Tablica II. (C. d.) Stosowanie tuberbuliny w celach leczniczych (wszystkie wstrzykiwania podskórne, oprócz Moellera Nr 3 *b*) podskórnie i śródżylnie).

Autor, rok i miejsce	Rodzaj tuberkuliny	Ilość i rodzaj chorych	Przeciwwskazania	Dawkowanie	Największa dawka	Szczegóły wstrzykiwań (częstość)	Kryteryum ciepłoty	Objawy ogólne i miejscowe podczas wstrzykiwań	Wyniki: poprawa ogólna (waga) i miejscowa — statystyka	Zniknięcie TBC	Czas trwania leczenia	Uwagi
4. Turban Sanatoryum Davos, 7 lat 1890—1896	T	89 { 21 w I okresie, 47 w II „, 21 w III „	Szybkie tętno, zbytnia nerwowość, ciepłota ponad 38°, silne rozszerzenie sprawy w płucach, oraz ogniska w innych narządach, za wyjątkiem krtani, skóry i gruczołów.	Na początku 0,000025 gr. często 0,0001 gr., podnoszenie dawek powolne bez bliższego określenia.	0,15 gr.	Najwyżej co 2 dni.	38°		Trwałe wyniki za okres 7 lat (wyleczenie): u 89 z tuberkuliną 51,7%, u 319 bez tuberkuliny 47%.	U 47,7% (bez tuberkuliny tylko u 27,4%).	Kilka miesięcy bez bliższego określenia.	W dziele Turbana: „Beiträge zur Kenntniss der Lungen-Tuberkulose“ czas trwania leczenia waha się od 59 dni do 1,128 dni u tych chorych, u których przy metodzie hig.-dyet. stosowano tuberkulinę, ile jednak czasu trwało leczenie tuberkul. nie ma dokładnych wiadomości.
5. Lüdke Klinika Würzburg 4 lata 1903—1906	T	100 { 64 w II okresie, 36 w III „ Wszyscy chorzy z TBC. — Nadto kilka wypadków z gruźlicą krtani.	Gorączka. Świeży krwotok.	$^1/_{100}$ mlgr., albo $^1/_{500}$ mlgr. czasem $^1/_{10}$ mlgr.	0,1 gr.	Dwa razy na tydzień. Stopniowe podnoszenie dawek. Te same dawki, jeśli silna reakcya. Zmniejszenie dawek, jeśli zły stan ogólny lub utrata wagi.		Podniesienie ciepłoty do 37,7—41,7°. Miejscowe obrzmienie i zaczerwienienie podobne do erythema lub do róży. Znużenie, łamanie w kościach, silne bole w głowy, w klatce piersiowej i w krtani. Ubytek na wadze. Zwiększenie kaszlu i plwociny; mierna tachycardia.	Jako polepszenie po ukończonem leczeniu wstrzymanie sprawy (Stillstand). Przybytek na wadze u kilku: w II okr. 10—15 kg., w III okr. 2½—5 kg. a) 64 II okres: 1) 37 polepszeń (lepszy stan ogólny, przybytek wagi, zmniej. kaszlu itd., 2) 17 bez zmiany, 3) 10 pogorszenie; b) 36 III okres: 1) 16 z polepszen. podmiotowem bez przedmiotowego, 2) 9 bez zmiany, 3) 11 śmierć.	U 14 na 40 bliżej badanych.	4—5 miesięcy.	Powikłania w czasie leczenia: 3 razy krwotok, formowanie się świeżych nacieków w płucach lub w krtani, albo rozszerzenie dawnych, powstanie nowych zapaleń opłucnej. Tygodniami trwające pogorszenie stanu ogólnego. 2 razy pojawienie się dyazoreakcyi, a jeden raz żółtaczki, jeden raz zapad z obawą exitus.
6. Rosenberg Klinika Würzburg 3 miesiące	BE T	12 { 7 ciężko chor., 3 średnio „, 2 lekko „ Wszyscy bez gorączki. W tej liczbie: 1) 3 wypadki płuca i krtań, 2) jeden gruźlica pęcherza, 3) jeden przypadek krtań, gruczoły i ucho, 4) jeden gruźlica stawowa, nadto 1 dziecko.		$^1/_{500}$ mlgr. BE $^1/_{10}$ mlgr. T	1 mlg. ?	Szczegóły nie podane.		Znużenie, bole głowy, zły sen. U niektórych dreszcze i ciepłota do 39,2°. Czasem białe ciałka podczas reakcyi dochodzą do 17,000.	Czasem zniknięcie kaszlu i plwociny po 6 tygodniach leczenia podniesienie apetytu i wagi. Wyniki: polepszenia . . 4 bez zmiany . . 5 pogorszenie . . 1 śmierć . . . 3 (w tej liczbie jedna po silnym krwotoku).			R. zaczyna leczenie od BE, później przechodzi do T. W 2 przypadkach używa tylko T. Jeden raz ciężki krwotok po dawce 0,0001 gr. T.
7. Jacquerod Sanatoryum w Leysin 2 lata	T	20 Gruźlica otwarta. II i III okres bez gorączki. — Formy umiejscowione przewlekłe.		$^1/_{100}$—$^1/_{200}$—$^1/_{300}$ mlgr. etc.	1 mlg. do 0,5 gr	Co 2 dni unikając wszelkich reakcyi. Gdyby nastąpiła reakcya, czekać 2—3 dni, aby przeszła i dawkę zmniejszyć.	Podniesienie najwyżej 0,2°		U wszystkich duża poprawa stanu ogólnego. Nadto u 2 duża poprawa miejscowa; u 2 zaś od roku wyleczenie.		2—6 miesięcy.	

8. Rembold Szpital Św. Maryi Sztutgard więcej niż 6 lat 1800—1896	T	43 { 12 ciężkich 15 średnich 16 lekkich Czysta gruźlica bez wtórnego zakażenia.							25 żyje po 6 latach, 13 stałe wyleczenie, 12 stała poprawa.			18 zmarło, 10 ciężko chorych, 7 średnio „ 1 lekko „
9. Gabryłowicz Sanatoryum Halila 16 miesięcy od 1. IX. 1904 do 31. XII. 1905	T	20 { 4 zajęte szczyty 14 „ jeden płat 2 wyraźn. jamy ale u wszystkich dobry stan ogólny.	Zbyt rozległe zmiany w płucach i gorączka więcej niż 38°.	Początkowo $^1/_{100}$—$^1/_{10}$ mlgr. (Szczegółów zwiększania G. nawet nie podaje).	Dochodzi do 1 gr., ale uważa 0,2—0,3 gr. za wystarczającą		Niema. U 8 reakcya do 38°, u 8 do 39°, 1 wyżej 39—40°.	Tętno do 140, oddech do 40 — bezsenność, zawroty i bole głowy, nudności i wymioty, osłabienie i połamanie w całem ciele.	U wszystkich przybytek wagi od 1—19 kg., zmniejszenie kaszlu u 70%, zmniejszenie objawów katar. u 75%, zwiększenie apetytu i polepszenie stanu ogólnego.	U 69% (czyli 11 na 16 chorych).	2—6 miesięcy.	Zwolennik leczenia etapami. U 3 chorych ciepłota przy początku leczenia 38°. — Dodatnie działanie na płuca nawet z większemi zmianami i na stan ogólny.
10. Hager. Praktyka prywatna Magdeburg kilk lat	T	20 ukryta gruźlica 30 wyraźna gruźlica z TBC.				Unikanie silnych reakcyi. — Następne wstrzyknięcie po zniknięciu wszelkich objawów reakcyi. Leczenie wedle Petruschky 2—3 etapami.			U wszystkich wyraźne pomyślne wyniki. 100% wyleczeń.			
11. Mitulescu Bukareszt kilka lat	T PTO (Spenglera)	30 świeża sprawa bez gorączki. Wszyscy z podmiotowymi objawami intoksykacyi i zakażenia, ale zajęciem tylko jednego szczytu. — U 33% TBC. W I okresie przeszło 66%. W II okresie przeszło 33%.	Gorączka, utrata wagi w ciągu ostatnich 2—3 tygodni zły stan ogólny. (Przed rozpoczęciem leczenia podnieść wagę i poprawić stan ogólny).	$^1/_{100}$ mlgr. T — $^5/_{100}$ mlgr. T — $^{10}/_{100}$ mlgr. T etc. $^1/_{1000}$ mlgr. PTO — $^1/_{100}$ mlg. PTO — $^5/_{100}$ mlg. PTO etc. etc.	0,1 gr. T 5 mlg. PTO		Podniesienie o 0,7—1,5°.	W pierwszym rzędzie: polepszenie stanu ogólnego, lepszy apetyt, lepsze samopoczucie. W drugim rzędzie: zniknięcie kaszlu, zniknięcie rzężeń, polepszenie objawów miejscowych.	1) W zamkniętej gruźlicy: kliniczne wyleczenie 20 (71%). 2) W otwartej gruźlicy: z TBE wyleczenie 5 (14½%), znaczne polepszenie 5 (14½%).			
12. Roemisch Sanatoryum Arosa jeden rok Tenże 4 lata 1902—1906	T } BE } T } BE }	Kilkanaście. Chroniczna daleko posunięta gruźlica płuc z ustąpieniem spraw zapalnych okołoogniskowych, ale z zachowaniem status quo w ogniskach. 22.	Gorączka, zbytnia nerwowość. Ostre stany z postępującą sprawą lub głębokie zmiany, gdzie pod wpływem reakcyi mógłby nastąpić rozpad.	{ $^1/_{10}$ mlgr. T $^1/_{500}$ mlgr. BE { Te same dawki.	1 gr. T 0,1 mil. BE Te same dawki	Stopniowe podnoszenie dawek wedle Goetscha — unikanie silnych reakcyi — zmniejszenie dawek przy podniesieniu się ciepłoty 0,2—0,3° lub przy pojawieniu się rzężeń.	0,2—0,3	Zwiększenie ilości rzężeń.	Szybka wyraźna poprawa; zmniejszenie lub zniknięcie wydzieliny. Na 22 chorych 13 wyleczonych od 4½ lat a wśród nich 6 ciężko chorych. U niektórych przybytek na wadze 6½ kg.	U 60%.		Roemisch zaczyna od BE, później przechodzi do T. U 6 ciężko chorych, gdy leczenie metodą hig.-dyetetyczną pozostawało po paru latach bez skutku, po stosowaniu tuberkuliny nastąpiła widoczna poprawa.
13. Amrein Arosa Prywatna praktyka	TR T	24 { 4 w I okresie 15 w II „ 5 w III „	Daleko posunięty rozpad — zły stan ogólny — niedomoga serca — krwotoki.	$^1/_{500}$ mlgr. TR $^1/_{10}$ mlgr. T	$^1/_{10}$ mlg. TR 1,7 gr. T	Stopniowe podnoszenie dawek wedle Goetscha. — Leczenie etapami. — Przy drugim etapie stosował wyłącznie T.	38°	Polepszenie apetytu, zmniejszenie plwociny, szybkie zniknięcie rzężeń, zmniejszenie ilości tętna ze 120 na 80. Ubytek wagi u 11 chorych.	I okres znaczne polepszenie 100%. II okres wynik dodatni 66%. III okres wynik dodatni 80%.	U 29%.	Kilka miesięcy bez bliższego określenia.	Z początku stosuje TR, a później T. Najlepsze wyniki u chorych z małemi reakcyami. 1 pogorszenie krtani pod wpływem tuberkuliny. 1 śmierć na prosówkę w 6 miesięcy po ukończonem leczeniu.

Tablica II. (C. d.) Stosowanie tuberkuliny w celach leczniczych (wszystkie wstrzykiwania podskórne, oprócz Moellera Nr 3 *b*) podskórne i śródżylne).

Autor, rok i miejsce	Rodzaj tuberkuliny	Ilość i rodzaj chorych	Przeciwwskazania	Dawkowanie	Największa dawka	Szczegóły wstrzykiwań (częstość)	Kryterium ciepłoty	Objawy ogólne i miejscowe podczas wstrzykiwań	Wyniki: poprawa ogólna (waga) i miejscowa — statystyka	Zniknięcie TBC	Czas trwania leczenia	Uwagi
14. Hammer Heidelberg Poliklinika 5 lat	T	100, ale leczenie skończone u 60-ciu. Przeważnie lekkie przypadki I i II okresu, ale także i ciężkie.		$^1/_{100}$ lub $^1/_{1000}$ mlg. Podwyższa o te same dawki.	1 gr.	Bez żadnej gorączki i unikając najmniejszych reakcyi. — Wstrzykiwania dwa razy w tygodniu.		Bole głowy, znużenie, brak apetytu, czasem bole w miejscu wstrzyknięcia, oraz obrzmienie sąsiednich gruczołów, ale wszystko krótkotrwałe. Zniknięcie plwociny i kaszlu, zniknięcie potów już po 3—4 tygodniach leczenia. Krwotoki stają się rzadszymi i mniej obfitymi.	U wszystkich 60 wyniki bardzo dobre bez bliższego określenia. Nawet u ciężko chorych zmniejszenie kaszlu, zniknięcie bolów i potów i poprawa apetytu. „Nawet u najcięższych — powiada autor — bez nadziei na przyszłość, jeszcze raz odporność ustroju może być podniesiona«.		4—6 miesięcy.	Wszyscy chorzy leczeni ambulatoryjnie wyłącznie tuberkuliną. Ogólna ilość wstrzykniętej podczas leczenia tuberkuliny wynosi 5,9999 gr.
15. Goetsch Szpital Slawentzitz 6 lat 1895—1901	T TR	175 bez bliższego określenia.	Stan gorączkowy.	$^1/_{100}$ T — $^2/_{100}$ T — $^3/_{100}$ T mlgr. etc. albo $^1/_{10}$ T — $^2/_{10}$ T mlgr. etc. $^1/_{1000}$ mlgr. subst. czynnej — $^2/_{1000}$ subst. czynnej — $^3/_{1000}$ subs. czynnej etc.	0,1 gr. do 1,0 gr. T 0,1 gr. TR	Stopniowe podnoszenie dawek z unikaniem wszelkich reakcyi. — Nigdy nie podwyższać następnej dawki, dopóki nie zniknie reakcya po poprzedniej.			Wyleczeni 125 czyli 71%. Przeciętny przybytek wagi $9^1/_2$ kg. (minimum 4 kg., maximum 20 kg.).		Przeciętnie 198 dni. Maximum 791 dni. Minimum 50 dni.	Jeśli początkowa dawka $^1/_{100}$ mlg. T źle jest zniesiona, przerzuca się do TR i po zniknięciu reakcyi powraca do T, która tym razem dobrze jest znoszoną.
16. Krüger Vetschau	Nowa tuberkulina (nie mówi czy TR, czy BE).	26 { 21 początkujący, 5 z daleką posuniętą sprawą	Dawki podane niedokładnie.	Dawki podane niedokładnie.		Co 2 dni na początku — pod koniec raz na tydzień lub na kilka tygodni.		Dodatnie objawy: Na początku leczenia: poprawa apetytu i wagi (zwiększenie o 10—20 funtów), zniknięcie kaszlu, plwociny, potów, bolów i innych objawów. Ujemne objawy: Ból miejscowy, znużenie, bole w członkach; jeden raz wymioty.	„Wyniki są tak zadawalniające, że w wielu przypadkach — powiada autor — tuberkulina może zastąpić leczenie sanatoryalne". Z 5 ciężko chorych 3 są tak polepszeni, że od 2 lat czują się zupełnie zdrowymi i zdolnymi do pracy.		Kilka tygodni.	Wszyscy chorzy byli leczeni ambulatoryjnie. Autor powiada, że z T nie miał dobrych wyników.
17. Krause	BE	Wszelkie okresy bez różnicy z gorączką.	Niema.	$^1/_{400}$ albo $^1/_{200}$ mlg. subst. czynnej.	0,03 mlg. czynnej substancyi	Co 3—8 dni, unika prawdziwych reakcyi, ale podnosząc dawki do podwójnej.	Niema.	Zawsze miejscowe, czasem tygodniami trwające zaczerwienienie. Uczucie znużenia i bole głowy, ale rzadko.	Wszyscy bez wyjątku mają dobre wyniki. Zniknięcie gorączki u wszystkich, nawet w III okresie, gdzie dawniej trwała od roku pomimo wszelkich środków. U lekko chorych zupełne ustąpienie kataralnych objawów lub zmniejszenie u ciężko chorych. Dobry wynik w gruźlicy krtani z głębokiemi zmianami.			Wszyscy leczeni ambulatoryjnie. Autor kładzie główny nacisk na działanie antygorączkowe BE. Otrzymane w tym kierunku wyniki wśród biednej ludności wiejskiej, żyjącej wśród bardzo złych warunków higienicznych, są nader pomyślne.

18. Pöppelmann Coesfeld 2 lata 1903 i 1904	BE		Zajęcie obu płuc. Jamy. Zakażenia wtórne. Zbytnia wrażliwość na BE. Gorączka. Gruźlica kiszek jako powikłanie płuc. Krwotoki naczyniowe, ale nie włoskowate (tu przeciwnie daje BE dobre wyniki).	mlgr. $^1/_{1000}$ do $^{25}/_{10000}$ mlgr. subst. czyn. Zwiększanie powolne.		Co 3—6—10—15—21—28—36—45—55 dni.—Częstość wstrzykiwania zależy od otrzymanego podniesienia ciepłoty, miejscowego nacieku, który jest zjawiskiem pożądanem i stanu ogólnego. — Po otrzymaniu żądanej reakcyi, należy z nast. dawką wyczekać jej zniknięcia.	0,5—1,0	Twarde miejscowe nacieki i zwiększenie rzężeń kataralnych.	Lepsze samopoczucie, zwiększenie wagi, ustąpienie potów, bólów głowy i bezsenności. Zwiększenie barwiku krwi. Metoda hyg.-dyetetyczna w połączeniu z BE daje podwójną ilość wyleczeń.		5—10—15 tygodni.	BE daje dobre wyniki w peritonitis TBC u dzieci. — Wogóle u dzieci bardzo dobre wyniki. Wysięki opłucnowe lub grube zrosty wymagają dłuższego leczenia lub etapami ponad 5—10 15 tygodni.
19. Bandelier Sanatoryum Cottbus	BE	37 chorych: 3 w I okresie, 26 w II „, 8 w III „	Niema.	$^1/_{500}$—$^1/_{250}$ mlgr. etc. albo jeśli reakcya $^1/_{500}$ — $^1/_{400}$ — $^1/_{800}$ mlgr. etc., a tutaj jeśli większa reakcya powtórzenie dawki do zniknięcia reakcyi — dochodzi się do 1 mlgr. Dalej 1—2—3 mlg. albo 1—$1^1/_2$—2—$2^1/_2$ aż do 5 mlgr. Dalej: 5—6—7—8—9, a ostatnia 10 mlgr.	1 mlg. 5 mlg. 10 mlgr.	Wstrzykiwania co 2 dni. — Pierwsze maksymalne 1 mlgr., unikając ciepłoty nad 38°. Wstrzykiwania co 3 do 5 dni. Druga maksymalna 5 mlgr. Wstrzykiwania co tydzień. — Trzecia maksymalna najwyższa 10 mlgr.	Wyżej ponad 38°		1) Wszyscy 3 w I okr. Zniknięcie wszelkich objawów chorobowych i upartej gorączki. 2) Wyraźn polepszenie w płucach u 26 w II. okr. niemożliwe bez BE i znaczny przybytek na wadze aż do 10—12 kg. 3) U 8 w III okr. popr. ogólna, wstrzymanie sprawy płucnej, zmniejszenie wydziel. i TBC i uwszystkich przybytek wagi aż do 6—7 kg.	U 16 na 26 w II okresie czyli przeszło u 60%.		Bandelier twierdzi, iż BE działa znacznie silniej niż TR, gdyż zawiera roztarte in toto laseczniki, a więc wszystko to. co w hodowlach, jako substancya imunizacyjna jest zawartem, gdy TR zawiera tylko pewną składową część laseczników.
20. Denys Louvain 5 lat 1899—1904	BF (bouillon filtré)	442. 3 okresy i wszyscy z TBC. W tej liczbie 47 w stanie rozpaczliwym („déscsperés").	Niema.	$^1/_{10000}$ lub $^1/_{1000}$ mlg. Zwiększa o te same dawki, zwłaszcza na początku — późniejsze dawki mogą względnie być większe.	1 gr. czasem 2—3, a nawet 5 gr.	2—3 wstrzykiwania w tygodniu. Unikać ciepłoty 38° podczas wstrzykiwań. Przy małej i krótkiej reakcyi powtarzać dawki te same. Przy reakcyi silnej i długiej zwiększyć pauzę i zmniejszyć następną dawkę.	38°	Czasem utrata apetytu, lub nudności i wymioty. Czasem bole głowy i bole w kończynach. Znużenie. Ból w miejscu wstrzyknięcia, trwający czasem aż do 8 dni. Czasem szybko znikająca pokrzywka. Bole w kościach i stawach przy gruźlicy miejscowej. — Zwiększenie kaszlu, plwociny i rzężeń.	1) 43,6% prawdziwe wylecz. (odzyskanie dawnego zdrowia i zupełne znikn TBC. 2) 12,6% quasi wylecz. (j. w., ale od czasu do czasu trochę plwociny i trochę TBC). 3) 8,1% znaczna popr. (dobre łaknienie, waga, ciepłota i tętno prawidł., mało kaszlu i mało wydzieliny). 4) 6,5% poprawa (wzrastająca poprawa ze znaczną i stałą obniżką ciepłoty). 5) 4,2% bez zmiany. 6) 2% pogorszenie. 7) 22,6% śmierć.	U 43·0%.	Przeciętnie 4—5 miesięcy, czasem 6—12 miesięcy, a nawet 2 lata.	Denys dopuszcza 10 reakcyi na 30 wstrzyknięć z tem jednak zastrzeżeniem, aby były jak najbardziej umiarkowane. Dążeniem jednak być winno, aby były możliwie rzadkie.
21. Schnöller Sanatoryum Davos 2 lata i 3 miesiące od 10. XII. 1902 do 1. III. 1905	BF	211 w I okr. 11,8%, w II 57,3%, w III 30,9%. Sprawa płucna: 1) jednostr. 13,7% 2) obustr. 86,3% z TBC — 85,9% bez TBC — 14,1% Powikłania: 1) gruczoły u 12, 2) krtań u 25, 3) jelita u 8, 4) ucho (otitis) u 6, 5) fistula ani u 4, 6) kości i stawy u 4, 7) błona brzusz. u 1, 8) nerki u 1; razem 61 (28,9%). Gorączka przed rozpoczęciem leczenia u 48,8%.	1) Prosówka. 2) Ostro przebiegająca sprawa. 3) Chorzy z odpornością sprowadzoną do minimum. Uwaga: Gorączka nie jest przeciwwskazaniem, ciąża również nie.	Jak u Denysa.	Jak u Denysa.	Jak u Denysa.		Małe twarde guziczki w miejscu wstrzyknięcia. Podniesienie ciepłoty o kilka dziesiątych (wysokie prawie nie zdarzały się).	a) Wyniki dodatnie: 1) prawdopodobne wyleczenie 23,2% 2) znaczne polepszenie 49,8% 3) polepszenie . . . 15,2% razem 88,2%. b) Wynik ujemne: 1) bez zmiany 7,6% 2) pogorszenie 2,8% 3) śmierć . 1,4% razem 11,8%.	U 29·7%. (Uwaga: Utrata włókien elastycznych u 56%).	Przeciętnie I okres 4—8 mies., II okres 4—9 mies., III okres 7 mies., czasem kilka lat.	BT lepiej od wszelkich innych środków wpływa na gorączkę i na krwotoki. Schnöller jest wielkim zwolennikiem leczenia etapami, wychodząc z zasady, że dodatnie wyniki nie tyle zależą od ilości wstrzykniętej BF, ile od czasu trwania leczenia.

Tablica III. Stosowanie tuberkuliny wewnętrznie (per os) w celach rozpoznawczych i leczniczych.

Autor	Rodzaj tuberkuliny	Ilość i rodzaj chorych	Przeciwwskazania	Dawkowanie	Największa dawka	Szczegóły wstrzykiwań (częstość)	Kryteryum ciepłoty	Objawy ogólne i miejscowe podczas wstrzykiwań	Czas trwania wstrzykiwań	Wyniki
Nr. 22 Freymuth, szpital Wrocław, Oddział dla gruźliczych w ciągu 9 miesięcy. Uwaga dla rozpoznania.	T	17 otwarta gruźlica z TBC ale bez gorączki (maximum $37,2^0$). 47 zamknięta gruźlica bez TBC	Gorączka	5—10 mil. w formie pigułek	100 mil	Przed tuberkuliną podaje natrii bicarbonici dla zobojętnienia kwasu żołądkowego, na czczo		1) U 17: zwykła miejscowa reakcya w płucach lub w gruczołach. — Gwałtownych reakcyj nie było; ale u 5-ciu ciepłota czasem do 39^0, u 5-ciu niższa, u 7-u bez wzniesienia. 2) U 47: wysokie wzniesienie do 39^0 u 8; mniejsze u 19; żadne u 20.		1) U 17 z otwartą wynik dodatni próby u 60%. 2) U 47 z zamkniętą wynik dodatni próby u $57 \cdot 4\%$.
Nr. 23. Löwenstein, Sanatoryum, Belzig. Uwaga dla rozpoznania.	T	7 z otwartą gruźlicą i z TBC		U 5-iu jedna tylko dawka 100 mil. U 2-ch jedna tylko dawka 200 mil.		Idem		Żadnej miejscowej ani ogólnej reakcyi.		Z tych 7-miu po 14 dniach przerwy 2-ch reagowało: 1-szy na powtórne podskórne wstrzyknięcie $^2/_{10}$ mil. ciepłotą 37.8^0; drugi na trzecie wstrzyknięcie $^2/_{10}$ mil. ciepłotą $38,4^0$. Löwenstein odrzuca zupełnie stosowanie T. per os.
Nr. 24. Köhler, Sanatoryum, Holsterhausen. Uwaga w celach leczniczych.	T	33 wszyscy w II okr. — gruźlica bez żadnej wątpliwości — wszyscy z TBC i lekką gorączką (tylko 2 bez gorączki).		10 mil. na początek; następne dawki o 10 mil. więcej.	30 mil	Przed tuberkuliną podaje natrii bicar. jak Freymuth, dawki tuberkuliny co 8 dni.		U 6-ciu silne bole głowy; u 4-ch ściskanie w piersiach i wysokie gorączki od $39,6—40^0$.	od 10 do 100 dni	1) Wyniki dodatnie: U 4 podmiotowe polepszenie w płucach, a nadto u jednego polepszenie stanu ogólnego; u 4-ech utrata gorączki (z tych 2 umarli); u 7 zmniejszenie wydzieliny; u 6 zmniejszenie kaszlu. 2) Ujemne: U 14 stałe pogorszenie stanu ogólnego i płuc; u 2-ch ciepłota prawidłowa podnosi się od $38,3—38,8^0$; u 6-ciu zwiększenie wydzieliny; u 5 iu zwiększenie kaszlu; u 6-iu świeże krwotoki po tuberkulinie; wreszcie 9 wypadków śmierci.

Z drugiej strony bardzo dziwne wydają się nam wyniki Becka, Franza i Binswangera. Zastanówmy się bliżej nad nimi.

Beck (11), wedle przepisów Kocha, wstrzykuje co 1—2 dni, 1—5—10 mlgr. i w razie wątpliwego odczynu powtarza te dawki po 2 razy. Zaczynanie od dawki mniejszej, niż 1 mlgr. a więc nie $^{2}/_{10}$, jak u Moellera i Löwensteina, uważa za bezcelowe, gdyż może tylko rozpoznanie utrudniać. U 2137 chorych, dotkniętych rozmaitemi chorobami (Beck powiada ogólnikowo »Patienten«), lecz nie gruźlicą, otrzymał on wynik dodatni u 54%[11]). Wśród nich np. 127 z zapaleniem gardła; odczyn pokazuje się w 37%; 58 rekonwalescentów po durze z odczynem w 46,5%; 15 z wrzodem żołądka z odczynem w 66% itd. Beck, streszczając swoje badania, powiada, że tylko dzięki tuberkulinie postawionem być mogło rozpoznanie gruźlicy. Przypuśćmy, że tak jest w istocie, że w 54% wątpliwych przypadków tuberkulina rozpoznanie rozstrzygnęła. Pytanie jednak, dla czego Franz otrzymuje odczyn już nie w 54%, lecz w 61% przypadków i to u żołnierzy jednorocznych a więc u ludzi silnych, zdrowych, którzy jako tacy przyjęci zostali do służby wojskowej po dokładnych oględzinach lekarskich. Idąc dalej, zastanawia ta okoliczność, że Franz wstrzykuje tylko dwie dawki, pierwsza 1 mlgr., a druga 3 mlgr, (tylko u kilku dochodzi do 5 mlgr. (64 i 65). Wypada więc, że u chorych Becka cała ilość tuberkuliny (co najmniej 16 mlgr.) wywołuje odsetkowo (o ile nie powtarza dawek) mniejszą ilość odczynów, niż razem 4 mlgr. u zdrowych silnych osobników Franza. Czyż nie jest to wynik paradoksalny, jeśli go zestawimy zwłaszcza z dawnymi wynikami Kocha, który tak dobitnie zaznaczał, że u człowieka zdrowego w przeciwieństwie do gruźliczego potrzebne są znacznie większe dawki tuberkuliny dla wywołania odczynu. Nadto ciekawy jest jeszcze pewien ważny szczegół, podkreślony przez Franza, a mianowicie, że wszyscy oddziaływający podniesieniem ciepłoty do 38—38,9 przy zwykłych objawach odczynu, pozbyli się ich w ciągu 2—4 dni i mogli wrócić do swej służby, która, jak wiadomo, lekką nie jest.

Moeller stara się wyniki Becka wytłómaczyć w sposób następujący: Różnica w stosunku do tuberkuliny między chorym na gruźlicę, a zdrowym, jest tylko ilościową; duża dawka może wywołać odczyn u zdrowego. — Odczyn dodatni ma podwójne znaczenie: albo jest wyrazem wrażliwości ustroju na tuberkulinę, jako w ogóle na truciznę i to truciznę organiczną bardzo złożoną, i w takim razie odczyn należy do kategoryi ogólno-toksycznych; albo, wskutek wrażliwości specyalnej gruźliczego na tuberkulinę, czyli »nadwrażliwości« odczyn należy do kategoryi swoistej. Otóż w pierwszym razie wrażliwość na tuberkulinę będzie większą u ludzi chorych lub ozdrowieńców, lub wreszcie wyczerpanych, niż u ludzi zdrowych, gdyż w takim razie cały ustrój, a tembardziej jego narząd kaloryfikacyi znajduje się w stanie mniejszej odporności. Tym sposobem, bez wyraźnych dowodów doświadczalnych dałby się wytłómaczyć odczyn u chorych Becka lub u chorych niegruźliczych Fränkla. Ale jak w takim razie wytłómaczyć wyższy odsetek odczynów u zdrowych żołnierzy Franza? Jego wyniki, zdaje się, nie mogą być podciągnięte pod teoryę »nadwrażliwości« Moellera. Albo, jak sobie wytłómaczyć niższy wprawdzie odsetek odczynów (28,5%—33%)[12]) u zdrowych mamek Binswangera, które przed przyjęciem podlegają bardzo dokładnemu badaniu narządów oddechowych w klinice prof. Leopolda. Na wytłómaczenie tych zjawisk, tak sprzecznych, odpowiedź jest istotnie trudną.

Ale tu nasuwa się jeszcze jeden ważny szczegół, stojący w sprzeczności z postulatami Kocha i z komentarzami Moellera. Człowiek zdrowy wedle Kocha musi oddziaływać — wprawdzie słabiej, niż chory na gruźlicę — na dawkę 10 mlgr. tuberkuliny. Zdarza się to — jak wyżej zaznaczyliśmy — wedle Moellera, wskutek ogólnej wrażliwości każdego ustroju na tuberkulinę, jako na truciznę w ogóle. Otóż Binswanger (33) podaje wyniki swych badań u 79 mamek (nie wliczonych do kategoryi 28,5% do 33% oddziaływających), którym wstrzykiwał za pierwszym razem 10 mlgr., potem za drugim razem 20 mlgr., razem więc 30 mlgr. i otrzymał co następuje: u 16 mamek (okrągło 20%) odczyn dodatni, u 63 zaś (okrągło 80%) odczyn ujemny, czyli brak odczynu. Binswanger słusznie też powiada: »możnaby w ogóle powątpiewać o działalności tuberkuliny na zdrowy ustrój (t. j. anatomicznie wolny od gruźlicy)«. Ale taki wniosek na faktach oparty, przeczy teoryi Kocha i jego szkoły.

Z drugiej strony, stając na stanowisku teoryi Nägelego, (176) dziś ogólnie przyjętej, powstaje pytanie, kogo uważać za »anatomicznie zdrowego« pod względem gruźlicy i jakie na to dowody? Skoro klinika sprawy tej rozstrzygnąć nie zdoła i zwraca się o stanowczą i skuteczną pomoc do tuberkuliny, która również sprawy tej nie wyjaśnia, to gdzież jest punkt wyjścia? (C. d. n.)

[11]) Cała ilość poddanych wstrzykiwaniom chorych wynosi 2508, ale z liczby tej strąca Beck 371 chorych z gruźlicą płuc lub kości. Pozostaje więc 2137 chorych.

[12]) Tu także dodać należy, że 28,5% oddziaływających w 1903 r. wypadło w tej kategoryi, którym szczepiono minimum 10 mlgr. a później 20 mlgr. — 33% wypadło tam, gdzie wstrzykiwano mniejsze dawki: 1—5—10 mlgr.

Oceny i sprawozdania.

Karczewski: **O ciąży śródmiąższowej.** (Warszawa, 1907. Odbitka z »Medycyny«).

Autor pracą swą dał piśmiennictwu polskiemu pierwszą monografię o tego rodzaju ciąży zewnątrzmacicznej. Na wstępie pracy przytacza i objaśnia trafnemi uwagami krytycznemi skrzętnie zebrane piśmiennictwo, a zestawienie to obejmuje wszystko, co dotychczas w tym kierunku napisano od roku 1801, to jest od pierwszego opisu podobnego przypadku przez Schmitta, aż do chwili obecnej. Do tej pracy zachęcił autora przypadek, operowany przez niego w r. 1902. Przed zabiegiem rozpoznał ciążę zewnątrzmaciczną rozwijającą się, podczas zabiegu sądził, że ma przed sobą przypadek ciąży śródmiąższowej; przy rozpoznaniu tem jednak obecnie się nie upiera, gdyż zapoznawszy się dokładnie z piśmiennictwem, doszedł do przekonania, że takie rozpoznanie można utrwalić dopiero przez dokładne zbadanie anatomiczne. W jego przypadku było ono niemożliwe, gdyż zabieg wykonał zachowawczo, usunął bowiem tylko jaje płodowe 5-miesięczne po nacięciu torby, a skoro po usunięciu jaja nie było znaczniejszego krwotoku, ranę zaszył. Jak z dalszych wywodów wynika, ma autor wątpliwości, czy w jego przypadku nie było ciąży w zaułku macicy nabytym, lub w kącie macicy.

Z kolei przechodzi autor do ogólnych uwag o ciąży śródmiąższowej, przyczem opiera swe rozumowanie na danych, zaczerpniętych z piśmiennictwa i wyświetla przedewszystkiem budowę anatomiczną jajowodu, jakoteż najnowsze pojęcia o osadzaniu się zapłodnionego jajka i różnicy, jaka zachodzi przy osadzaniu się jego w macicy, a zewnątrz macicy. Autor przychyla się do przypuszczenia Opitza i Michaelisa, którzy odnoszą przyczynę powstania tej nieprawidłowości do następstw zmian zapalnych błony śluzowej jajowodu, jakoteż do przypuszczenia Wertha, szukającego powodu takiej ciąży w przeszkodzie mechanicznej przyrody nowotworowej (gruczolak).

Liczne badania anatomiczno-patologiczne dały tak różne wyniki, że powstał chaos, a za nim sztuczne wytworzenie rozmaitych typów ciąży śródmiąższowej. Autor dowodzi wadliwości badań, jakoteż fantastyczności wielu wywodów i dochodzi do przekonania, że można uwzględnić tylko dwa typy ciąży śródmiąższowej, zależnie od tego, czy jaje płodowe rozwija się w kierunku dna macicy, czy też w kierunku jej ściany bocznej. I ten podział jest nieco sztuczny i, jak autor sam przyznaje, trudny do przeprowadzenia, a nie konieczny ani ze stanowiska teoretycznego, ani też praktycznego. Zupełnie chciałby autor usunąć z nauki pojęcie ciąży śródmiąższowo-jajowodowej, ciąży śródmiąższowo-macicznej, gdyż nikomu nie udało się udowodnić

zmian anatomicznych, cechujących i usprawiedliwiających takie wyróżnienia. Wszystkie przypadki, opisywane jako ciąża śródmiąższowo-maciczna, uważa autor za zejście ciąży śródmiąższowej (Werth), a powstają one z powodu pęknięcia worka płodowego. Pęknięcie to w kierunku jamy macicy może być samorodne i nie koniecznie towarzyszyć mu musi pęknięcie torby ku jamie brzusznej, jak to twierdzi Werth.

W dalszym ciągu pracy wskazuje autor na swoiste cechy ciąży śródmiąższowej, jak na zachowanie się więzadła obłego, na brak doczesnej w worku płodowym i na zachowanie się ujścia jajowodu do jamy macicy. Ujście to powinno się dać zawsze odszukać, albo gołem okiem, albo też przez mikroskop. Podobną do ciąży śródmiąższowej ciążę w rogu szczątkowym odróżnia się anatomicznie łatwo po braku znamiennego dla ciąży śródmiąższowej odchylenia dna macicy, jakoteż po luźnym związku guza ciężarnego z macicą zapomocą szypuły, zwanej kawałkiem pośrednim, wśród której nierzadko udaje się odszukać przewód, łączący róg macicy rozwinięty z rogiem szczątkowym. Anatomicznie bardzo podobną, a przeto trudną do odróżnienia od ciąży śródmiąższowej, bywa ciąża w komorze szczątkowej macicy dwukomorowej, którą jedynie odróżnia brak otworu w przegrodzie. Ciąży śródmiąższowej zupełnie nie można odróżnić nawet po najściślejszem zbadaniu anatomicznem od ciąży w uchyłku macicy.

Rozpoznanie kliniczne ciąży śródmiąższowej jest prawie niemożliwe i nie przekracza zwykle ogólnego rozpoznania ciąży zewnątrzmacicznej, co też i praktycznego znaczenia nie ma, gdyż leczenie jej jest takie samo, jak leczenie ciąży zewnątrzmacicznej, usadowionej w ktorymkolwiek innym odcinku części rodnych. Strzedz się natomiast należy pomieniania ciąży śródmacicznej z ciążą maciczną w macicy nieprawidłowo nagiętej i utrwalonej ku bokowi, oraz od ciąży w kącie macicy, co już niejednokrotnie się przydarzyło i nawet dało powód do przystąpienia do zabiegu.

Zejście ciąży zewnątrzmacicznej śródmiąższowej stanowi zawsze pęknięcie torby w czwartym lub piątym miesiącu ciąży, wywołujące zwykle przerwanie ciąży i wydostanie się płodu albo do jamy brzusznej, albo drogą naturalną, skoro pęknięcie nastąpiło do jamy macicy. Wyjątkowo po pęknięciu worka może się ciąża dalej rozwijać nawet do fizyologicznego kresu, ale jako ciąża następowa brzuszna.

Pracę swą kończy autor rozpatrzeniem sposobów leczenia. Autor nie bardzo wierzy — i słusznie — w możliwość sztucznego poronienia drogą macicy, a wszystkie tak leczone przypadki, zdaniem jego, należy uważać za źle rozpoznane. Zresztą leczenie przypadków ciąży śródmiąższowej, nieco dalej w rozwoju posuniętej, może być tylko operacyjnem i to albo przez pochwę — sposób mniej właściwy — albo też przez cięcie brzuszne. Zabiegi te mogą być znowu albo zachowawcze (nacięcie torby, wydobycie jaja płodowego, sączkowanie lub zeszycie worka, lub też wycięcie całego worka i zeszycie brzegów rany) albo też doszczętne (usunięcie macicy zupełne, lub odcięcie jej nadpochwowe). Którego ze sposobów należy użyć, rozstrzygają stosunki każdego przypadku z osobna.

Jak widzimy, obraz tej choroby przedstawia autor zupełnie wyczerpująco, czyniąc uwagi przeważnie trafne, tak, że pracę tę należy uważać za korzystny nabytek dla naszego piśmiennictwa.

Doc. Dr Dobrowolski.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

E. Palier. **Znaczenie myszy w rozszerzaniu chorób wywołanych przez dwoinki i prątki okrężnicy.** (*Presse médicale* Nr 73, 1907). Na podstawie licznych doświadczeń, jakoteż i na podstawie znanych faktów, tyczących się zapalenia płuc, wypowiada autor zdanie, mocą którego uważa mysz domową za najważniejszy, jeśli nie jedyny czynnik, roznoszący tę chorobę. To samo tyczy się i chorób powodowanych prątkami okrężnicowymi. Autor tak dowodzi: W ślinie każdego zdrowego człowieka znajdują się dwoinki, barwiące się Gramem, a okazujące wielką różnokształtność; jestto dwoinka zapalenia płuc Fraenkla raz w takiej, raz w innej postaci. Wstrzyknięcie pod skórę lub do otrzewnej myszce domowej śliny własnej autora, a zawierającej te dwoinki (autor nigdy na płuca nie chorował), zabijało ją przeciętnie w 36 godzin. — Po spożyciu tych mikrobów myszy nigdy nie chorowały. Hodowle ich ze śliny traciły jadowitość po 5—6 dniach. Te same wyniki miał autor z mikrobami, uzyskanymi ze śliny innego zdrowego człowieka. Szczepienia szczurów były zawsze bez skutku. Dwoinki, pochodzące z człowieka zdrowego, po przejściu przez mysz domową nabierały gwałtownej jadowitości i utrzymywały ją w hodowli agarowej około 20 dni. Jeszcze drugie pokolenie było jadowite i zabijało mysz i szczura. Na tej podstawie dowodzi autor, że dwoinki, aby się stać niebezpiecznemi dla człowieka, muszą przejść przez wrażliwe zwierzę. Takiem zwierzątkiem, żyjącem w ludzkich mieszkaniach i to głównie w tych porach roku (zima, początek wiosny), gdzie najczęściej się zjawia płatowe zapalenie płuc, jest mysz. Zakaża się ona mało jadowitymi dwoinkami z powietrza lub śliny ludzkiej, po pewnym czasie pada gdzieś w kącie, a rozkładające się jej ciało uwalnia jadowite mikroby. I kał myszy zawiera jadowite mikroby. A że przewietrzanie mieszkań w czasie chłodnym jest zwykle niedostateczne, mikroby się mnożą i stają coraz jadowitsze. Dla uzupełnienia swej teoryi szukał autor po ludzkich mieszkaniach padłych myszy i badał, czy zawierają dwoinki. W krwi kilku padłych myszy znalazł dwoinki okrągłe i podłużne. Na ogół znajdował prątki okrężnicy, szczególniej w kilka godzin po śmierci zwierzęcia, bo wtedy prątki te zalewają organizm tak, że znajdował czasem te prątki obok dwoinek. Hodowle z krwi tych myszy zawierających dwoinki i prątki są bardzo jadowite. W małych dawkach zabijają w 10 godzin i mysz i szczura. — Wszystkie te doświadczenia dowodzą wedle autora słuszności jego teoryi. I fakty przemawiają za tą teoryą. Autor podaje następujące fakty za Jürgensenem: 1) Zapalenie płuc nie zjawiło się wcale w r. 1812 wśród armii napoleońskiej w czasie nieszczęsnego odwrotu z pod Moskwy. To samo nie spotykano się z niem wśród wojny krymskiej. Fakt ten obala teoryę, przypisującą w tej sprawie przeziębieniu wielkie znaczenie, bo nikt nie zaprzeczy, że armia napoleońska dobrze marzła w czasie odwrotu. 2) Zapalenie płuc częściej nagabuje żołnierzy w kasarniach, niż biwakujących w polu, rzadko się zjawia u marynarzy na pełnem morzu, ale często, kiedy marynarz wychodzi na ląd. 3) Zapalenie płuc spotykamy tem rzadziej, im się bardziej oddalamy od równika, a zbliżamy do bieguna. Nie znają go prawie w Islandyi, szczególniej w miasteczkach w głębi wyspy, ale zjawia się czasem w miastach portowych. Fakty te dadzą się tem właśnie wytłómaczyć, że i myszy jest tem mniej, im bardziej zbliżamy się do bieguna, i że ich więcej w portach, dokąd przywożą je okręty, niż w głębi wysp. — Obok dwoinek zawiera krew padłych myszy i jadowite prątki okrężnicy, które z rozpadem ciała myszy dostają się na zewnątrz i łatwo mogą zakażać ludzi. — W celach ochronnych radzi autor palić padłe myszy i szczury, niszczyć myszy wogóle po mieszkaniach, budować zdrowe domy, gdzieby nie mogły się chować myszy, mieszkania dobrze wietrzyć i czysto utrzymywać. *Stahr.*

Biełonowski. **Wpływ wyjałowionego pokarmu na florę kiszek.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 21). Do doświadczeń używał autor (z pracowni prof. Miecznikowa w Paryżu) myszy. Jedne otrzymywały ziarno wyjałowione przez suche gorąco i wyjałowioną wodę; drugie — zamiast wody otrzymywały wyjałowione mleko. Obserwacya trwała 7 miesięcy. O ilości bakteryi sądził autor z ilości kolonii wyrosłych na agarze; okazało się, że ilość kolonii wcale się nie zmieniła. Gdy zaś zabił kilka myszy, użytych dla doświadczenia i porównał je z myszami kontrolnemi, okazało się, że w zawartości ich żołądka była 5—6 razy większa ilość kolonii. Widocznie więc, że ten nadmiar przypada na mikroby, które giną w cienkich jelitach prędzej, nim dojdą do grubych. Ostateczny wynik badań autora świadczy, że wyjałowiony pokarm wcale nie wpływa na florę kiszek u myszy.

Z. Orłowski (Ptsbg.).

B. Cholcow. **Rzadki przypadek zboczenia w budowie nerki. Skrzyżowane stałe przemieszczenie** (*dystopia*). (*Russkij Wracz* 1907, Nr 34). Na sekcyi 24-letniej kobiety, zmarłej wskutek przewlekłego zapalenia wsierdzia, okazał się brak nerki po prawej stronie, w lewej stronie znaleziono nerkę długości 13, szerokości 10 ctm., na 2 palce poniżej zwykłego umiejscowienia; nerka była zrazowatą. Posiadała ona 2 miedniczki; z każdej miedniczki odchodził jeden moczowód zupełnie drożny, który uchodził do pęcherza w zwykłem miejscu. Pęcherz moczowy, trójkąt Lieutauda, otwory moczowodów zachowywały się prawidłowo. Nadnercza znaleziono z obydwóch stron w zwykłych miejscach. Stosunek naczyń był następujący: Tętnica główna brzuszna daje jedną tętnicę nerkową, która we wnęce nerkowej rozdziela się na 3 gałęzie. Kilka wychodzących z nerki

żył wytworzyły 2 nerkowe żyły, które idą ku głównej żyle dolnej. Z górną żyłą nerkową łączyła się żyła z lewego nadnercza. W narządach płciowych stosunki prawidłowe. Na podstawie obecności 2 miedniczek nerkowych, 2 moczowodów i t. d. autor wnosi, że w danym przypadku ma miejsce przemieszczenie prawej nerki na lewą stronę z następowym zrostem jej z lewą nerką. Zboczenie tego rodzaju stanowi nadzwyczajną rzadkość; dotąd opisano tylko 16 przypadków. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Bergell i Sticker. **O patogenezie i swoistym rozkładzie guzów rakowych.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 38). W 23 Nrze tegoż czasopisma podali Leyden i Bergell spostrzeżenie nad działaniem pewnych istot, wydobytych z prawidłowej wątroby zwierząt, na raki i mięsaki. Istoty te drogą zaczynów wywoływały szybkie obumarcie i rozpływanie się guzów. W następstwie tych spostrzeżeń wypowiedzieli nawet zdanie, że rozwój nowotworów polega właśnie na braku lub skąpej ilości tej fermento-hydrolitycznej siły. Potem Bergell i Lewin wykazali nawet doświadczalnie, że u zwierząt rakowatych brak często w wątrobie wspomnianych istot, lub też znajdują się one tamże w bardzo skąpej ilości. Próby Leydena, Bergella i Lewina leczenia temi istotami raków ludzi i zaszczepionych guzów u myszy okazały się skuteczne, lecz też bardzo niebezpieczne. B. i S. stosowali to leczenie na doświadczalnych mięsakach psów, które to guzy są niejako wstępem do guzów ludzkich. Wyniki osiągnęli następujące: Wstrzykiwania fermentów wątrobnych wywołały w mięsakach wsteczne zmiany, które w końcu prowadziły do zupełnego zniknięcia guzów, a raz nawet do zniknięcia przerzutu w gruczole. W miejsce guza wytwarzała się torbiel, wypełniona płynem surowiczym. Drobnowidowo wykazać można było naciek, złożony z limfocytów, wypełnionych rozpadłemi cząstkami komórek nowotworowych. Niedawno ogłosił też Bier swoje spostrzeżenia nad rozpadaniem się nowotworów pod wpływem wstrzykiwań obcej gatunkowo surowicy krwi. Działanie to zupełnie podobne, tylko u Biera surowica wywoływała objawy zapalne, czego przy fermentach się nie spostrzega. Działanie to surowicy odpowiada raczej wpływowi radu na nowotwory. Dalsze badania nad tą ciekawą sprawą prowadzą autorowie dalej. *Klęsk.*

Barankiejewa. **Wpływ gorączki na przebieg zakażeń.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 25). Autorka (z kliniki prof. Lewina w żeńskim lekarskim Instytucie w Petersburgu), w celu badania wpływu gorączki na przebieg zakażeń u królików, wywoływała w nich gorączkę ukłuciem mózgu według sposobu Aronsohna i Sachsa. Zwierzęta zabieg ten znosiły bardzo dobrze: w cztery godziny potem ciepłota podnosiła się u nich zwykle do 40—41° C., a niekiedy i do 42°, utrzymywała się na tej wysokości przez 2—4 dni, poczem powoli opadała; przy najwyższej ciepłocie zabijała autorka królika i badała krew (z serca, śledziony i wątroby), by stwierdzić w niej obecność mikrobów. We wszystkich 9 przypadkach we krwi gorączkujących królików znalazła albo gronkowca białego, albo paciorkowca. W drugiej grupie doświadczeń autorka badała wpływ gorączki na naturalną odporność. W tym celu królikom wstrzykiwano pod skórę czystą hodowlę *pneumobacillus Friedländeri* (nieszkodliwego zupełnie dla królików) podczas sztucznie sprowadzonej gorączki. Z kontrolnych królików nie zachorował żaden, natomiast króliki użyte do doświadczenia (siedem królików) zginęły wszystkie, przyczem na sekcyi znaleziono ogniska obumarłe w wątrobie, ogniska zapalne w płucach i t. d. W trzeciej grupie doświadczeń autorka badała stosunek organizmu gorączkującego do mikrobów chorobotwórczych. W tym celu użyto hodowli białego gronkowca o bardzo niewielkiej jadowitości, takiej, że króliki znosiły dobrze śródżylne wstrzykiwania 1—2 decigrm. hodowli; gorączkujące natomiast króliki ginęły po upływie 2—3 dni, przyczem w wątrobie i nerkach znajdowano obumarcie, w osierdziu — mętny płyn, w śledzionie niekiedy zawały, we krwi zaś obfitą ilość białego gronkowca. Na podstawie powyższych badań wnosi autorka, że podniesienie ciepłoty ciała, wywołane przez ukłucie w mózg, wcale nie zwiększa siły organizmu do walki z zakażeniem, lecz przeciwnie obniża ją, gdyż 1) gorączkujący organizm bardzo łatwo poddaje się samozakażeniu, które, zresztą bardzo rzadko, może prowadzić ku wtórnym lub mieszanym zakażeniom; 2) gorączka niszczy naturalną odporność organizmu nawet wrodzoną, a tembardziej osobniczą, a przez to naraża organizm nawet na takie zakażenia, które w prawidłowych warunkach nie przydarzają się; 3) gorączka obniża odporność organizmu wobec przenikania i rozmnożenia się mikrobów tak, że on bardzo łatwo ulega zakażeniu nawet bardzo osłabionymi chorobotwórczymi mikrobami. Te wszystkie fakta, zdaniem autorki, zachwiać muszą wiarę w dobroczynne działanie gorączki na organizm podczas chorób zakaźnych. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

R. Bachrach i J. Bartel. **O wpływie kwasu nukleinowego na jadowitość laseczników gruźlicy ludzkiej.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, Nr 35). Kwas nukleinowy już w znacznych rozcieńczeniach w przeciągu krótkiego czasu niszczy lub osłabia różne bakterye; inaczej się zachowują wobec niego mikroby gruźlicze. Kwas nukleinowy, dodany do pożywek zawierających białko, osłabia żywotność bakteryi gruźliczych, podczas gdy w wodzie przekroplonej z dodatkiem kwasu nukleinowego mikroby gruźlicze dłużej zachowują swe własności biologiczne, niż w samej wodzie przekroplonej. *Kostrzewski.*

E. Sues. **W sprawie różniczkowego barwienia bakteryi perlicy sposobem Spenglera.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, Nr 34). Sposoby barwienia, podane przez Spenglera, które jakoby w sposób właściwy mają barwić bakterye perlicy — i służyć do odróżniania w ten sposób typu bydlęcego i typu ludzkiego wśród laseczników gruźlicy — znaczenia tego nie mają, bo tak samo barwią mikroby gruźlicy ludzkiej.

Różnice, jakie mikroby gruźlicze często okazują w różnych wypadkach chorobowych pod względem barwienia się, własności biologicznych i morfologicznych, zdaniem autora, są cechami pewnych odmian mikroba i gruźlicy ludzkiej, które nie upoważniają do odróżniania osobnych typów. *Kostrzewski.*

Axamit i Tsuda. **Badania nad swoistością działania opsonin w surowicy normalnej.** (*Wiener klin Wochs.* 1907, Nr 35). Z badań autorów wynika, że opsoniny w surowicy krwi zwierząt nieudopornionych, nie są ciałami swoistemi. *Kostrzewski.*

Axamit. **Badania nad przekrwieniem zastoinowem u królika.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, Nr 34). Badania, czy bakteryobójcze działanie przesięku, otrzymanego sposobem Biera, jest większe od takiego działania surowicy, i czy można w niem wykazać nagromadzenie się ciał uodparniających, wykazują: 1) bakteryobójcze działanie przesięku jest słabsze, niż surowicy danego zwierzęcia; 2) nie można w niem wykazać miejscowego powstawania ciał uodparniających; 3) ciał uodparniających do przesięku dostaje się z krwi mniej, niż ich zawiera surowica krwi. *Kostrzewski.*

Medycyna wewnętrzna.

Bretschneider. **Wyniki badania krwi u osób nerwowych.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 32). Nadzwyczaj silną pobudliwością ośrodków naczynioruchowych u osób nerwowych tłomaczy Grawitz łatwość zagęszczania lub rozrzedzania się krwi w naczyniach włosowatych, za czem idą nieprawidłowo wysokie lub nieprawidłowo nizkie wartości tak ilości hemoglobiny, jak ciałek krwi. Trudno jednak wytłomaczyć spostrzeżenia Goetta, który widywał równocześnie prawidłowe ilości hemoglobiny, a bardzo nizkie ilości krwinek czerwonych. Spostrzeżeń jego autor stwierdzić nie mógł, w jego bowiem przypadkach ilość hemoglobiny i krwinek rosła lub malała zawsze miarowo. *Dr M. G.*

Aufrecht. **Leczenie obłędu opilczego.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 32). Autor leczy obłęd opilczy dużemi dawkami chloralu (4 gr. pro dosi w 15 gr. syrupu), podając je z reguły na noc najwyżej przez 3 dni. Po pierwszej dawce chory się zazwyczaj uspakaja, zasypiając po drugiej, lub najdalej trzeciej. Dłużej, niż 3 dni, napad nie trwa nigdy. W czasie zapalenia płuc u nałogowego pijaka można postępować tak samo, podając tylko alkohol u osób bardzo wątłych. W przeciwieństwie do morfinistów nigdy nie ponoszą opilcy szkody skutkiem nagłego nawet usunięcia alkoholu. *Dr M. Godlewski.*

Wiens. **Sposób bakteryologicznego badania krwi.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 32). Jako pierwotnej pożywki używa autor zwłaszcza w przypadkach włóknikowego zapalenia płuc i posocznicy okrężnicowej zawsze pożywki płynnej (10 prc. wody peptonowej + 1 prc. dekstrozy-pożywka słabo alkal.). Do 10 ctm. tej pożywki dodaje 1 ctm. krwi. Po 24-godzinnym pobycie w cieplarce, szczepi się osadem agar, na którym powstają cechujące kolonie. *Dr M. Godlewski.*

Soubeer. **Wydzielanie wytwarzanego w organizmie kwasu moczowego** (endogene Harnsäure) **w czasie napadu dny.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 28). Krzywa wydzielania się kwasu moczowego jest u człowieka zdrowego po pokarmie mięsnym zupełnie stała (Pfeil), zupełnie zaś nieprawidłowa u cierpiącego na dnę w czasie od napadu wolnym. W czasie samego napadu — jak o tem dokładne spostrzeżenia autora pouczają — wzrastają wartości wydzielanego kwasu moczowego, w poszczególnych jednostkach czasu wydzielanego; przytem również stwier-

dzić można zupełną niezależność wydzielanej ilości tego produktu do dyety, co oczywiście ma wielką wagę praktyczną.

Dr Maryan Godlewski.

Baer. **Wynik leczniczy, działanie toksyczne i opsoniczny współczynnik pod wpływem surowicy przeciwgruźliczej Marmorka.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 34). Autor przytacza przypadek, gdzie pod wpływem stosowania surowicy Marmorka po 5 cm. w lewatywach uległa wyleczeniu sprawa swoista w stawie. Przypadek poucza, że nieprzewidzianie przy stosowaniu tego sposobu zjawić się mogą zastraszające objawy (zapad, oddech Cheyne-Stokesa, utrata przytomności), które w tym wypadku minęły szczęśliwie. Ciekawy i niezaprzeczony jest wzrost opsonicznego współczynnika w ciągu stosowania surowicy. *Dr M. Godlewski.*

Curschmann. **O histerycznych potach.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 34). U matki i dorosłej córki od lat trwające, a codziennie kilkakrotnie o jednej porze zjawiające się rozpływne poty wraz z podniesieniem ciepłoty ciała uleczone odrazu zapomocą poddawania. Rzecz ważna nietylko ze względu na rzadki objaw histerycznego pocenia się, lecz także ze względu na tak bardzo w literaturze omawianą histeryczną gorączkę.

Dr Maryan Godlewski.

Hofmann. **Nieregularność tętna, a wzdymanie się żołądka.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, Nr 34). U mężczyzny 52-letniego, duszność, uczucie ściskania w okolicy serca, tętno nieregularne, zjawiające się napadowo, zwłaszcza po jedzeniu, były następstwem wysokiego ustawiania się przepony (stwierdzone promieniami Roentgena) skutkiem wzdymania się żołądka i niewłaściwego oddychania; chory oddychał tylko górną częścią klatki piersiowej. Masaż okolicy żołądka i pouczenie w jaki sposób należy oddychać — usunęły te objawy. *Kostrzewski.*

Huchard i Amblard. **O napadach wzmożonego parcia tętniczego (crises d'hypertension artérielle) w przebiegu duru brzusznego.** (*Révue de médécine* 1907, Nr 7). Jeżeli w przebiegu duru pojawi się napad wzmożonego parcia tętniczego, połączony z objawami sercowymi (galop), mniej lub więcej zaznaczonymi, które powodują tę hypertenzyę, wówczas należy się obawiać nagłego pogorszenia się stanu ogólnego u chorego. Zachodzi wówczas właściwie tylko napad względnego wzmożenia się parcia, bo zazwyczaj w przebiegu duru parcie tętnicze bywa silnie obniżone. Zjawisko to pozwoliło autorom w licznych przypadkach przewidzieć pogorszenie się choroby, a mianowicie krwotoki kiszkowe i pęknięcie kiszek przed pojawieniem się groźnych objawów klinicznych. Parcie tętnicze połączone z objawami sercowymi podnosiło się w przypadkach autorów z 10—11 do 16—17 cm. *Blassberg.*

Mosny i Malloinel. **Ołowicze zapalenie opon mózgowych (Meningitis saturnina).** (*Révue de médécine* 1907, Nr 6—7). We wszystkich okresach ołowicy może się ujawnić zgubny wpływ ołowiu na ośrodki nerwowe i ich osłony, który przejawia się niekiedy wybitnie klinicznie, a zawsze da się wykryć przy cytologicznem badaniu płynu mózgowego, wykazującem wybitną limfocytozę. Przejawy takiego ołowiczego zapalenia opon mózgowych bywają zapoznawane w postaciach utajonych lub niezupełnych, w tak zwanych histologicznych zapaleniach opon, które zdarzają się zazwyczaj u chorych dotkniętych ołowicą od niedawna. Postacie te często pojawiają się w przemijających napadach ostrych i towarzyszą okresowi kolek. W późniejszych okresach ołowicy, zwanych przez autorów przez analogię do kiły paraołowicami, odczyn ten często znika. — Inne postacie zapalenia opon mózgowych dotąd obejmowano nazwą »encephalopathia saturnina«. Pojęcie to dotychczasowe należy zróżniczkować, bo mieści ono w sobie więcej postaci ołowicy. I tak postacie przedwczesne (précoces) rozwijają się u robotników zatrutych w sposób gwałtowny i obficie. Mogą one pojawić się razem z kolką i zawsze odpowiadają odczynowi w płynie mózgowordzeniowym. Inne postacie zapaleń oponowych późnych (tardives) są ostre lub podostre i występują u jednostek z usposobieniem osobniczem. Przypominają one klinicznie paraliż postępowy, od którego się różnią brakiem niedołęstwa umysłowego i uleczalnością. W końcu do obrazu klasycznej »encephalopathia saturnina« należy jeszcze zaliczyć zaburzenia nerwowe paraołowicze, wywołane bądźto przez następowe nerwice toksyczne, miażdżycę tętnic lub mocznicę, a które od ołowiczych zapaleń oponowych odróżniają się brakiem odczynu oponowego. Autorowie ilustrują swoje powyższe poglądy na szczegółowych spostrzeżeniach 47 chorych dotkniętych ołowicą. *Dr Blassberg.*

Leon Blum. **Znaczenie różnych metod laboratoryjnych w rozpoznaniu duru.** (*Semaine médicale* Nr 37, 1907). Autor opiera się na 210 przypadkach, spostrzeganych ostatnimi laty w klinice strasburskiej. Pierwszorzędne znaczenie dla rozpoznania duru ma wykrycie prątka durowego w krwi chorego. Rozpoznanie wtedy jest bezwzględnie pewne. Autor stosował metodę Kaysera-Conradiego z następującymi wynikami: Na 36 chorych 32 razy szczepił krew w pierwszym tygodniu choroby. W przypadkach ciężkich był wynik badania zawsze dodatni, w zakażeniach średniego nasilenia znajdował prątki u $^{3}/_{4}$ chorych, a w połowie przypadków u lekko chorych. Wysiewanie krwi chorego w późniejszych okresach dawało w przypadkach ciężkich jeszcze 81 prc. wyników dodatnich, w postaciach średniego i małego nasilenia chorobowego wynik ujemny był tem częstszy, im późniejszy był okres choroby. I tak n. p. w przypadkach lekkich i w drugim tygodniu znalazł prątki raz 1 na 18, t. j. 6 prc. W okresach późniejszych wynik był zawsze ujemny. Jak wiadomo, niektórzy inni badacze znajdowali tym sposobem zawsze prątki durowe. Sprzeczność tę tłómaczy autor tem, że statystyka jego obejmuje większą ilość chorych, niż statystyki wszystkie razem dotąd ogłoszone, a nadto obejmuje i przypadki lekkie i średnie. A więc tem prawdopodobniej znajdzie badacz każdy prątki durowe w krwi chorego, im zakażenie cięższe i im wcześniej od początku zakażenia wysieje krew chorego. W dalszej części swej pracy zajmuje się autor sprawą serodyagnostyki. W pierwszym tygodniu choroby daje serodyagnostyka w połowie przypadków wyniki ujemne, jest więc w tym okresie na pewno mniej pewną, niż hemokultura, szczególniej w przypadkach ciężkich i średnich, bo w przypadkach lekkich właśnie przeciwnie często serodyagnostyka ułatwia rozpoznanie duru. W okresach późniejszych oba sposoby dają w przypadkach ciężkich te same wyniki, w postaciach zaś średnich i lekkich wynik aglutynacyi przewyższa znacznie wysiewanie krwi. Aglutynacya zawodzi z początku w połowie przypadków, może jednak być długo ujemną, a nawet nie zjawić się w czasie ozdrowienia. Takich przypadków widział sporo autor, ale nie widział takiego przypadku, gdzieby hemokultura dała wynik dodatni, a seroreakcya pozostała ujemną przez cały ciąg choroby. Dochodzenie seroreakcyą, czy chory zakażony durem, czy paratyfusem, nie ma wielkiego znaczenia praktycznego: obie choroby są zakaźne i obie leczymy w klinice objawowo. Na podstawie doświadczenia swego w sprawie serodyagnostyki durowej wypowiada autor następujące wnioski: wynik ujemny, szczególnie w początku choroby nie wyklucza duru, wynik dodatni nie pozwala na orzeczenie, że chory w danej chwili jest zakażony durem, bo i w długi czas po przebytym durze aglutynacya bywa dodatnia. Szukania prątków w wydzielinach nie poleca autor bardzo gorąco, jako zabiegu żmudnego, a niepewnego, chociaż sam zawsze to robił, ile razy zawiodła hemokultura i serodyagnostyka, a objawy kliniczne kazały mu myśleć o durze. Diazoreakcyi Ehrlicha odmawia autor wszelkiego znaczenia dla rozpoznania różniczkowego. Wielką natomiast wagę przywiązuje do liczenia leukocytów i do formuły leukocytozy. Leukopenia szczególniej w pierwszych dniach nie jest stałym objawem. Na 100 chorych 59 miało leukocytów mniej, niż 5000, 35 okazywało ilość prawidłową, a 6 chorych nawet wyżej 9000. A więc brak leukopenii nie wyklucza duru, bo szczególniej z początku choroby bywa hyperleukocytoza wielojądrzasta, po za tem wpływ w tym względzie mają i powikłania, a ostatecznie czasem i bez znanej przyczyny bywa stale leukocytoza w durze. Tylko leukopenia przemawia za durem, i to leukopenia z mononukleozą. *Stahr.*

Uspenski. **Leczenie przetworami mózgu.** (*Deutsche Aerzte-Ztg.* 1907, Nr 14). Ponieważ komórki nerwowe w zwykłej ciepłocie już po 24—30 godzinach niszczeją, przeto, chcąc otrzymać z mózgu wyciąg skuteczny, należy go przyrządzać już w 5—7 godzin po zabiciu zwierzęcia. Posługiwać się można wyciągami wodnymi lub glicerynowymi. U. twierdzi, że najskuteczniejszy jest wyciąg wodny przy zastosowaniu podskórnem (15—20 ctm.^{3} dziennie). W przewlekłych chorobach nerwowych używać się ma po 2 ctm.^{3} na dzień, w wiądzie rdzenia 4—5 ctm.^{3}.

Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

P. L. Edel. **W sprawie raka.** (*Mediz. Woche* 1907, Nr 26). Autorowi wydaje się rozwój raka przeciwieństwem rozwoju tkanek zarodkowych. U zarodka różnicują się stopniowo komórki, pierwotnie jednakowe, na rozmaite tkanki; w raku buja jedna tylko tkanka, wywołując zanik innych. Opierając się na nauce o cytotoksynach, mniema E., że w surowicy zarodka znajdują się substancye, hamujące rozrost komórek nabłonkowych poza pewną granicę i dające bodziec do różnicowania się tkanek i że te substancye takie i w życiu późniejszem istnieją

i mają za zadanie utrzymywać tkankę nabłonkową we właściwych granicach. Zniknięcie tych (n. b. przypuszczalnych tylko!) substancyi z ustroju miałoby być podstawą usposobienia do raka: w takim razie bowiem bujanie nabłonka, wywołane n. p. pod wpływem urazu, a niczem nie powstrzymywane, przekraczałoby fizyologiczne granice. E. proponuje na zasadzie takich (niczem niepopartych) przypuszczeń, by chorym na raka wstrzykiwać surowicę ludzi zdrowych, aby w ten sposób dostarczyć ich ustrojowi owych domniemanych, a (jego zdaniem) brakujących substancyi, hamujących rozrost nabłonka.

Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

Teutschländer. **W sprawie bąblowca** (*echinococcus alveolaris*). (*Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte* 1907, Nr 14). Na podstawie spostrzeżeń, zebranych w okolicy St. Gallen, gdzie bąblowiec zdarza się endemicznie, dochodzi T. do następujących wniosków: Hodowla bydła i praca w polu i w lesie zdają się sprzyjać zakażeniu. Na usadowienie się pasorzyta w tym lub owym narządzie wpływają czynniki mechaniczne. W początkach choroby powstają zmiany zapalne błony śluzowej żołądka i dwunastnicy, oraz obrzęk śledziony, czego nie ma w przypadkach starszych, dalej posuniętych. T. spostrzegał przypadek bąblowca w nadnerczu prawem (dotąd nie opisywano takiego usadowienia się sprawy), dokąd dostał się on prawdopodobnie przez wątrobę.

Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

Pospischill. **Płonicze zapalenie mięśnia sercowego** (*myocarditis scarlatinosa*). (*Wiener klin. Wochs.* 1907, Nr 37). P. spostrzegał u chorych na płonicę ze strony serca następujące objawy: powiększenie granic serca; nad końcem i w okolicy podstawy serca pierwszy ton rozszczepiony, któremu towarzyszy szmer, podobny do tego, jaki się słyszy w przypadkach zapalenia osierdzia; czasem drugi ton nad tętnicą płucną zaostrzony, praca serca niemiarowa. Objawy te występują przeważnie w początkach choroby, są prawdopodobnie następstwem zmian mięśnia sercowego, a obecność ich pozwala rozpoznawać płonicę w tych przypadkach, gdzie brak innych objawów, cechujących dla tej choroby.

Kostrzewski.

Dunger. **Zachowywanie się krwinek białych przy śródżylnych wstrzykiwaniach kollargolu i tegoż znaczenie kliniczne.** (Posiedz. Tow. przyrodn. i lek. Drezno 1907, 20. IV). Badania krwi w liczbie 300 przeprowadził D. na 16 chorych, leczonych śródżylnemi wstrzykiwaniami kollargolu. Po wstrzyknięciu liczba krwinek białych spada do połowy, potem dopiero występuje zwolna powiększenie, w 24 godzin liczba wraca do prawidła. Już przy 2. lub 3. wstrzyknięciu powiększenie się ilości krwinek białych jest coraz mniejsze. Największym wahaniom ulega ilość wielojądrzastych neutrofilów. Występujące po wstrzyknięciu dreszcze i podniesienie ciepłoty odnosi D. właśnie do rozpadu krwinek i uwalniania się zaczynów, co zapewne działa leczniczo n. p. w zapaleniu płuc przez rozpuszczanie zapalnych nacieków i wysięków.

Klęsk.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XV. Posiedzenie naukowe d. 4. października 1907.

Przewodniczący kol. prof. Gluziński poświęca gorące wspomnienie pamięci zmarłego kol. Rożańskiego i podnosi Jego działalność, jako inicyatora myśli utworzenia sekcyi naukowych w łonie Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich.

Na miejsce kol. Zawadzkiego, który objął służbę w szpitalu w Jarosławiu, wybrano zastępcą bibliotekarza kol. Reisa.

1) Kol. Reis (klin. okulist.) omówił przypadek **wyrwania gałki ocznej**, objaśniając rzecz preparatami. Wyrwanie gałki (*evulsio bulbi*) nastąpiło w tym przypadku wskutek uderzenia kopytem końskiem, przyczem uległ złamaniu górny łuk oczodołowy, a gałka tylko na strzępach zwisała na policzek tak, że musiano ją odjąć. Rzadkość przypadku podnosiła jeszcze ta okoliczność, że nerw oczny został oderwany w płaszczyźnie blaszki sitowej tak, że przy gałce pozostała jedynie pochewka jego (*evulsio nervi optici*). Przypadków takich, zwłaszcza z badaniem histologicznem, opisano zaledwo parę.

2) Kol. Wolf (oddz. chir. szpit.) mówił o **szwie tętnic.** Po krótkiem streszczeniu historyi tego szwu i opisaniu jego techniki, dodał prelegent do trzech przypadków, przedstawionych na X. Zjeździe lekarzy i p. p., obecnie dwa nowe. W jednym z nich zeszył kol. W. przecięte zupełnie tętnice: sprychową i łokciową, w drugim tętnicę ramieniową, po wycięciu 1 cm. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi przemawiał kol. prof. Ziembicki, który z pierwszych omówionych przypadków zdawał sprawę na ostatnim Zjeździe chirurgów w Paryżu, a obecnie podnosi tak trudności techniczne zabiegu, jak i wytrwałość kol. Wolfa, sekundaryusza oddziału, który nie pomija żadnego przypadku, nadającego się do wykonania szwu tętnic.

3) Kol. Czyżewicz (jun.) przedstawił praparaty anatomiczno-patologiczne z następujących przypadków (z oddz. położ.-ginekolog. szpit.):

a) **Obumierający włókniak macicy** u 52-letniej chorej. Prelegent przestrzega, by zawsze zachować ostrożność co do włókniaków, pozostawionych u osób starszych, przestających miesiączkować, podnosząc, że obumieranie takich guzów łatwo może nastąpić.

b) **Ciąża jajowodowa** u 26-letniej osoby. Po rozpoznaniu ciąży zewnątrzmacicznej wykonano laparotomię; w wyjętym jajowodzie, znacznie powiększonym, znaleziono całe jeszcze jaje płodowe (bez płodu). Brzuszne ujście jajowodu było rozszerzone i otoczone skrzepami, na dowód rozpoczynającego się poronienia.

c) **Rak trzonu macicy** u 60-letniej chorej, której stan sił nie pozwalał na inny zabieg, jak usunięcie macicy przez pochwę. Wkrótce też stwierdzono nawrót choroby. Preparat przedstawia uszypułowany guz wielkości orzecha włoskiego, w dnie jamy macicznej. Prelegent podnosi przy tej sposobności, że 1) objaw Hegara, który w tym przypadku występował bardzo wyraźnie, nie może być uważany za właściwość ciąży, a zdarza się także przy guzach macicy; 2) stwierdzenie ruchomości macicy i braku nacieków w przymaciczu nie zawsze dowodzi, że sprawa poza macicę się nie posunęła.

W dyskusyi przemawiali kol.: Bocheński, A. Gluziński, Sołowij.

Sekretarz: *Witold Ziembicki.*

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 3. września 1907 r.

1) Kozerski przedstawił **dziecko**, dotknięte **naczyniakiem jamistym, wyleczone zapomocą promieni radu.** Ciemnoczerwony naczyniak długości 23 mm., szerokości 15 mm., na 6 mm. wystający ponad powierzchnię skóry, znajdował się nieco poniżej wewnętrznego kąta lewego oka u rocznego dziecka. Naświetlano 5 razy w odstępach 3—4-tygodniowych. Wynik pod każdym względem doskonały. Skóra na miejscu, gdzie był naczyniak, jest gładka, równa, nieco cieńsza od prawidłowej, bez śladu rozszerzenia naczyń krwionośnych; barwa nie różni się od prawidłowej.

2) Żebrowski Aleksander wypowiedział rzecz: **O sprawach ropnych w błędniku usznym.** Ropne zapalenie błędnika, jak dowodzi współczesne piśmiennictwo w tej sprawie, nie należy do rzadkości. Stanowi ono nieraz powikłanie ropnego zapalenia ucha środkowego. Błędnik wskutek swej budowy anatomicznej jest niejako pośrednikiem pomiędzy sprawą chorobową w uchu środkowem, a jamą czaszki. Przetoki i martwaki w torebce kostnej błędnika wraz z tworzeniem się ziarniny w różnych jego odcinkach są najczęstszą przyczyną przenoszenia się ropienia z błędnika do jamy czaszki. Odgrywają tu pewną rolę także: okienko owalne i okrągłe, wodociąg ślimaka i wodociąg przedsionka. Wodociąg przedsionka kończy się ślepym woreczkiem (*saccus endolymphaticus*), gdzie nieraz spostrzegano sprawy ropne. Ropna sprawa w błędniku usznym może być rozlana t. j. zająć przedsionek, wszystkie przewody łukowate i ślimaka, lub też ograniczyć się jedynie do niektórych odcinków błędnika. Prelegent w 3 spostrzeganych przez siebie przypadkach (zakończonych zejściem śmiertelnem) ropnego zapalenia błędnika znalazł ropę w całym błędniku. Friedrich twierdzi, że niema ograniczonych ropnych zapaleń w błędniku usznym, inni jednakże autorzy stwierdzali, że niewątpliwie spotyka się przypadki ropienia jedynie w poszczególnych odcinkach błędnika. Objawy kliniczne ropnego zapalenia błędnika podzielić można na dwie kategorye. Do pierwszej należą zjawiska ogólne, towarzyszące każdej ropnej sprawie w kości skroniowej, jako to: ból głowy i gorączka; do drugiej zaś zaliczyć trzeba symptomata czysto błędnikowe, jakoto: upośledzenie słuchu lub głuchota, szum w uszach, zaburzenia równowagi, »nystagmus«, wreszcie niedowład lub częściowe porażenie nerwu twarzowego. Mowca szczegółowo

omówił wszystkie powyższe objawy, przyczem zwrócił szczególną uwagę na występowanie drżenia gałek. Objawy błędnikowe dzieli on na dwie grupy; do pierwszej należą zjawiska dowodzące podrażnienia narządów (Reizsymptome) jak: nystagmus, szum w uszach, zaburzenia równowagi, do drugiej zaś — świadczące o wypadnięciu funkcyi (Ausfallserscheinungen), jak: głuchota i niemożność wywołania drżenia gałek. Wskazania do operacyi dostarczają objawy, świadczące o ropieniu w błędniku głównie wtedy, gdy u chorego na ropne zapalenie ucha średniego zjawiają się nagle objawy błędnikowe. W końcu mowca opisał metodę operacyjną otwarcia błędnika. *J. L.*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie d. 21 września 1907 r.

W zastępstwie prezesa zagaił zebranie Łazarewicz, zaznaczając wzniosłe wrażenia, wywiezione z Krakowa i Lwowa. Wspaniałe przykłady postępów polskiej wiedzy, które nam dali nasi powołani przewodnicy naukowi na jedynych polskich wszechnicach, niechaj będą dla nas bodźcem do pielęgnowania nauki polskiej i w naszym zaborze. Następnie wspomina Ł. o zgonie dwóch kolegów, mianowicie: śp. kol. dr. Wincentego Tetzlaffa i Teodora Rakowskiego, z których pierwszy jako członek Zarządu Pomocy koleżeńskiej był wzorem koleżeństwa, a drugi pracował cicho, ale z pożytkiem w swym rodzinnym Inowrocławiu. Pamięć zmarłych uczczono przez powstanie.

Na przewodniczącego obrano kol. Radcę dra Panieńskiego, poczem nastąpiły demonstracye:

1) Panieński przedstawił ze swego oddziału w Zakładzie Sióstr Miłosierdzia nader ciekawy i rzadki przypadek: 24-letni syn gospodarza, pochodzący ze zdrowej rodziny, odczuł naraz przed $1\frac{1}{2}$ rokiem podczas młócenia cierpnięcie w prawej ręce. Równocześnie ukazały się na tej ręce plamy i zgorzel wskaziciela, który trzeba było w szpitalu odjąć. Po pewnym czasie nastąpiło porażenie lewej ręki, które atoli w przeciągu doby ustąpiło, zwiększyły się atoli bole w prawej ręce i nastąpiła zgorzel wielkiego palca, który również trzeba było odjąć. Pewnego dnia chory stracił nagle przytomność i spadł z krzesła, poczem powstało porażenie języka i lewej strony twarzy. Chory w prawej ręce nie ma tętna, pod i ponad obojczykiem z prawej strony wyczuwa się **tętniak tętnicy podobojczykowej.** Prześwietlenie promieniami Rentgena dało cień dosyć wielki pod obojczykiem. Chodzi więc widocznie o **pochodzący z tętniaka zator,** który wywołał porażenie.

W dyskusyi zabiera głos najprzód Skoczyński: W tak młodym wieku, gdy nie ma innych powodów do utworzenia się tętniaków, należy myśleć o tzw. żebrze szyjnem. Żebro takie z jednej strony może przez kaleczenie tętnicy podobojczykowej wywołać tętniak, z drugiej przez ucisk na splot barkowy wywołać porażenia i zmiany odżywcze. Ponieważ zazwyczaj takie żebro szyjne jest z jednej strony więcej rozwinięte, niż z drugiej, przeto też się je tutaj wyczuwa tylko z tej strony, gdzie jest tętniak. S. sądzi, że i cień rentgenogramu pochodzi po części od tego żebra.—Święcicki zwraca uwagę na prace Kostaneckiego i Mieleckiego, którzy opisywali tworzenie się takich wyrośli kostnych na podstawie łuków skrzelowych. — Skoczyński żebra szyjne uważa uważa za wrodzone. Rosną one jednak czasami naraz podczas okresu dojrzewania między 16—20. rokiem życia, czasami też pozostają zupełnie bez objawów.—Panieński dziękuje poprzednim mowcom za zwrócenie uwagi na etyologię tętniaka. Podejmie się jeszcze zrobić fotografię rentgenowską celem dokładniejszego stwierdzenia stanu rzeczy.—Pomorski godzi się na zapatrywanie Panieńskiego co do zatoru. Wielkość jednak tętniaka w rentgenogramie kładzie na karb wyrośli kostnej. — Panieński podtrzymuje swe zapatrywanie, że chodzi tylko o tętniak, w prześwietleniu uwydatniający się bardzo wyraźnie.—Łazarewicz przypuszcza, że tutaj więcej kostna wyrośl przedstawia się jako cień. — W końcu jeszcze zabiera głos Skoczyński, zwracając uwgę na nadzwyczajną rzadkość przypadku i obfitość objawów, polegających jednak na odrębnych powodach.

2) Panieński przedstawia 20-letn. mężczyznę, pochodzącego ze zdrowej rodziny. W 14. r. cierpiał on na oczy i leżał przez 16 tygodni w klinice, poczem pozostały pewne zamglenia rogówki. Przed 5 laty doznawał bolesności w prąciu i trudności w oddawaniu moczu, połączonej z wyciekiem ropnym. Od tego czasu prącie puchło, aż przed kilku tygodniami wykonano w szpitalu obrzezanie. W cztery dni po operacyi nastąpił ból w prawej stronie piersi i pokazały się ropne plwociny. W ograniczonem miejscu płuc pozostało stłumienie. P. rozpoznaje **słoniowacinę prącia i moszny,** wywołaną przez przewlekłe zapalenie napletka.

W dyskusyi zaznacza Święcicki, że zauważył u chorego brak gruczołu tarczowego. To go naprowadza na myśl, czy nie chodzi tu o łączność tych dwóch objawów.—Mieczkowski przychyla się do zdania prelegenta, że chodzi o słoniowacinę w następstwie zapalenia napletka. Podobnie przy załupku przez przewlekły obrzęk mogłoby dojść do słoniowaciny. Spodziewa się skutku przez wycięcie klina. — Panieński wspomina, że zapalenie żołędzi mimo operacyi nie ustało. — Pomorski sądzi, że chodzi tu raczej o bujanie tkanki tłuszczowej. — Łazarewicz zapytuje o stan gruczołów pachwinowych. Zwykle słoniowacina w tych miejscach tworzy się po wycięciu gruczołów. Co do sprawy płucnej, to przypuszcza zator z miejsca operowanego. — Pomorski zwraca uwagę na łatwość zatoru np. przy operacyach sterczu. — Mieczkowski wspomina o zatorze płucnym przy operacyi zapalenia okołokątniczego. — Pomorski powód obrzmienia uważa za miejscowy, w przeciwieństwie do Święcickiego, który podtrzymuje swoje mniemanie i radzi na próbę podawać tyreoidinę.

3) Wykład dra Heliodora Święcickiego: **O katalizie.** Badania naukowe w dziedzinie fizyki i chemii mają nieraz dla medycyny nieobliczalną doniosłość. Tak było z promieniami Röntgena, jak jest z teoryą dyssocyacyi jonów. Pojęcie »katalizy« pochodzi od Berzeliusa, który przed 50 laty je wprowadził. Wskutek jednak potępienia przez Justusa Liebiga poszło w zapomnienie. Teraz na nowo na nie zwrócił uwagę Loeb, a fakt, że w dziele swem przytacza przez dwie strony Berzeliusa, świadczy o doniosłości dzieła zapomnianego uczonego. Jedynie Ludwig w Lipsku teoryi katalitycznej sprzyjał i wspomina o niej około r. 1850. Obecnie zawdzięczamy głównie Ostwaldowi wypracowanie teoryi o katalizie. Rozumiemy pod tem słowem proces, w którym pewne metale, nie działając czynnie, przyspieszają przemiany odczynowe. Bredig odkrył, że złoto, srebro, a szczególnie platyna, mają pod tym względem te same własności, co fermenty, a i sole tych metali działają jeszcze w rozczynie 1:70,000.000. Schade zwrócił uwagę, że działanie rtęci, jodu i srebra w wielkiej części polega na ich własnościach katalitycznych. Mówca rozwodzi się następnie o trzech rodzajach katalizy, mianowicie: 1) nieodwracalnej, 2) odwracalnej, 3) autokatalizie, wspomina o pracach z instytutu Nenckiego, podjętych przez Sieberową o globulinie, dalej o »opsoninach« Wrighta. W surowicy i w lecznikach znajdują się takie opsoniny. Od opsoninów zależy do pewnego stopnia fagocytoza, którą można przez odpowiednią surowicę zwiększyć. Zwiększanie się gruczołów chłonnych, dalej śledziony, migdałów itd., jest to samoobrona ustroju celem wydania zwiększonej liczby katalizatorów, tj. leukocytów. Podobnie jako katalizator działa surowica drożdżowa Deutschmanna, której wpływ na różne sprawy jest nader dodatni. Jolles i Oppenheim badali siłę katalityczną ustroju w stanie prawidłowym i chorym i znaleźli ją np. przy raku o 20 razy zmniejszoną. Największą siłę katalityczną według Loeba mają zawiązki płodowe. To też dzięki ich silniejszemu bujaniu tworzą się n. p. raki. Na nie, jak obecnie także Leyden utrzymuje, działa korzystnie pankreatyna, zawierająca bardzo wiele katalizatorów. Bardzo szczęśliwą była myśl Crédégo, gdy wprowadził w lecznictwo kollargol, zmniejszający własności hemolityczne krwi. Robin wykazał, że pod wpływem katalitycznego działania kollargolu przemiana materyi bardzo się zwiększa. Także rtęć i żelazo przy podobnych sprawach działają wstrzymująco, względnie przyspieszająco na przemianę materyi. Mówca wyraża nadzieję, że przy cukrzycy, gdzie ustrój jest za słaby, żeby rozłożyć cukier na kwas węglowy i wyskok, uda się za pomocą katalizatorów, zamieniających cukier na powyższe części, osiągnąć pomyślne wyniki. W końcu przechodzi mówca do organoterapii, która może także polega na katalizie. Korzystne działanie wyjęcia jajników przy zmięknieniu kości, brak trzustki jako powód różnych spraw chorobowych, rola nadnercza, przysadki, wreszcie szyszynki (*gl. pinealis*), gruczołków guzicznych i szyjnotętniczych prawdopodobnie da się wytłómaczyć teoryą katalizy. Tak więc dla nauki naszej otwierają się dzięki odkryciom fizyki i chemii nowe niezbadane horyzonty.

Panieński dziękuje prelegentowi za ciekawy i opracowany nadzwyczaj mozolnie odczyt, zagajający tak pięknie nowy okres naszej pracy.—Na wniosek Zakrzewskiego i Skoczyńskiego odłożono dyskusyę do następnego posiedzenia.

Nastąpiły sprawy Wydziału. Między innemi postanowiono w razie śmierci którego z kolegów, o ile możności wysyłać delegata, w każdym zaś razie rodzinie wyrazić współczucie i w miejsce wieńca przeznaczać pewną kwotę na Pomoc Koleżeńską.

Karwowski zapytywał o sprawę, dotyczącą artykułu niemieckiego Związku lekarzy w Lipsku. Panieński odpowiada, że akcya jeszcze niedokończona. Pismo żądanego sprostowania nie umieściło. *Dr Adam Karwowski.*

W sprawie ustawy o chorobach zakaźnych.

Napisał

Prof. Dr Ciechanowski.

Rozmaite korporacye lekarskie i prasa lekarska w Austryi domagały się od dłuższego czasu uregulowania ochrony i walki z chorobami zakaźnemi zapomocą ogólno-państwowej ustawy. Wobec tego, że, jak wiadomo, Galicya stanowi dla państwa austryackiego wał ochronny przed zarazami, nadciągającemi od wschodu, i najbardziej zresztą na nie jest narażoną, ma sprawa ta dla kraju naszego szczególną doniosłość, którą oceniając powtarza Krajowa Rada zdrowia od szeregu lat we wnioskach swych żądanie ustawy o chorobach zakaźnych. Dotąd bowiem opierała się ochrona przed chorobami zakaźnemi i walka z niemi na rozmaitych rozporządzeniach, które w różnych krajach Cislitawii były różne, nieraz ze sobą w pewnych punktach sprzeczne, a w wielu przypadkach nie dostarczały rzeczywiście wykonywanym, a koniecznym zarządzeniom władz należytej podstawy prawnej.

Już od r. 1880 istnieje w Austryi ustawa państwowa o zwalczaniu zaraz bydlęcych, od tego też roku coraz częściej podnoszono potrzebę podobnej ustawy co do chorób zakaźnych ludzkich także i w Radzie państwa i w niektórych Sejmach krajowych. Nawoływania te długo nie odnosiły skutku; poźniej zapowiadali przedstawiciele rządu w Radzie państwa, że projekt ustawy zostanie wniesiony, ale zapowiedzi te nie spełniały się jakoś. Nareszcie w r. b. zapowiedzi te stały się bardziej stanowcze, aż wreszcie w ostatnich tygodniach rozeszła się wieść, że rząd przedłoży oddawna oczekiwany projekt w najbliższej sesyi parlamentarnej.

I oto przed tygodniem uchylił się wreszcie rąbek tajemnicy, otaczającej dotąd prace przygotowawcze. »Das oesterreichische Sanitätswesen« wydało osobny dodatek do Nr. 39 z 26. IX. b. r., zatytułowany: »Podstawy ustawy państwowej o ochronie i zwalczaniu chorób zakaźnych«, a obejmujący oprócz krótkiej historyi dawniejszego toku sprawy, dwa bardzo ważne dokumenta, mianowicie elaborat departamentu sanitarnego Ministerstwa spraw wewn. o ogólnych podstawach ustawy epidemicznej, datowany jeszcze z 16. IV. 1901 i opinię Najwyższej Rady zdrowia z 15. III. 1906, stanowiącą na ów elaborat odpowiedź.

Z historyi sprawy godzi się przytoczyć, że konieczność skodyfikowania przepisów o chorobach zakaźnych podniósł i gruntownie uzasadnił w Radzie państwa Polak, poseł Kozłowski, w r. 1892.

Elaborat ministerstwa omawia w osobnych rozdziałach: 1) zarządzenia zapobiegawcze, 2) zarządzenia celem ochrony przed zawleczeniem chorób zaraźliwych z zagranicy, 3) zarządzenia przy pojawieniu się chorób zakaźnych w granicach państwa, 4) środki unieszkodliwienia zarazków, 5) koszta zarządzeń sanitarnych, odszkodowanie stron, 6) postanowienia karne.

Zapobieganie chorobom zakaźnym polega przedewszystkiem na uzdrowotnieniu, to zaś należy według ustawy z d. 30. IV. 1870. Dpp. 68 do własnego zakresu działania gmin, których obowiązkiem jest samoistne: »przestrzeganie przepisów sanitarno-policyjnych co do gościńców, dróg i placów, miejsc zgromadzeń publicznych, mieszkań, kanałów, wychodków, wód płynących i stojących, tudzież co do wody do picia i użytku, co do środków żywności i naczyń, nakoniec co do publicznych zakładów łaziebnych« (§ 3 a). Tych jednak najgłówniejszych warunków zapobiegania epidemiom dopełniają gminy w Austryi tylko wyjątkowo, bądź nie rozumiejąc ich doniosłości, bądź dla braku środków. Jedynie pod grozą epidemii stają się wymienione obowiązki gmin na zasadzie § 4 ustawy, jak wyjaśnia rozporządzenie ministerstwa spraw wewn. z 15. IX. 1893 L. 22.881, obowiązkami w t. zw. poruczonym zakresie działania, dzięki czemu wprawdzie w takich okresach gminy, musząc ulegać zarządzeniom władz rządowych, czyniły znaczne postępy w zakresie asanizacyi, ale też nieraz takie zarządzenia władz rządowych pierwszej instancyi, jeżeli nie były dość ściśle oparte na brzmieniu owego rozporządzenia, musiały być przez wyższe instancye znoszone. Zresztą ów § 4 ustawy, orzekający, że do poruczonego zakresu działania gmin należy: »wykonywanie środków miejscowych dla zapobieżenia chorobom zakaźnym i ich rozszerzaniu się« bywał i tak tłómaczony, że konieczną podstawą czynnego wkroczenia władz rządowych musi być istnienie rzeczywistej »epidemii«, t. j. mnogich przypadków choroby, co oczywiście wywoływało zamieszanie i utrudniało skuteczne działanie władz rządowych już przy pierwszych przypadkach chorobowych.

Zanieczyszczenie wód w sposób dla zdrowia szkodliwy podlega wprawdzie karze według niektórych ustaw krajowych i § 398 ustawy karnej, ustawy te jednak nie są wystarczające już choćby z tego względu, że wymagają dowodu, iż szkodliwe dla zdrowia skutki rzeczywiście już nastąpiły. Podobnie niewystarczające ze względu na zapobieganie zakażeniom są postanowienia ustaw budowlanych i przemysłowych co do higieny gruntu i powietrza, usuwania odpadków i higieny mieszkań.

Stworzyć podstawę do rzeczywiście skutecznego zapobiegania chorobom zakaźnym mogłoby przeto, zdaniem referenta min. jedynie ograniczenie samoistnego zakresu działania gmin ze względu na te choroby i przyznanie władzom rządowym w pewnych warunkach prawa bezpośrednich zarządzeń, do których gminy musiałyby się stosować.

Przepisy celem ochrony przed zawleczeniem chorób zakaźnych z zagranicy musiałyby w państwowej ustawie o chorobach zakaźnych być zastosowane do międzynarodowych układów, zawartych w Dreźnie (Dpp. Nr. 69, 1894) i w Wenecyi (Dpp. Nr 13, 1901) ze względu na cholerę i mór. Chodzi tu o zakaz przywozu i przewozu pewnych towarów i przedmiotów zakażonych, o odkażanie pakunków podróżnych i towarów, o nadzorowanie stanu zdrowia podróżnych na granicach, zatrzymywanie chorych, dalszy nadzór nad podróżnymi i przybywającymi z zagranicy po przybyciu ich do celu. Natomiast zniesiono kwarantanę na lądzie i nie wolno zatrzymywać na granicy wozów kolejowych, jeżeli nie są zanieczyszczone materyałem zakaźnym. W ten sposób zatem przez układy międzynarodowe usunięte zostały wogóle przeszkody w swobodnym ruchu podróżnych, a zawleczeniu chorób zakaźnych z państw ościennych zapobiegać musi staranny nadzór sanitarny nad przyjezdnymi z okolic zakażonych już po przybyciu ich do celu podróży, któryby pozwolił w razie potrzeby odrazu i niezwłocznie zastosować środki ochronne. Taki staranny i ścisły nadzór zapewnić mogą tylko osobne przepisy ustawy, obwarowane karami. Zalecałoby się zaprowadzić na wzór Francyi i Włoch »paszporty sanitarne«, wręczane przybyszom z okolic zakażonych przy rewizyi sanitarnej na granicy z obowiązkiem przedkładania tych paszportów po przybyciu do celu podróży władzom, któreby o takich przybyszach osobno od władz granicznych otrzymywały zawiadomienie. Podobne urządzenie powinnoby dotyczyć także osób, wyjeżdżających z miejscowości zakażonych w obrębie państwa do innych jego miejscowości. W sprawie zawiadamiania rządów o epidemiach w państwie ościennem zawierają międzynarodowe układy postanowienie tylko co do cholery i moru; rzeczą zaś Najw. Rady zdrowia będzie rozstrzygnąć, czy władze nadgraniczne mają stale zbierać wiadomości o zarazach, panujących w państwie sąsiedniem i donosić o tem władzom przełożonym lub ministerstwu spraw wewnętrznych. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych, zapowiadanej przez rząd austryacki od lat szeregu, rozpoczyna dr Mikołajski szereg artykułów w »Głosie lekarzy« (19). Nareszcie bowiem obecna epidemia ospy w Wiedniu wywarła na rząd większy wpływ, niż wieloletnie nawoływania kół lekarskich, i projekt ustawy ma być wkrótce wniesiony do parlamentu. Lekarze powinni przeto w porę zwrócić uwagę na szczegóły, ważne dla dobra powszechnego lub dla stosunków zawodowo-lekarskich. *R.*

W sprawie szpitalnictwa zabrała głos także Izba lekarska wschodnio-galicyjska, wnosząc na ręce posła prof. Marsa do Sejmu przedstawienie, zredagowane przez dra Mikołajskiego, a dotyczące wogóle udostępnienia pomocy lekarskiej dla ubo-

gich chorych. W piśmie tem poruszono nietylko sprawę szpitalnictwa, ale także konieczność przyspieszenia organizacyi okręgowej służby sanitarnej, kładąc nacisk na to, że organizacya ta zmniejsza zakres prywatnej praktyki lekarzy i jest przez to dla zawodowych interesów lekarzy niekorzystną, a jeżeli mimoto korporacye lekarskie potrzebę jej podnoszą, to czynią to widocznie tylko z gorliwości o dobro powszechne (»Głos lek.« 19). Konieczność reform w szpitalnictwie galicyjskiem poruszyły także niektóre dzienniki. W »Kuryerze lwowskim« zaraz po Zjeździe lek. i przyr. polsk. we Lwowie wyszły artykuły dra S. M. i dra C., omawiające uchwały Zjazdu i memoryał Towarzystwa lek. krak. w tej sprawie; w »Słowie polskiem« ukazał się gorąco i barwnie napisany artykuł przed kilku dniami, a »Czas« pomieścił dwa artykuły prof. Ciechanowskiego w tymże przedmiocie. — Sejmowa komisya sanitarna, w której poseł prof. Mars referował memoryały korporacyi lekarskich, wniesionych w tym przedmiocie do Sejmu, postanowiła wybrać osobny podkomitet dla zajęcia się tą sprawą. *R.*

Przeciw szczepieniu rozszerzaną jest po kraju, jak donosi »Głos lek.« (19), litografowana odezwa, a jak twierdzą dzienniki, także jakieś drukowane książeczki, usiłujące walczyć z doskonałą broszurą dra Ign. Schaittra, z której zdawaliśmy sprawę, a w której dr S. domaga się wprowadzenia przymusu szczepienia. Pochodzenie owej odezwy wyjaśnia odwołanie się przy końcu na berliński »Przewodnik zdrowia«, którego redakcya »udziela wszelkich informacyi o naturalnem leczeniu«. — Jak to już podnosiliśmy, byłoby pożądane i uzasadnione, gdyby władze do takich wydawnictw, krzewiących partactwo, zastosowały w interesie ludności środki podobne, jak np. do leków tajnych. Dziwić się można, że taki np. »Przewodnik zdrowia« posiada w Austryi debit pocztowy. *R.*

Lekarze dolno-austryaccy zgodzili się z powodu niebezpieczeństwa przeniesienia się ospy z Wiednia na prowincyę na pewne ustępstwa co do szczepień, a mianowicie zezwolił zarząd organizacyi wykonywać lekarzom szczepienia, jeśli honoraryum za każde szczepienie nie będzie niższe od 1 kor., (powyżej 100 szczepień nie niższe od 60 hal.), a krowianka, opatrunki i lokal będą dostarczone przez stronę (Kasy chorych i t. d.). »Głos lek.« (19) podaje, że u nas otrzymują lekarze tylko po 11·6 halerzy za jedno szczepienie w miejscu, a lekarze okręgowi i szpitalni od kilku lat tylko po 10 hal. *R.*

Sprawa emerytury dla lekarzy okręgowych, którą odłożono z wiosną, obiecując wnieść do Sejmu w jesieni, dotychczas nie została Sejmowi przedłożoną przez Wydział krajowy. »Głos lekarzy« (18) przypomniał konieczność rychłego załatwienia tej sprawy, a z dzienników pomieścił »Czas« (5. X. 1907), artykuł prof. Ciechanowskiego w tym przedmiocie. Wobec rychłego zamknięcia Sejmu niewielka jednak jest nadzieja, aby nawoływania te odniosły teraz skutek. *Z.*

Kolei żelaznych dotyczyły m. i. dwa zajmujące wykłady na XIV. międzynarodowym Zjeździe higienicznym, odbytym świeżo w Berlinie. Dr Thierry, roztrząsając niebezpieczeństwo zaraz i ich zapobieganie na kolejach, doszedł do następujących wniosków: Chorych podróżnych należy odosabniać w odrębnym wozie lub w osobnym, od reszty wozu oddzielonym przedziale. Po każdym chorym konieczne jest odkażenie. Niebezpieczeństwem rozwleczenia zarazy zagrażają najczęściej chorzy podróżni nieznajomi, o których niewiadomo i którzy sami zresztą najczęściej nie wiedzą, że choroba ich jest zaraźliwą. Używane zazwyczaj na kolejach sposoby odkażania nie są wystarczające. Należałoby zastosować na kolejach usuwanie i niszczenie pyłu, który może być zakażony, zapomocą wsysania (przez wytwarzanie próżni), które należy uzupełnić wycieraniem podłóg i t. d. na mokro. Wozy powinny być czyszczone regularnie i wśród drogi, nietylko na stacyach końcowych. Konieczny jest szczególnie ścisły nadzór nad wodą, podawaną podróżnym i służbie kolejowej po dworcach i t. d. — Dr Létienne omawiał niebezpieczeństwa, jakiemi dla ruchu kolejowego zagrażają funkcyonaryusze nerwowo chorzy. Zdaniem dra L. jest umiejętność rozpoznawania chorób nerwowych, w samych początkach będących, lub innemi chorobami zamaskowanych, dla lekarzy kolejowych niezmiernie ważna; dotknięci takiemi chorobami urzędnicy i służba kolejowa powinni być zupełnie usunięci od służby ruchu i wogóle od służby wykonawczej, nakładającej odpowiedzialność, a użyci w inny sposób. Zważyć należy, że niektóre choroby nerwowe są uleczalne i dadzą się pogodzić z bardzo nieraz skuteczną pracą w innych działach służby kolejowej. *R.*

Przeciążenie w szkołach i ujemne jego skutki, zdaniem prof. Czernego z Wrocławia (według jego wykładu na XIV. międzynarodowym Zjeździe hig. w Berlinie) u dzieci prawidłowych nie istnieją i nie zostały przez nikogo jeszcze dowiedzione. Objawy, uważane za skutek przeciążenia, są przeważnie skutkiem gorąca i złej wentylacyi sal szkolnych. Zboczenia, powstałe rzekomo wskutek przeciążenia nauką w szkole, stwierdzić można przedmiotowo tylko u dzieci nerwowych. Zapobiegawcze znaczenie ma odpowiednie domowe wychowanie dzieci, budzenie w nich poczucia obowiązku, nauka panowania nad sobą i poddawania się powadze rodzicielskiej i nauczycieli. *R.*

Sprawę obowiązkowego donoszenia o przypadkach gruźlicy roztrząsał prof. Schrötter na VI. międzynarodowej konferencyi przeciwgruźliczej w zeszłym miesiącu. Zdaniem prof. Schröttera należy ze względu na szczególne niebezpieczeństwo, jakiem zagraża gruźlica społeczeństwu, nałożyć na lekarzy obowiązek donoszenia o każdym rozpoznanym jej przypadku, aby można przez to stwierdzić dokładnie stopień rozpowszechnienia się gruźlicy i zastosować wszelkie środki jej zwalczania. Prof. S. sądzi, że wprowadzenie tego obowiązku jest rzeczą wykonalną. W rozprawach oświadczył się Raw za obowiązkiem donoszenia o wszystkich ciężkich przypadkach, t. j. o przypadkach t. zw. gruźlicy otwartej, zagrażającej otoczeniu chorego niebezpieczeństwem, natomiast przeciw donoszeniu o przypadkach innych kategoryi. Glasenapp wniósł rezolucyę pośrednią, aby obowiązek donoszenia zaprowadzić co do przypadków śmierci z gruźlicy płuc i krtani i co do zmiany mieszkania przez suchotników, zmierzać zaś do tego, aby obowiązek ten mógł być z czasem rozciągnięty i na przypadki zachorowania na gruźlicę płuc i krtani. *R.*

Liczba szpitali publicznych w całych Niemczech wzrosła od r. 1877 do 1904 z 1822 na 3603, a łóżek w nich z 72.219 na 205.117, w samych zaś Prusach istniało w r. 1905 2333 szpitali powszechnych z 131.307 łóżkami (o 6246 więcej w porównaniu do r. 1904). *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W sześciotygodniowym okresie czasu od 18. sierpnia do 28. września 1907 doniesiono o 76 nowych przypadkach duru plamistego w 20 gminach, a mianowicie: m. Lwów 1, pow. Brzeżany (Chorościce 5, Taniów 1), Drohobycz (Łastówki 12), Jaworów (Podłuby 1, Krakowiec 1), Lisko (Wołosate 14), Złoczów (Złoczów 4, Strutyn 3), Stryj (Duliby 11), Lwów pow. (Jaryczów nowy 2), Peczeniżyn (Utoropy 5), Rawa (Ulicko seredkiewicz 3, Wulka mazowiecka 1), Mościska (Małnowska wola 3), Jarosław (Pawłowa 1), Nadwórna (Pniów 3), Tarnopol (Tarnopol 1), Tłumacz (Petryłów 2), Podhajce (Rosochowaciec 2) i 2 przypadkach ospy w Jasieniu pow. Kałusz (od 1. września b. r. nie sprawdzono nowych przypadków ospy w Galicyi). — W czasie od 29. września do 5. października 1907 doniesiono o 11 nowych przypadkach duru plamistego w 5 gminach, a mianowicie pow. Drohobycz (Łastówki 2), Jaworów (Zawadów 5), Lisko (Wołosate 2), Podhajce (Rosochowaciec 1), Zborów (Jezierna 1). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 29. IX. do 5. X. 1907 urodziło się dzieci żywo 57, nieżywo 6; zmarło osób 50, (w tem obcych 24), z tych z gruźlicy 11 (5), zapalenia płuc 5, błonicy 2 (1), płonicy 5 (2), duru brzusznego 1 (1). *S.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 29. IX. do 5. X. 1907 było przypadków: błonicy 2, krztuśca 3, płonicy 11 † 3, (w tem obcy 1), odry 9, duru brzusznego 8 † 1, czerwonki 1, gorączki połogowej 1. *L.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Zestawienia nie otrzymaliśmy.

Ospa poczyna szerzyć się coraz silniej w Warszawie.

---

† Dr Józef Rożański.

Krakowianin z pochodzenia (* 23. XII. 1841), ukończył szkoły średnie i Wydział lekarski w rodzinnem mieście. Uzyskawszy dyplom doktorski w r. 1866, przez lat kilka pracował na klinice Hebry w Wiedniu. W roku 1870 osiadł we Lwowie, z którym na resztę życia połączyły go serdeczne węzły. Tam też aż do r. 1905 pracował na stanowisku prymaryusza szpitala. Zmarł 27. września 1907.

Obdarzony wybitnemi zdolnościami, zdobywszy wiedzę niepospolitą, był wzorowym kierownikiem swego oddziału, na którym spędzał często dnie całe, dosłownie od rana do zmroku, i gdzie wykształcił się pod jego okiem szereg dzielnych specyalistów. Ale poza pracą ściśle zawodową zajmował się nadzwyczaj żywo sprawami społecznolekarskiemi, był jednym z najczynniejszych założycieli Towarzystwa lekarzy galicyjskich, nie szczędził czasu i trudu w pracach około uzyskania zawodowego przedstawicielstwa stanu lekarskiego, około uzyskania Wydziału lekarskiego dla Lwowa, około spraw sanitarnych kraju, rozstrzygających się w Krajowej Radzie Zdrowia, której przez lat kilka był członkiem. Prawość i szlachetność charakteru zjednała Mu powszechne zaufanie i cześć kolegów, czego wyrazem był jednomyślny wybór jego na pierwszego prezydenta Izby lekarskiej zaraz po jej utworzeniu.

Stanowisko jego i doniosły wpływ szlachetnego Jego ducha na ogół, charakteryzują najlepiej piękne słowa, poświęcone Jego pamięci w »Słowie Polskiem« (Nr 458):

»Gdy z tego świata schodzi człowiek, który głośnymi czynami szerokim masom nie dał się poznać, lecz umyślnie nawet unikał rozgłosu, cicho jest zwykle po śmierci i ogół nie dostrzega straty. A jednak cisza godzin pośmiertnych i brak masowej żałoby nie dowodzi zawsze, że ten, który odchodzi, nie był wyższy ponad zwykłą, szarą, bezimienną pospolitość. Wielkie serca, charaktery silne i bez zmazy, natury przedziwnej kryształowej czystości idą w dalekie tajemnicze przestworza po jasnej, ale cichej smudze.

Kroniki, które regestrują czyny, podają wtedy szczupłe i suche notatki biograficzne. Ale kronika ducha, ta, którą się rzadko pisze, znaczy taką stratę, jako cios ciężki, jako ubytek siły, która promieniowała, zapładniała i tworzyła...

Rzadko kto wie, jak w życiu społecznem powstają i rosną wpływy, których początkiem są natury tego pokroju i tej miary moralnej, co ś. p. Józef Rożański.

Ubył nam nie prymaryusz uczony, nie lekarz sumienny i na ludzką nędzę czuły, nie sumienny pracownik — to wszystko mało: ubył nam człowiek wielkiej cnoty.

I dlatego pustka jest po nim dotkliwa...

Straciliśmy jeden z nielicznych ośrodków, skąd rozchodziły się wokół ciche, ale trwałe prądy i d e a ł u«. *C.*

Dr Leopold Glück

wychowaniec Wszechnicy Jagiellońskiej, zmarł w Serajewie 9. października 1907.

Dzięki wybitnym zdolnościom i niezmordowanej pracy doszedł Dr Glück do naczelnego stanowiska w szpitalu krajowym w Serajewie i do wysokich godności w hierarchii urzędowej w Bośni.

Licznemi pracami w zakresie dermatologii, z których część największą ogłosił w »Przeglądzie lekarskim«, będąc wiernym jego współpracownikiem przez długie lata, zdobył sobie dr Glück uznanie i wybitne imię, zwłaszcza jako jeden z najlepszych znawców trądu w Europie.

Obszerniejszy życiorys pomieścimy w numerze następnym. *C.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Wydział lekarski U. J., pragnąc uczcić zasługi ustępującego z katedry prof. dr Macieja J a k u b o w s k i e g o, uchwalił wybić medal pamiątkowy, którego artystycznem wykonaniem zajął się prof. Jan Raschka. Medal nabywać można za poprzedniem zamówieniem w księgarni S. A. Krzyżanowskiego i w domu Towarzystwa lekarskiego (Kraków, Radziwiłłowska 4).

— Minister oświaty zatwierdził uchwałę Wydziału lekarskiego, mianującą dra Romana N i t s c h a docentem prywatnym bakteryologii.

Lwów. Doc. Dr H e r m a n (Lwów, ul. Łyczakowska Nr 5) uprasza o nadsyłanie na jego ręce manuskryptów z wykładów, wygłoszonych w S e k c y i c h i r u r g i c z n e j X. Z j a z d u l e k. i p r z y r. p o l. we Lwowie, celem pomieszczenia ich w »Pamiętniku XIV. Zjazdu chirurgów polskich«.

— Radzie powiatowej w Horodence zezwolił Sejm na zaciągnięcie pożyczki 120,000 K na budowę szpitala w Horodence.

Warszawa. Jedną ze spraw na dobie o nader doniosłem znaczeniu społecznem jest sprawa przekazania szpitali warszawskich z pod zarządu Miejskiej Rady Dobroczynności publ. pod zarząd magistratu. Komisya, umyślnie wyznaczona, składająca się z przedstawicieli władz, szpitali, magistratu, instytucyi społecznych oraz obywateli miasta, przypuszczała pierwotnie, że rzecz tę załatwi w ciągu dwóch miesięcy, t. j. do dnia 14. listopada b. r. Ze względu jednak, że szpitale nasze posiadają liczne kapitały i nieruchomości, że cały ten majątek przed przyjęciem go przez miasto musi być sprawdzony i oszacowany, że sprawdzenia i oszacowania wymagają również i ruchomości szpitalne, wobec więc takiego ogromu zadania odroczyła komisya termin oddania szpitali miastu do d. 14. marca 1908. I słusznie! Wszak rzecz tak ważną należy przeprowadzić gruntownie, a i publiczność radaby mieć dokładny obraz całej 37-letniej gospordarki szpitalnej Miejskiej Rady Dobr. publ.

Tymczasowy oddział szpitalny dla chorych na choroby zaraźliwe zamiast na ul. Spokojnej ma być podobno otwarty na ul. Złotej w gmachu, gdzie obecnie mieści się więzienie dla kobiet. Na ul. Spokojnej miejsce uznano za nieopowiednie na szpital, gdyż tuż obok ma stanąć miejski zakład dezynfekcyjny, oraz zakład palenia śmieci.

Wielkie wrażenie wywołało w mieście samobójstwo młodego, bo zaledwie 30-letniego lekarza, Bolesława Żebrowskiego, asystenta Dra Palmirskiego. Był to bardzo pracowity i zdolny lekarz, którego prace naukowe rokowały świetne nadzieje, ale cierpiał z powodu słabego zdrowia. Z pozostawionego listu wynika, iż powodem samobójstwa było przekonanie, iż »nie starczy mu sił, by być pożytecznym społeczeństwu«. Śmierć jego obudziła żal powszechny.

Szczupłe grono lekarzy z Warszawy i prowincyi obchodziło w d. 1. X. półwiekową rocznicę otwarcia w Warszawie »Cesarsko-królewskiej Akademii Medycznej«, która, jak wiadomo, nieco później przekształcona została na Szkołę Główną. Po nabożeństwie w kościele po-Pijarskim odbyło się zebranie byłych wychowańców Akademii. Z Warszawy byli tu Drowie: Dobrzycki, Kryże, Cymerman, Leon Goldsobel, Maks Hertz, Stan. Markiewicz, Kuszel, Michalewski, J. Rosenthal, Saski, Wł. Śmiechowski, Sommer, Wł. Stankiewicz, Sznabl, Stromfeld, Taczanowski, Uszyński i aptekarz Hubert, — z prowincyi: Bakinowski z Suwałk, Brzozowski z Łodzi, Płużański z Radomia, Reszyff z Radzynia, Stano z Międzyrzeca, Wyrzykowski i Czaplicki z Kielc, Rybicki ze Skierniewic. W zebraniu uczestniczyli zaproszeni goście: prof. Baranowski, naczelny lekarz szpitala Dz. Jezus, Dr Karwowski, prezes Warsz. Tow. Lek. Dr Kamocki i b. sekretarz kancelaryi Akademii i Szkoły Głównej p. Jankowski. — Prof. Baranowski w pięknem przemówieniu ofiarował zebranym napisany przez siebie życiorys ich mistrza, prof. Tytusa Chałubińskiego, poczem wygłoszono wiele podniosłych mów. Uczestnicy zebrania za lat 5 święcić będą 50-tą rocznicę swej działalności lekarskiej. Że była ona owocna, sądzić można z tylu, tak dobrze krajowi i nauce ojczystej zasłużonych, a znanych powszechnie imion uczestników zebrania.

Towarzystwo doraźnej pomocy lekarskiej z powodu dziesięciolecia swego istnienia urządziło w dniach 4., 5. i 6. b. m. »trzy dni Pogotowia Ratunkowego«, w które zbierało ofiary na zasilenie swych skromnych funduszów. Zebrano podobno 20,000 rbs. Przy tej sposobności wydało Towarzystwo opracowane przez prezesa »Pogotowia«, Dra Józefa Zawadzkiego, dzieje tej instytucyi. Dzieje te, to niezmiernie ciekawy przyczynek do historyi Warszawy z dwu lat ubiegłych. *Dr L.*

— Jak donosi »Przegląd felczerski« (19) została w Warszawie zatwierdzona wyższa szkoła felczerska, z nauką 3-letnią, językiem wykładowym polskim. Prawo wstąpienia do szkoły daje ukończenie 4 klas średniego zakładu naukowego, a ukończenie szkoły uprawnia do posad rządowych, prywatnych i »wolnej« praktyki felczerskiej.

Wilno. Wileńskie Towarzystwo przyjaciół nauk otrzymało w darze od hr. Przeździeckiego pałacyk na własną siedzibę. Liczba członków doszła 108, prócz 2 dożywotnich. Biblioteka Towarzystwa obejmuje już 3,000 tomów.

Z różnych stron. Od kilku już lat nie może młodzież polska w zaborze rosyjskim odbywać prawidłowych studyów uniwersyteckich. Część młodzieży wyjeżdża na studya zagranicę, inna część ratuje się samokształceniem i wykładami na zorganizowanych w Warszawie »wyższych kursach naukowych«. W najgorszem położeniu znajduje się młodzież, poświęcająca się medycynie, gdyż tych studyów ani przez samokształcenie się, ani na kursach warszawskich, nie mających odpowiedniego wydziału,

odbyć nie może i musi wyjeżdżać zagranicę. Na wszechnicach galicyjskich doznaje wprawdzie przy przyjęciu wszelkich możliwych ułatwień, a centralne władze austryackie nie utrudniają tego wszechnicom; to też prawie wszyscy wychowańcy prywatnych polskich szkół średnich z Królestwa, odpowiadających gimnazyom austryackim, uzyskali przyjęcie na wydziały lekarskie galicyjskie z pełnemi prawami słuchaczy zwyczajnych. Nie mniej część młodzieży, nie chcąca lub nie mogąca studyować w Galicyi i zgłaszająca się do wszechnic odleglejszych (szwajcarskich, niemieckich, francuskich) skazana była na niepewność co do tego, czy i na jakich prawach będzie tam przyjęta. Dla tej to części młodzieży, niemogącej uczyć się w warunkach stosunkowo najkorzystniejszych wśród swoich i w rodzinnym języku, zdają się stosunki poprawiać. Uniwersytet katolicki we Fryburgu szwajcarskim postanowił, jak donosi »Gazeta codzienna« (Nr 66) przyjmować na wszystkie wydziały bez żadnego uszczuplenia praw maturzystów szkół Górskiego i Chrzanowskiego w Warszawie, im. Staszica w Lublinie, szkoły w Płocku i Częstochowie, zaś z dodatkowym egzaminem z łaciny maturzystów szkół: Jeżewskiego, Rontalera, Konopczyńskiego i szkół handlowych w Radomiu, Włocławku, Kaliszu i Pabjanicach. Wprawdzie uniwersytet fryburski nie ma wydziału lekarskiego, ale mają go inne wszechnice szwajcarskie, a uniwersytet fryburski zawiadomił je oficyalnie o swem postanowieniu i starać się będzie na zjeździe rektorów, aby i one przyjęły tęsamą zasadę przy wpisach słuchaczy Polaków. Zresztą wszechnice w Bernie i Zurychu przyjmują młodzież także i bez matury, pod warunkiem złożenia egzaminu dodatkowego, poczem zaliczane bywają dwa półrocza z poprzednich studyów.—Przy sposobności godzi się wspomnieć o głosach prasy warszawskiej, przestrzegającej młodzież przed »niebezpieczeństwem nauki niemieckiej«, polegać mającem na drobiazgowości z jednej, a doktrynerstwie z drugiej strony. Z tych wad wynika owa swoiście niemiecka metoda pracy, dla nas przez to szkodliwa, że do umysłowości naszej niedostosowana. Toteż np. p. Wacław Dunin (»Głos polski« Nr 2) wywodzi, że studya w Niemczech są bardzo korzystne, jednakże o tyle, o ile są racyonalnie i krytycznie prowadzone. Niemcy są wszakże odpowiedniejsze dla tego, kto chce zdobyć gruntowne podstawy naukowe, nagromadzić w krótkim czasie i w łatwy sposób dużo wiadomości faktycznych, zapoznać się wszechstronnie z piśmiennictwem, niż dla tego, kto szuka nowych idei, podstawy naukowe już posiada, a ma dane do samodzielnej twórczości.

— Komitet międzynarodowego Zjazdu przeciwgruźliczego, mającego się odbyć w r. 1908 w Washingtonie, nadesłał nam program tymczasowy. Prezesem Komitetu jest dr Flick, sekretarzem generalnym dr John S. Fulton (810 Colorado Building, Washington D. C.). Zjazd trwać będzie od 28.IX do 3.X 1908, a połączona ze Zjazdem wystawa 21.IX do 12.X. Komitet wystawy ogłasza kilka konkursów, m. i. na model mieszkania dla ubogich, tak urządzonego i umeblowanego, aby ułatwiał walkę z gruźlicą (nagroda 1.000 dolarów), na najlepsze popularne broszury o gruźlicy i t. d. Wśród komitetów narodowych nie ma polskiego.

— W międzynarodowym Zjeździe szkolno-higienicznym w Londynie uczestniczyło 8 osób z Polski (wyłącznie z Galicyi). Wykład wygłosił dr E. Piasecki w Sekcyi VI. Udział Polaków w wystawie ograniczał się do wystawienia planu parku dla młodzieży w Kołomyi (»Przegl. hig.« Nr 10).

— Przewodniczącym stałej komisyi międzynarodowych Zjazdów higienicznych został w miejsce zmarłego prof. Brouardela wybrany prof. Rubner.

— »Międzynarodowe Towarzystwo medycyny podzwrotnikowej« pod przewodnictwem Sir Mansona z Londynu, zawiązało się 27.X b. r., a prawie równocześnie powstało podobne Towarzystwo niemieckie.

— Zarząd spraw lekarskich powierzyć laikowi potrafi nietylko austryacka, ale i pruska biurokracya. Pomimo starań Izb lekarskich pruskich, mianowano przewodniczącym t. zw. »Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen« nie-lekarza, radcę tajnego Förstera (po ustąpieniu dra Althoffa, którego 20-letniej działalności zawdzięczają Prusy ogromny rozwój wydziałów lekarskich i wiele urządzeń sanitarnych).

— Prof. Dunbarowi z Hamburga miało się powieść zapomocą ściśle określonych sposobów postępowania przekształcić komórki zawierających zieleń roślinną algów z rodziny *palmellaceae* zarówno na drożdże i pleśnie, jak i na wszelakiego rodzaju bakterye. Wyniki 14-letniej pracy w tym kierunku ogłosił Dunbar w broszurce, wydanej przez nakładcę Oldenbourga w Berlinie. Gdyby się »odkrycie« Dunbara potwierdziło, to stanowiłoby ono przewrót w dzisiejszej mikrobiologii. Ale »Münch. med. Wochenschrift« (40), donosząc o tem, zauważa słusznie, że twierdzenia Dunbara są tak sprzeczne z tem, co według dotychczasowego stanu wiedzy uważamy za możliwe, i że rzekome przekształcenie jednych drobnoustrojów w drugie tylekroć już okazało się złudzeniem, iż i tym razem pomimo powagi autora, budzić się musi wątpliwość, czy spostrzeżenia jego są ścisłe.

— W Genewie zawiązało się »Towarzystwo Białego Krzyża« (Société universelle de la Croix-Blanche de Genève), na którego czele stoją między innymi profesorowie Blanchard i Bouchard z Paryża, a które ma na celu międzynarodową organizacyę walki z gruźlicą, rakiem, nagminnemi chorobami zakaźnemi i alkoholizmem

— Z ukończonym niedawno Zjazdem budowniczych i higienistów miejskich w Lyonie połączoną była wystawa higieny miast. Zdając z niej sprawę, porusza prasa lekarska francuska potrzebę zakładania we Francyi popularnych muzeów higieny społecznej. Znowu przeto powiodło się nam raz wyprzedzić Zachód, skoro istnieje już ludowe muzeum higieniczne w Częstochowie, a ma wkrótce powstać we Lwowie.

— Porównanie przebiegu Zjazdów lekarzy i przyrodników niemieckich, n. p. ostatniego w Dreźnie, z naszymi Zjazdami, nie wypada wcale na naszą niekorzyść. I tak, sprawozdawca »Deutsche med. Wochenschrift« (39) utyskuje na nadmierne rozdrobnienie sekcyi Zjazdu drezdeńskiego (samych lekarskich sekcyi było 17, wskutek czego mimo 560 wykładów lekarskich każda z sekcyi miała mało materyału), na nadużycie, jakiem jest zgłaszanie wykładów, których się potem nie wygłasza (co zresztą zdarza się i u nas), na lekceważenie prasy, nawet lekarskiej, na niesprawne wydawanie dziennika Zjazdu i t. d. Zazdrościć natomiast można Zjazdom niemieckim funduszów, którymi obecnie rozporządzają, gdyż majątek Zjazdów dobiegł już 200.000 marek.

Mianowani: Prof. Rosthorn z Heidelbergu profesorem położnictwa w Wiedniu; Prof. Melnikow-Razwedenkow zwycz. profesorem anatomii patol. w Charkowie; Dr Miranda profesorem położnictwa w Neapolu.

Zmarli: Ginekolog prof. Kossmann w Berlinie; prof. higieny Guiraud w Tuluzie; otyatra prof. Kessel w Jenie. Dr Bogumił Stępiński w 73 r. ż. w Krakowie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Rok XLVI. Kraków, dnia 19. października 1907. Nr 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Ciśnienie krwi, prawdziwa wielkość tętna, oraz szybkość tętna w różnych stanach chorobowych.

Podał
Władysław Janowski
Docent Akademii i ordynator Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Odczyt, wygłoszony w Tow. Lek. Warszawskiem dnia 24. września 1907).

Podstawą niniejszej pracy jest część materyału, zebranego przy systematycznem badaniu nad ciśnieniem krwi i nad tętnem, przeprowadzonem przezemnie na 364 osobnikach. Wszystkie badania robiłem zapomocą przyrządu Riva-Rocci, określając ciśnienie skurczowe i rozkurczowe krwi za pomocą metody graficznej Janeway-Masing-Sahliego, t. j. z jednoczesnem użyciem tętnopisu Jaqueta. Szerokość przepaski Riva-Rocci była zawsze 6 ctm. Wszystkie badania prowadzone były w półleżącej pozycyi chorego, stale między 10 a 12 pp. i stale z udziałem pomocnika, tak że jeden z nas pilnie śledził tylko zmiany w krzywej tętna, drugi zaś zapisywał tylko wysokość słupa rtęci w manometrze w chwili, wskazywanej mu przez badającego krzywą tętna, do którego skala manometru była odwrócona tyłem, tak by jej widzieć nie mógł. Przed wynalezieniem turgosfigmografu Straussa (68), pozwalającego na rzeczowe zapisywanie krzywej ciśnienia krwi [1]), był to, zdaniem mojem, jedyny pewny sposób możliwie dokładnego prowadzenia badań nad ciśnieniem krwi: rysowanie krzywej tętna usuwa podmiotowość w ocenie fali tętna przy wahaniach słupa rtęci w manometrze, śledzenie zaś manometru przez pomocnika, który znowu krzywej tętna nie widzi, usuwa możność autosuggestyi w określeniu poszczególnych faz ciśnienia krwi, co jest ważnem zawsze, ale ma szczególną wagę przy różnych próbach, dotyczących zmiany w czynności serca przy pracy mięśniowej. Oprócz powyższych, prowadziłem też na swym oddziale systematyczne badania i pomiary krzywych tętna, zdejmowanych za pomocą sfigmochronografu Jaqueta, a ciśnienie krwi skurczowe i rozkurczowe określaliśmy nadto za pomocą metody palpacyjnej Strasburgera (ogółem 300) i metody wysłuchowej Korotkowa (39), (ogółem 250) oraz za pomocą metod wibracyjnych przy użyciu przyrządu Hill-Barnarda (27) oraz Pala (53), a przy końcu i za pomocą turgosfigmografu, obmyślanego przez Straussa, a opisanego przez Koziczkowskiego (40) i Fleischera (18). Określaliśmy też w znacznej większości przypadków (z górą 250) jednocześnie ciśnienie krwi za pomocą Riva-Rocci i tonometru Gartnera, a w pewnej części przypadków ciśnienie krwi w naczyniach włoskowatych zapomocą przyrządu v. Bascha (2) i w żyłach zapomocą przyrządu v. Freya oraz Cyplajewa (71). Zdobyty w ten sposób materyał posłużył w znacznej części za podstawę do kilku innych już ogłoszonych przezemnie prac (32, 33, 34), głównie zaś do mego referatu o dyagnostyce czynnościowej serca (35). Nadto użył go już częściowo dla oceny metody wysłuchowej określenia ciśnienia krwi kol. W. Ettinger (15), który opracowuje jeszcze dalej porównawczo różne metody badania ciśnienia krwi. Z tego powodu w niniejszej pracy unikać będę ile możności wdawania się w jakiekolwiek pytania poboczne; unikać też będę, o ile się da-przytaczania piśmiennictwa, które podałem możliwie całe w tylko co wymienionym referacie (35), wygłoszonym 22/VII we Lwowie; przytaczać z niego będę tylko to, co jest nie, zbędne dla dania odpowiedzi bezpośredniej na postawiony w nagłówku temat.

Za normalne ciśnienie krwi skurczowe (Mx, tak też nadal oznaczać je będę), określane w powyższych warunkach u 16 osobników młodych i zdrowych, uważam 96—140 mm. słupa rtęci w przyrządzie Riva-Rocci; za normalne ciśnienie tętna, t. j. za normalną różnicę między tętnem skurczowem (Mx), a rozkurczowem (Mm), oznaczone przez Strassburgera (66) i innych jako PD, resp. jako amplituda wahań ciśnienia krwi (Erlanger i Hooker, F. Klemperer, Hesse i inni), uważam 22—40 mm. słupa rtęci. Ponieważ tętno powstaje wskutek skurczowego (systolicznego) przyrostu ciśnienia krwi, który to przyrost mierzy się omówionym powyżej słupem rtęci, oznaczonym, jako PD (ciśnienie tętna — Pulsdruck), przeto Fellner (17) twierdzi, że PD mierzy prawdziwy przyrost skurczowy (systoliczny) ciśnienia krwi, czyli prawdziwą wielkość tętna. Na zasadzie swego materyału uważam więc 22—40 mm. Hg za tak zwaną prawdziwą wielkość tętna u zdrowych, młodych osobników.

Odpowiednie liczby innych autorów, wynoszą dla Mx u Hensena (25) 100—160 mm Hg, Geisboecka (21) 170—180, Bittorfa (5) 150, a nawet 150—170, Fellnera (16, 17) 110—135, Masinga (44) 135—140, Fleischera (18) 100—120 mm Hg i t. d. Słowem, są one różne, w zależności od sposobu prowadzenia badania, od pory dnia, w której było ono wykonywane, stosunku do czasu posiłków, od stanu psychiki badanych osobników i t. d.

[1]) W ostatnim czasie podał też podobny przyrząd E. Muenzer (47 a),

We wszystkie te szczegóły, omawiane już szczegółowo przez Hensena (25), a nadto przez Potaina (54), Zadecka (73), Blocha (7), Bożowskiego (8) i wielu innych, nie chcę tu wchodzić. Zaznaczę tylko, iż na zasadzie swego doświadczenia podzielam zdanie dotychczasowych autorów, że dla każdego osobnika jest znamienna pewna tylko przeciętna ciśnienia systolicznego, od którego jednak zboczenia w jedną i drugą stronę wynosić mogą do 30 mm słupa rtęci, a jak znajdował Bożowski J. (8) nawet do 56 mm Hg. Pomijam tu naturalnie okoliczności nadzwyczajne, »fizyologiczne«, jak chwila porodu, co do którego wiadomo (H. Vaquez 70), iż podczas niego Mx podnosić się może do 180, a nawet 250 mm Hg, opadając jednak zaraz po nim do normy.

Co do ciśnienia tętna (PD), czyli prawdziwej jego wielkości, to liczby moje (22—40 mm Hg) są prawie zgodne z liczbami innych autorów: Janeway (31) podaje PD = 26 mm Hg, v. Recklinghausen (55, 56) i Sahli (59) 30, Strassburger (66), Fellner (16) 25—35, Fleischer (18) 30—40 mm Hg. Poza tem F. Klemperer (37), który badania swoje prowadził zapomocą przyrządu v. Recklinghausena, określał więc ciśnienie nie w milimetrach rtęci, lecz w centymetrach wody, podaje PD = 50—70, co powyższym liczbom również w przybliżeniu odpowiada.

Co do liczb, otrzymywanych zapomocą przyrządu Gaertnera (oznaczać je będę nadal jako PG), to uważam za normę 80—120 mm Hg, czyli liczbę, przytoczoną przez Geisboecka (21)[2]). Zastrzedz się jednak muszę na wstępie, że, aczkolwiek tonometr Gaertnera oddał hemodynamice klinicznej olbrzymie usługi, popularyzujące przez swoją prostotę badania, i że aczkolwiek do czasu opisania przyrządu Pala (53) był on jedynym, pozwalającym na porównywanie ciśnienia krwi w częściach najbardziej obwodowych z ciśnieniem w tętnicy ramieniowej, co ma ważne znaczenie, to jednak do dziś dnia nie mogę powiedzieć, jakie mianowicie ciśnienie w tętnicy palcowej przyrząd ten określa. Jak wiadomo, część autorów sądziła, że tonometr Gaertnera określa ciśnienie systoliczne (Neu, Masing, Schuele, Geisboeck), inna twierdziła, że określa on ciśnienie minimalne, jeszcze inna uważała otrzymywane przy tem liczby za odpowiadające ciśnieniu średniemu lub nieco poniżej niego. Należycie zoryentować się w tej sprawie niepodobna, gdyż nie można właściwie ściśle porównać liczb z tonometru Gaertnera z liczbami, otrzymywanemi na innej drodze. Nawet liczby, otrzymywane zapomocą przyrządu Pala, który jest poza tonometrem jedynym, mierzącym ciśnienie krwi na palcu, także do zupełnie ścisłego porównania z liczbami, otrzymanemi zapomocą tonometru Gaertnera, nie nadają się, gdyż tonometr Gaertnera daje swe liczby na zasadzie spostrzegania chwili zaróżowienia palca (t. zw. metoda erubescencyjna podług v. Recklinghausena), gdy przyrząd Pala określa Mx i Mm w tętnicy palcowej na zupełnie innej zasadzie: metody wibracyjnej. Wskutek tego nawet przy jednoczesnem obliczaniu ciśnienia krwi na palcu zapomocą przyrządu Pala i Gaertnera, nie mogłem dojść do wniosku, jakie mianowicie ciśnienie określa tonometr Gaertnera. W jednych bowiem przypadkach podawał on liczby, ściśle odpowiadające ciśnieniu średniemu $\left(\frac{Mx + Mm}{2}\right)$, określonemu zapomocą przyrządu Pala, w innych otrzymywałem liczby nieco poniżej (3—5 mm) ciśnienia średniego, lub nieco powyżej niego (3—5 mm); w innych wypadały mi liczby niższe o 5—12 mm od ciśnienia rozkurczowego (dyastolicznego), określonego na palcu zapomocą przyrządu Pala; w jeszcze innych zaś liczby tonometryczne albo były mało co niższe (5—10 mm) od Mx dla tętnicy palcowej podług Pala, albo były im równe, albo nawet o 10 mm je przewyższały.

Normy dla ciśnienia włosowatego, ani żylnego nie przytaczam, gdyż dla powodów, które szczegółowo w swoim referacie o czynnościowej dyagnostyce serca (35) omówiłem, nie mają one znaczenia praktycznego.

Przechodząc do omówienia Mx i PD w stanach chorobowych, podzielę swój materyał na grupy. Rozpatrzę mianowicie kolejno zachowanie się Mx i PD przy cierpieniach serca, naczyń, nerek, przy sprawach zakaźnych ostrych i przewlekłych, oraz omówię je pokrótce przy innych stanach chorobowych.

1) Przypadków cierpień serca zbadałem ogółem równo 100[3]). Przy systematycznem badaniu chorych z niewyrównaniem czynności serca zwracałem uwagę nie na wysokość bezwzględną Mx lub PD, lecz na wielkość i kierunek spostrzeganych w nich wahań. Wielkość Mx wahała się na szczycie niewyrównania w moich przypadkach czystej niedomogi serca od 70—190 mm Hg podług Riva-Rocci (nazywać to będę Mx lub PRr) i od 47—120 podług Gaertnera (PG). PD wahało się przy tem najczęściej pomiędzy 30 a 60 mm, ale w niektórych przypadkach wynosiło na szczycie niewyrównania tylko 20 mm (przy Mx 110) lub nawet 14 mm (przy Mx 119). Kilka razy było ono, przeciwnie, na szczycie niewyrównania bardzo wysokie, wynoszące np. raz 85 mm (przy Mx 189), a drugi raz 100 mm (przy Mx 190). Poprawie stanu chorego towarzyszyło w niektórych przypadkach jednocześnie podniesienie Mx i PD (np. Mx z 110 na 139 i PD z 20 na 65), w innych liczby Mx i PD przy poprawie krążenia spadały (np. Mx z 160 na 130, a PD z 54 na 23, lub Mx ze 124 na 107, a PD z 56 na 24), w jeszcze innych wreszcie spadkowi Mx towarzyszyło podniesienie PD (np. Mx z 130 na 118, przy zmianie PD z 14 na 28). W ostatnich przypadkach poprawę chorego można, zdaje się, postawić w związku z podniesieniem PD, a spadek Mx tłómaczyć można ustąpieniem kurczu drobnych naczyń po ustąpieniu zatrucia CO_2 wskutek wyrównania się krążenia (Sahli, Fellner). Przypadki takie stanowiły jednak znaczną mniejszość (około 1/6) moich spostrzeżeń. W pozostałych tłómaczenie mechanizmu poprawy na zasadzie zmian w Mx i PD i ich wzajemnego stosunku do siebie nie było wcale możliwe. W podobnych przypadkach grają niewątpliwie rolę zmiany w krążeniu obwodowem. Co do tego, to przekonałem się przy syste-

[2]) Z innych autorów za normę PG Doleschal uważał 120 mm Hg Jellinek 80—150, Grebner (23) 110—125, Kapsammer (36) 120—130, Sasaparel (61) 110—140, Schuele (64) 80—130, Weiss (71) 120 i t. d.

[3]) Z nich 24, dotyczące kobiet, pochodziły z oddziałów kol. M. Jakowskiego i A. Chełmońskiego, za co im na tem miejscu składam podziękowanie.

matycznem badaniu PG, że prawie w $^1/_3$ przypadków poprawa następowała przy raptownem zmniejszeniu się PG, pomimo jednakowego stanu PRr lub nawet pomimo jego podniesienia się, i to zarówno co do Mx, jak i co do PD. Co do takich przypadków twierdzić można ze znacznem prawdopodobieństwem, że wyrównanie krążenia nastąpiło wskutek usunięcia przeszkód na obwodzie. Jednakże co do owych przypadków, (liczba ich nieco przekraczała $^2/_3$ ogólnej liczby moich spostrzeżeń), w których poprawa krążenia następowała przy zmianie w PRr i w PG w jednakowym kierunku, nie mam żadnej podstawy rzeczowej do twierdzenia, co na tę poprawę wpłynęło: podniesienie się sprawności mięśnia sercowego, czy też zmienione warunki oporu obwodowego. Klinika M. Yanovskyego (72) z Petersburga próbuje rozwikłać podobne przypadki przez systematyczne badanie ciśnienia w naczyniach włosowatych i żyłach. Jak to już jednak w innej pracy (35) na zasadzie prób, w moim oddziale dokonanych, wyłożyłem, liczby, otrzymywane przy tych badaniach, nie zasługują na wiarę z powodu wad użytych przyrządów, a nadto, wobec zupełnie dziś dowiedzionej i uznawanej autonomii naczyń włosowatych w różnych odcinkach ustroju, nie możnaby nabrać najmniejszego pojęcia o stanie ciśnienia w naczyniach włosowatych całego ustroju przez określenie ciśnienia w naczyniach włosowatych palców, nawet gdyby użyte przyrządy Bascha (2) i v. Recklinghausena (56) działały bez zarzutu.

Spieszę też dodać, że nie udało mi się wykazać żadnego stałego związku pomiędzy kierunkiem i stopniem zmian w Mx i w PD, a skutecznością działania środków sercowych, co wreszcie z powyższego wyłożenia zmian w Mx, PD i PG przy poprawie warunków krążenia wynika, i na co już i inni autorowie (pierwszy Hensen) zwracali uwagę. Zależy to od tego, że nietylko Mx i PG, ale i PD zmieniać się może nietylko pod wpływem zmiany pracy serca, ale nadto w zależności od stopnia i rodzaju zmian w oporze obwodowym, który znowu z kolei zależy od sprawności nerwów naczynio-ruchowych i mięśniowych składników naczyń, od stopnia elastyczności ścian naczyniowych, oraz w ogóle od sprawności układu naczyniowego, zależnego od sumy wszystkich wogóle własności jego fizycznych i fizyologicznych. Badając Mx oraz PD w pozycyi leżącej chorego (pozycya A), w siedzącej z wyprostowanemi na łóżku nogami (pozycya B), przy siedzeniu z nogami opuszczonemi (pozycya C) i przy staniu (pozycya D), Broecking (9) przekonał się, że gdy u ludzi prawidłowych Mx przy pozycyi B się podnosi, to u ludzi ze złym stanem krążenia Mx może być w pozycyi B mniejsze, niż w pozycyi A. Zależy to od tego, że u takich osobników naczynia nie umieją w porę regulować odpływu krwi od narządów trzewnych ku obwodowi. Podobny spadek Mx przy pozycyi B stwierdziłem tymczasem w czterech przypadkach (3 stwardnienia naczyń i 1 zapalenia krupowego płuc). Poza tem zaś przekonałem się przy tych doświadczeniach wogóle, że już sama tylko zmiana pozycyi badanego osobnika wpływa wydatnie na wielkość PD, i to w niedającym się przewidzieć kierunku. Np. z dwóch zupełnie zdrowych młodych lekarzy u jednego PD wynosiło przy tych doświadczeniach kolejno w pozycyach A, B, C, D, po 40, 25, 23 i 21 mm, natomiast u drugiego, badanego w tych samych warunkach, liczby te wyniosły przeciwnie: 25, 41, 26 i 29 mm. Tak samo nieprawidłowo zmieniało się też PD u chorych ze spadkiem Mx w pozycyi B: u jednego z nich odnośne liczby przy czterech kolejnych pozycyach wynosiły: 24, 40, 36 i 36, u innych zaś 88, 54, 68 i 30; resp. 103, 96, 104, 90; resp. 129, 120, 81 i 73. Bardzo też zmiennie zachowywało się PD w doświadczeniach według Katzensteina, w których raz zmieniało się ono w kierunku podobnym do zmiany Mx, innym zaś razem, pomimo pozornie jednakowych warunków, w kierunku odwrotnym do zmiany Mx.

Z powyższych powodów twierdzić muszę na zasadzie swego materyału, dotyczącego nietylko chorych na serce, lecz i omówionych poniżej, że oryentowanie się w pracy serca na zasadzie wahań w PD jest zupełnie taksamo niemożliwe, jak niemożliwe jest ścisłe sądzenie o niej z wielkości Mx i z kierunku jego wahań. Dotyczy to zarówno oryentowania się w wielkości pojedyczego skurczowego (systolicznego) rzutu krwi (Schlagvolumen), jak i w pracy serca na minutę, co już dokładniej w powyżej wspomnianej pracy o czynnościowej dyagnostyce serca (35) omówiłem. Nie można mianowicie sądzić, że PD, ani też formuła $\frac{Mx}{Mm + \frac{PD}{2}}$, jak to twierdzą Fuerst i Soetbeer (19), jest miarą systolicznego rzutu krwi, skoro na powstanie tej wielkości składa się tyle warunków, działających w różnych kierunkach, które w dodatku w poszczególnych przypadkach przewidzieć się nie dają. Nie można też uważać iloczynu PD za miarę pracy serca na minutę (Erlanger i Hooker, Fellner, Fuerst i Soetbeer) z tego samego powodu, chociażby odpowiednie liczby wzrastały stale w miarę poprawy krążenia. Tembardziej zaś uczynić tego nie mogę, gdyż w znacznej części przypadków stwierdziłem poprawę krążenia przy zmniejszeniu się PD, a co za tem idzie, i iloczynu PD. Tego iloczynu nie można nadto brać za miarę wysiłku serca w tej formie dlatego, że nie uwzględnia on czasu, w ciągu którego serce podnosi słup krwi o PD, t. j. z Mm do Mx. Wszak wysiłek serca będzie inny, jeżeli podniesie ono krew o słup Hg = PD w ciągu np. 0,3 sek., a inny, gdy serce wykona tę pracę w ciągu 0,24 sek. W tym drugim razie wysiłek serca jest niewątpliwie większy. Gdyby więc nawet za podstawę obliczenia pracy serca można przyjmować PD (co miejsca nie ma), to i w takim razie trzeba wprowadzić do formuły PD poprawkę, uwzględniającą czas, taką, jak zaproponowałem i uzasadniłem w swej tylko co wymienionej pracy (35). Powtarzam tu jednak to, co i tam powiedziałem, że nawet ta poprawka wartości formuły PD nie ratuje, gdyż w jej podstawie leży PD, na którego powstanie składa się w każdym przypadku zbyt wiele warunków, i to w skojarzeniach, nie dających się przewidzieć, ani na razie rozwikłać.

Z tego samego powodu nie można też uważać za miarę oporu obwodowego współczynnika Strasburgera $\frac{PD}{Mx}$. Z wielkości tej bowiem, otrzymanej nawet w idealnie jednakowych (w rzeczywistości niemożliwych) warunkach badania tętnicy ramieniowej, nie możnaby jeszcze mieć nawet przybliżonego pojęcia o oporze, jaki przedstawiają dla krążenia naczynia bardziej obwodowe oraz trzewne. Co do pierwszych, to zestawianie ze sobą PG i PRr w szeregu po-

szczególnych przypadków przekonywa na każdym kroku, że ciśnienie w naczyniach obwodowych jest często zupełnie inne, niż w tętnicy ramieniowej, i zmienia się często w odmiennym kierunku. Co do naczyń zaś trzewnych, to badania, prowadzone przez Gotlieba i Magnusa (22) na zwierzętach, oraz prześlicznie pomyślane i wykonane badania na ludziach przez Otfrieda Muellera (46) nie pozostawiają żadnej wątpliwości co do tego, że pomiędzy napięciem, panującem w naczyniach trzewnych, a istniejącem w danej chwili w naczyniach obwodowych zachodzi żywy antagonizm. Jeżeli więc nawet określać Mx i PD z możliwem usunięciem wpływu na nie ciśnienia bocznego na tej samej kończynie zapomocą odpowiedniego przyrządu, jak to proponuje Bing (4), to jeszcze to nas do poznania prawdziwej wielkości PD ani oporu w najbardziej nas obchodzących naczyniach trzewnych nie zbliży.

Powyższe wnioski opieram na zasadzie uważnego i bezstronnego rozpatrzenia kilku tysięcy liczb, otrzymanych przy badaniu 36 przypadków niedomogi serca i 64 przypadków jego wad organicznych, a mianowicie 20 przypadków niedomykalności zastawki dwudzielnej, 11 przypadków zwężenia lewego ujścia żylnego, 15 przypadków, w których obie te wady się ze sobą łączyły, 14 przypadków niedomykalności zastawek tętnicy głównej, 2 przypadków zwężenia jej ujścia, oraz 2 jednoczesnego zwężenia jej ujścia z niedomykalnością jej zastawek. (C. d. n.)

O stosowaniu tuberkuliny w gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego.

(Wykład na X Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w lipcu 1907).

Przez

Kazimierza Dłuskiego

Dyrektora Sanatoryum w Zakopanem.

(Dokończenie).

Osobna zupełnie wzmianka należy się próbnym wstrzykiwaniom u dzieci. Koch — jak wiadomo — stosuje u dzieci dawki znacznie mniejsze, niż u dorosłych; taksamo Beck i wogóle wszyscy bezwzględni zwolennicy Kocha, wychodząc z tej zasady, że dziecko wrażliwszem jest od dorosłego na tuberkulinę. Otóż szeregi spostrzeżeń innych autorów do odmiennych doprowadzają wniosków.

Binswanger (34) z 261 dzieci, z których znaczna większość w 1 roku życia, stosuje dawki takie, jak Koch i Beck u dorosłych, t. j. 1—5—10 mlgr. (czasem tylko zaczyna od 0,1 mlgr.) i na 1000 wstrzyknięć nie ma »żadnego uszkodzenia«. Cytowany przez niego Behrend (»Orvosi Hetilap«, 1900, Nr. 23) u dzieci 1—2 tygodniowych dochodzi do 10 mlgr. *pro dosi.*

Bela Schick (231) u 120 dzieci w wieku od 3 miesięcy do 14 lat stosuje dawki znacznie mniejsze na wzór cytowanych przez niego Epsteina i Eschericha [13]) i ma kilka nieszczęśliwych przypadków, o których niżej. Mettetal (170 bis) u 74 dzieci (w Żłobku przy paryskim szpitalu dziecinnym) bardzo licho odżywianych, w wieku bez wyjątku niżej 1 roku stosuje odrazu 0,1 mlgr. »i bez żadnych powikłań dochodzi do 0,2—0,3 mlgr.« Nigdy nie miał oprócz gorączki odczynowej najmniejszego wypadku. Zdaniem jego, dziecko znosi tuberkulinę daleko lepiej, niż dorosły. Objaw ten usiłuje wytłómaczyć Binswanger tą okolicznością, że u dzieci poniżej 2 lat sekcya bardzo rzadko kiedy wykrywa ogniska ukryte czynne. Cytowany zaś przez niego Hamburger twierdzi, że nigdy. Wypada więc, że tuberkulina wykrywa u dzieci tylko czynne ogniska i dlatego odczyn, wedle tych autorów, ma wielką wartość rozpoznawczą.

Schreiber (230) u 40 noworodków zaczynał wstrzykiwania od 0,1 mlgr. i dochodził, nie spostrzegając odczynu, do 3 mlgr. Zachęcony takim wynikiem, zaczynał później wstrzykiwania od 0,5 mlgr. i »w szybkiem tempie dochodził do 1,5 centigr. bez śladów jakiegokolwiek odczynu«. »Później — powiada on — podnosiłem dawki o 1 lub o 2 centigr., tak że przy 3 lub 4 wstrzyknięciu dochodziłem do 5 centigr.. Ale nawet po takiej dużej jednorazowej dawce nie było u dzieci najmniejszych śladów odczynu, żadnego nacieku skóry, żadnego zaburzenia w stanie ogólnym«.

Przytoczone wyżej cyfry i fakty chyba upoważniają do wniosku, że tuberkulina, jako środek rozpoznawczy u dzieci w działaniu swem jest wysoce nieobliczalna. Na tę właściwość działania — pozwolimy sobie zauważyć — kładzie mocny nacisk Köhler w swej pracy »Tuberkulin und Organismus«. Ale tu jeszcze wypada zwrócić uwagę na jeden charakterystyczny szczegół, stanowiący punkt niezgody pomiędzy autorami.

Mettetal dowodzi, że odczyn pokazuje się u dzieci szybciej, niż u dorosłych. Maximum ciepłoty następuje raptownie w ciągu 6 godzin po wstrzyknięciu, dochodząc do 39—39,5° i spada do normy w ciągu 12—24 godzin.

Bela Schick znów uważa za charakterystyczny rys u dzieci odczyn powolny i przedłużony (»protrahierte Reactionen«). Więc niewiadomo, gdzie prawda? Stając na punkcie widzenia Binswangera, że dzieci poniżej 2 lat oddziaływają wtedy tylko na tuberkulinę, gdy istotnie chore są na gruźlicę i mają ogniska czynne, wynikałoby, że odczyny powinny być wyraźne i wyraźniejsze niż u dorosłych, jak to wypada logicznie u Mettetala i Binswangera. Dlaczego jednak Bela Schick, wedle którego »ustrój dziecka gruźliczego ma wysoką wrażliwość na bardzo małe dawki (»kleinste Dosen«)« znajdował na dużym materyale niewyraźne i »przedłużone odczyny«, istotnie, trudno sobie wytłómaczyć.

VI.

Wobec tych zasadniczych sprzeczności, jakie napotykamy w próbnem stosowaniu tuberkuliny, znajdujemy, również sprzeczności, w rzeczach choć ważnych, ale w danym razie podrzędnych. Weźmy np. podniesienie ciepłoty, jako kryteryum odczynu. Znaczna większość autorów zgadza się na to, że podniesienie 0,5—0,8° po nad prawidłową ciepłotę jest prawdziwym objawem odczynu. Otóż z tablic widzimy, że Roepke stawia jako granicę 1° C. Freymuth zaś 1—1,5—2° C. Również nie ma zgody na to, jacy chorzy i na jakie dawki silniej oddziaływają. Znaczna większość autorów jest tego zdania, — od spostrzeżeń Turbana z r 1890/91 począwszy — że chorzy ze świeżą sprawą oddziaływają na małe dawki silniej, niż chorzy ze sprawą dawną i daleko posuniętą. Tymczasem Löwenstein i Rappoport, opierając się na obfitym materyale dowodzą, że lekko chorzy średnio oddziaływają na wyższe, zaś ciężko chorzy na niższe dawki. Jest to sprawa niejasna. Również niejasnem jest, dlaczego nie ma żadnego związku pomiędzy natężeniem odczynu a nasileniem sprawy chorobowej? Jeżeli nasilenie choroby jest wyrazem stopnia zakażenia lub intoksykacyi, to dlaczego ciężkość odczynu, wywołanego tuberkuliną, pozostaje bez związku z ciężkością choroby? Jeśli tak, to można wywoływać odczyn mniejszego lub większego natężenia bez rozumienia dalszych jego wyników dla ustroju. Z tem zaś pytaniem wiąże się pytanie pierwszorzędnej wagi społeczno-lekarskiej, na co już przed 17 laty zwracał bar-

[13]) Epstein u dzieci poniżej 3 lat zaczyna od 0,1 mlgr i zwiększa ostrożnie nast. dawki o 0,05—0,1 mlgr. Escherich u małych dzieci stosuje 0,2—0,5 mlgr., u starszych 0,5—1,0 mlgr.

dzo energicznie uwagę v. Leyden, a mianowicie, czy wstrzykiwania, choćby małych dawek, nie są pozbawione niebezpieczeństwa dla chorego, podejrzanego o gruźlicę? Bezwzględni zwolennicy Kocha dają nań zupełnie zadawalniającą odpowiedź. Nikt z nich nie miał nigdy nieszczęśliwych przypadków i to przy wstrzykiwaniach, których cyfry dochodzą do dziesiątków tysięcy. Freymuth (54) już w 1903 r. wspomina o 10000 wstrzyknięć bez żadnego nieszczęśliwego wypadku. — Moeller (161) na posiedzeniu Tow. med. wewn. w Berlinie 4 III 1907 wspomina o cyfrze 30000 wstrzyknięć także bez żadnego wypadku. Ale wobec tych szczęśliwych i to takich dużych seryi, widzimy i odwrotną stronę medalu, tj. szereg nieszczęśliwych wypadków u różnych autorów. Między nimi zaś znajdują się nietylko przeciwnicy tuberkuliny, ale i zwolennicy, lecz ostrożni, nie bezwzględni.

Klinika podaje w tym względzie sporo faktów pouczających; zapisujemy je pokrótce.

Hammer, choć zwolennik tuberkuliny, uznaje niebezpieczeństwa, jakie mogą być związane z rozpoznawczemi wstrzykiwaniami tuberkuliny i wspomina o jednym wypadku śmierci z sekcyą, ale wyników jej nie podaje (96).

Köhler, który wogóle dla celów rozpoznawczych nie stosuje tuberkuliny, raz po próbnem wstrzyknięciu $^1/_2$ miligr. widział u chorego silny ogólny odczyn z wysoką gorączką i niepokojącym stanem podniecenia przy zupełnej utracie przytomności. Jest on także tego zdania, że »tuberkulina wcale nie może być uważana za nie niebezpieczną« (128).

Kremser (133) miał następujący wypadek, dotyczący chorego, już dawniej cierpiącego, ale który w ostatnich miesiącach doznał znacznego polepszenia. Wówczas dostaje 1-ą dawkę $^1/_{5000}$ miligrama T i zaraz po niej bolu w lewem najądrzu. We 3 dni po 1-ej druga dawka $^1/_{100}$ miligrama, po której następuje zapalenie, potem ropienie, zakończone wytrzebieniem. Wprawdzie Kremser usiłuje przekonać, że chodziło tu »o pierwotne zapalenie najądrza, o którym ani chory ani lekarz nic nie wiedzieli«, ale argument taki nie wydaje się dostatecznie przekonywującym.

S. Schrader (233) opisuje dwa następujące przypadki: 1) zapalenie ropne około-odbytnicze i przetokę odbytu, które się pojawiły raptownie po próbnem wstrzyknięciu u bardzo mocno zbudowanego i dobrze odżywionego człowieka, dotkniętego »nieżytem szczytu«, bez żadnych innych powikłań; 2) 30-letni robotnik z nieznacznym »nieżytem« w prawym płacie i kilkoma suchemi rzężeniami w lewym szczycie bez TBC, przy dobrym stanie odżywienia, dostaje po 1-em próbnem wstrzyknięciu zapalenia prawego jądra, które trwa 5 tygodni i jest tak silne, że nasuwa myśl o zabiegu operacyjnym. Autor przypisuje te wypadki bezpośrednio tuberkulinie, tak, że stosowanie jej lecznicze całkiem z sanatoryum usuwa, nadto w bezpośrednim związku z tuberkuliną widział pojawienie się krwotoków u chorych, którzy ich przedtem nie mieli.

Pickert (190) wstrzykuje $^1/_2$ miligr. lekko choremu, który czuł się zupełnie zdrowym i był zdolny do ciężkiej pracy. Po wstrzyknięciu następuje gorączka 40°, trwająca 3 dni, przy ciężkich ogólnych objawach z wymiotami i stanem podobnym do zapadu. Waga ciała zaś w ciągu 6 dni spadła niemal o 4 kgr.

Wegener (Sanatoryum Erbprinzentanne) przytacza przypadek, w którym chory po jednem wstrzyknięciu 0,001 miligr. T dostał bólu w boku, a później zapalenia opłucnej. »Nie wątpię — powiada autor — że przez takie jedno wstrzyknięcie może stare ognisko na opłucnej przejść w stan zapalny i wywołać poważne zapalenie opłucnej« (252).

Foss (Sanatoryum Liebenstein) wspomina o dwóch przypadkach: 1) po wstrzyknięciu 0,000005 gr. T gorączka 38—39° przez kilka dni, a później silny krwotok; 2) po pierwszem wstrzyknięciu 0,000014 gr. silny miejscowy odczyn; po drugiej dawce 0,00005 gr. lekki krwotok (75).

Nienhaus (175) (Sanatoryum Bazylejskie w Davos) opisuje krwotok wynoszący 100 cc^3 na trzeci dzień po trzeciem wstrzyknięciu wynoszącem 4 miligr. (1-sze wstrzyknięcie 1 mil., 2-gie 2 mil.); krwotok powtórzył się raz jeszcze, ale chory po 4 miesiącach wyzdrowiał.

Schüle (233 bis) mówi o chorym, który w celu wyświetlenia rozpoznania (z początku myślano o durze brzusznym, ale ciepłota wróciła do normy) dostał 0,00025 gr. na 1-szą dawkę. Tegoż dnia ciepłota doszła do 37,7°. Na drugi dzień ciepłota prawidłowa, na 3-ci dzień nowa dawka 0,0005, po której nastąpiło obrzmienie śledziony, raptowne podniesienie się ciepłoty, upadek sił itd. We 4 tygodnie po 2-iej dawce zejście. Sekcya wykrywa gruźlicę gruczołów oskrzelowych, zapalenie gruźlicze w lewem płucu, gruźlicę prosówkową płuc, śledziony itd. »Wypadek ten — powiada autor — świadczy o możliwości ciężkiego uszkodzenia ustroju gruźliczego przez próbne wstrzyknięcie tuberkuliny i wystarcza, aby tymczasowo zarzucić tę metodę«.

Wprawdzie w wynikłej z tego powodu polemice zarzucają zwolennicy Kocha, Köppen (131 b.) i Servaes (240 b.), że chory już miał niektóre objawy gruźlicy prosówkowej i że wstrzykiwania nie były robione ściśle wedle metody Kocha. Ale argumenty te ostatecznie przekonywającymi nie są i pozostaje w końcu wielka wątpliwość w tem znaczeniu, że ilość 0,0005 gr. T może rozniecić sprawę gruźliczą i rozsiać ją w całym ustroju.

Wspomnijmy dalej o przypadkach, opisanych przez Belę Schicka u dzieci, które mają być mniej wrażliwe na tuberkulinę od dorosłych. — U dziewczyny, liczącej 5 lat i 9 miesięcy, w stanie od 6 dni bezgorączkowym, w 5 godzin po wstrzyknięciu 0,00005 gr. T ciepłota podnosi się do 39,2° i występuje sinica. We 4 godziny potem ciepłota 40°, tętno 160, oddech 64 i wreszcie zapad. Ciepłota jeszcze przez 3 dni utrzymuje się w granicach 39,5—39,7. Drugi zupełnie podobny przypadek u dziewczyny, liczącej 12 lat 9 miesięcy, po dawce 0,001 gr. — Następnie 1 przypadek śmierci u chłopca 12-letniego, który dostał dwie dawki (0,005 i 0,01 gr. w odstępie 11 dni) i zmarł w 8 dni po drugiej dawce. Sekcya wykryła wprawdzie guz gruźliczy w mózgu wielkości orzecha laskowego. Pytanie jednak, czy tuberkulina zejścia nie przyspieszyła.

Bela Schick, przytaczając inne nieszczęśliwe przypadki, powiada: »przy wstrzykiwaniach leczniczych tuberkuliny sprawa w niektórych przypadkach niepowstrzymanie postępuje naprzód, a rozsianie prosówkowe gruźlicy nie jest niemożliwem« (231). To samo, tylko wyraźniej, już na 14 lat przed Schickiem powiedział Heubner (93).

Zestawiając te wszystkie fakty i cyfry, klinicysta, szukający jasnych i określonych wyników ze stosowania danych metod, znajduje się istotnie w bardzo trudnem położeniu.

Bezwzględni zwolennicy Kocha, Moeller, Löwenstein, Bandelier, Freymuth, Roepke itd., uważają tuberkulinę za bardzo delikatny odczyn (»feinstes Reagens«) zdolny rozstrzygnąć sprawę gruźlicy wszędzie tam, gdzie metody klinicznego badania okazują się niedostateczne. Z ich stanowiska, jako lekarzy sanatoryalnych, sprawa ta ma pierwszorzędne praktyczne znaczenie. U niektórych, jak widzieliśmy, dodatnie wyniki wstrzykiwania stanowią 100%, u innych przeszło 90%. Ostatecznie niektórzy z nich przyjmują, że tuberkulina może w 10% dać wynik błędny (brak odczynu tam, gdzie jest gruźlica). Gdyby tak zawsze było, w takim razie z prawdopodobieństwem $^9/_{10}$ przeciw $^1/_{10}$ tuberkulina powinnaby być powszechnie przyjętą jako istotne, naukowo uzasadnione kryteryum gruźlicy płuc. W takim razie szkoła Kocha powinnaby dla dobra całej ludzkości wyrobić pewne określone metody postępowania, a nie prowadzić polemik o takie zasadnicze rzeczy, jak dawki, ich rozmiar i sposób stosowania.

Ale wobec szkoły Kocha występują bardzo poważni autorzy, jak A. Fraenkel, Cornet, A. Schmidt, Meissen, Schröder i inni. Jedni z nich widzą w tuberkulinie

środek pomocniczy o wartości wcale względnej; drudzy zaś nie uznają jej roli rozpoznawczej.

Ta okoliczność, iż tuberkulina daje odczyn u ludzi dotkniętych innemi chorobami niż gruźlica lub u zdrowych żołnierzy i to w takich znacznych odsetkach; ta okoliczność, że tuberkulina może wywoływać odczyn przy ogniskach dawnych, zasklepionych, nie mających żadnego ani klinicznego, ani życiowego znaczenia; ta okoliczność, iż tuberkulina przy jednorazowej i to minimalnej dawce może wywołać poważne, a nawet niebezpieczne skutki (wprawdzie bardzo rzadko), doprowadza szereg autorów do zastrzeżeń, innych znów do zupełnego jej odrzucenia.

»Wprawdzie odczyn — powiada A. Fränkel (60) — wykrywa istnienie ogniska gruźliczego gdzieś w ustroju, ale wcale nie dowodzi, aby się ono w płucach znajdowało. Tylko w tych przypadkach, gdzie jednocześnie z odczynem ogólnym powstaje wyraźny odczyn miejscowy, np. pojawienie się rzężeń w jednym szczycie, gdzie ich pierwej nie było, zwiększa się prawdopodobieństwo w tym kierunku. Ale właśnie ukazanie się takich wyraźnych miejscowych objawów u »podejrzanych« po większej części się nie zdarza«. Cornet (39) powiada: »Odczyn dodatni po tuberkulinie nie będzie mógł w przyszłości sam przez się być rozstrzygającym i pozostanie bardzo cennem uzupełnieniem środków rozpoznawczych, pod warunkiem, aby inne objawy już na gruźlicę wskazywały«. — Röth-Schulz (210) w niedawnej bardzo cennej pracy, opierając się na bardzo wielkim materyale, gdyż dotyczącym 1,112 chorych, który zebrał w Sanatoryum w Beelitz w ciągu 3 lat, dochodzi do zupełnie analogicznego wniosku, streszczając go w następujących słowach: »Wogóle próbne wstrzykiwania nie mogą być uważane za samodzielną rozstrzygającą metodę, lecz tylko jako uzupełnienie innych sposobów rozpoznawczych«. A. Schmidt znów utrzymuje, iż ujemne wyniki próby tuberkulinowej mają większą wartość, niż dodatnie.

Obok tych bezwzględnych i względnych zwolenników tuberkuliny, znajdujemy i przeciwników, jak Meissen i Schröder. Pierwszy twierdzi, że pod względem rozpoznawczym tuberkulina »daje za dużo lub za mało« (166). Schröder (234) zaś dowodzi, że tuberkulina — dając odczyn na wszelkie ogniska, czynne lub nieczynne, w płucach lub w gruczołach — pod względem rozpoznania gruźlicy płuc wiedzie do błędnych wyników, gdyż na ich podstawie powinni być poddani leczeniu tacy chorzy, »którzy i bez leczenia nigdyby nie byli prawdziwymi chorymi«.

Osobne stanowisko zajmuje Sahli (228), który jest przeciwnikiem nie tylko dlatego, »że tak zwane próbne wstrzykiwania, zarówno przy wyniku dodatnim lub ujemnym niczego nie dowodzą« ale jeszcze, co ważniejsza, dlatego, »że przy rozpoznaniu tuberkuliną robimy to, co uważamy za niebezpieczne, t. j. przeładowujemy ustrój trucizną po to, aby oddziaływał i gdy rozpoznanie za pierwszym razem nie uda się, to dyagnosta robi 2-gie i 3-cie wstrzykiwanie z wielokrotnie zwiększoną dawką! Tak wolno postępować w medycynie zwierzęcej, lecz nie w ludzkiej«.

Zbierając to wszystko przychodzimy do wniosku, który można sformułować w kilku słowach: znaczenie rozpoznawcze tuberkuliny ze stanowiska klinicznego rozstrzygniętem nie jest.

VII.

Jeśli w próbnych wstrzykiwaniach tuberkuliny panuje tyle sprzeczności pomiędzy autorami w zasadniczych i podrzędnych zagadnieniach, to tem bardziej da się to powiedzieć o leczeniu tuberkuliną.

Przechodzimy odrazu do poszczególnych punktów. Jeśli rzucić okiem na kolumny naszych tablic, zatytułowane: rodzaj chorych, przeciwskazania, to widać, że znaczna większość uważa za nadających się do leczenia takich chorych, u których nie ma zbyt wielkiego zniszczenia w płucach, a więc takich, u których można spodziewać się poprawy, z zastrzeżeniem przytem, aby ich stan ogólny był zadawalniającym, waga prawidłowa i aby nie mieli gorączki. Skoro tych warunków nie ma, trzeba zapomocą higieniczno-dyetetycznego leczenia poprawić stan ogólny i wagę, oraz obniżyć ciepłotę [14]). Do jakiej normy tego autorowie wyraźnie nie powiadają. — U Turbana np. znajdujemy jako kryteryum 38°, u Freymutha 37,2°, ale są i tacy jak Krause (114), który stosuje tuberkulinę (BE) bez różnicy u gorączkujących i otrzymuje bardzo dodatnie wyniki. Krause kładzie nawet bardzo silny nacisk na działanie przeciwgorączkowe BE, gdyż otrzymał doskonałe wyniki w tym względzie wśród klienteli wiejskiej, żyjącej wśród najgorszych warunków higienicznych. Również dla Bandeliera (32) gorączka nie jest żadnem przeciwwskazaniem przy stosowaniu BE, o ile tylko płuca dają nadzieję polepszenia. Zgodnie z Kochem otrzymuje on zniknięcie gorączki »wywoływaniem silnych odczynów«. Ale idźmy dalej. Jak widać z tablic u wszystkich autorów spotykamy chorych w 3 okresach Turbana, tylko jeden Mitulescu (149) chorych 3-go okresu leczeniu nie poddaje. Natomiast Denys (45) w swej liczbie 442 chorych ma 47 zupełnie beznadziejnych, a Schnöller (227), zwolennik jego metody, ma przeszło 86% chorych z obustronnym zajęciem płuc i wyłącza od leczenia tylko gruźlicę prosówkową, ostro przebiegającą, oraz chorych, których odporność sprowadzoną jest do minimum. Właściwie mówiąc, u tych dwóch autorów przeciwwskazań nie ma. Tymczasem Mitulescu (150) badając w Instytucie Kocha przemianę materyi u gruźliczych dowodzi, że tuberkulina działa silnie podniecająco na komórki ustroju i że z tego powodu stosowaną być powinna tylko w początkujących okresach. »Gdzie żywotność ustroju — powiada on — jest zmniejszoną i sprawa dezasymilacyi daje się trudno zwalczyć, tam wstrzykiwania tuberkuliny mogą chorobliwy stan komórek jeszcze więcej pogorszyć«.

Jeśli wrócimy do innych objawów klinicznych, to znajdziemy sprzeczności w bardzo ważnych sprawach, jak np. krwotoki lub powikłania gruźlicy płuc w innych narządach. Jedni uważają krwotoki za wyraźne przeciwwskazanie dla tuberkuliny; drudzy tylko świeże krwotoki. Pöppelmann (189) krwotoki naczyniowe, ale nie z naczyń włoskowatych. Löwenstein i Kauffmann (139) wstrzykują tuberkulinę »pomimo powtarzających się krwotoków« (Blutsturz). Denys nie tylko nie widzi przeciwwskazania w krwotokach, lecz jest tego zdania, że jego BF jest cennym środkiem przeciw krwotokom.

Przejdźmy do powikłań. Turban (243) np. uważa, iż poza obrębem płuc, tylko powikłania gruźlicze w krtani, gruczołach i skórze nie wyłączają stosowania tuberkuliny. Tymczasem u Rosenberga (207) i Lüdkego (143) spotykamy leczenie tuberkuliną przy takich powikłaniach płuc, jak gruźlica pęcherza, stawów, ucha; u Pöppelmanna przy takich, jak zapalenie otrzewnej i opłucnej. Tu jeszcze zauważmy w sprawie wskazań i przeciwwskazań, że taki znakomity klinicysta jak Sahli, sam nie wyraża się jasno w tej sprawie. Raz zaleca jako najlepszy materyał do leczenia TBK tylko najpierwsze okresy płucne, a nawet» profilaktyków«, a później znów powiada: »Stosowałem tuberkulinę Beranecka nie tylko w gruźlicy płuc, ale i w gruźlicy błon surowiczych (opłucnej i otrzewnej), w gruźlicy krtani, dróg moczowych i nerek, jelit, skóry, gruczołów, oraz w kilku przypadkach gruźlicy chirurgicznej z dobrymi wynikami«. Wreszcie osobne w pewnym względzie miejsce

[14]) Nie podobna nie zaznaczyć, iż higieniczno-dyetetyczna metoda, usunięta przez zwolenników »swoistego« leczenia tuberkuliną na zupełnie podrzędne stanowisko, występuje na pierwszy plan, skoro chodzi o poprawę stanu ogólnego. Czemże jest ona — ta poprawa — w gruncie rzeczy, jeśli nie uwolnieniem częściowem chorego od zatrucia toksynami gruźliczemi? A więc, dla leczenia »swoistego«, którego celem jest zmniejszenie stopnia intoksykacyi ustroju, trzeba zapomocą metody higieniczno-dyetetycznej, a więc nie »swoistej« najpierw osiągnąć właśnie zmniejszenie intoksykacyi, aby później módz stosować tuberkulinę. Wypada z tego, że tuberkulina i metoda higieniczno-dyetetyczna mają jeden i ten sam cel i to samo działanie; różnica polega tylko na chronologicznym porządku.

zajmuje Roemisch (198 i 199) a z nim Amrein (7 b.). Stosują oni tuberkulinę u takich chorych, których stan, po dłuższem leczeniu klimatycznem zatrzymał się na miejscu. Znajdują się więc u nich chorzy z daleko posuniętą gruźlicą przewlekłą, u których ucichły sprawy nieżytowe okołoogniskowe, choć same ogniska są zupełnie czynne. W takich razach u ciężko chorych otrzymywali oni zupełnie zadowalniające wyniki tam, gdzie leczenie klimatyczne, choćby dłuższe, doszedłszy do pewnych granic, nadal okazało się bezsilnem.

Jeśli spojrzymy na kolumnę: rodzaj tuberkuliny, to widzimy, że większość używa T. Inni znów, jak Pöppelmann, Rosenberg używają tylko BE. Möller u różnych chorych używa jednej i drugiej. Amrein i Roemisch u jednych i tych samych chorych zaczynają leczenie od T, a kończą na BE. Goetsch (78) zaczyna od 0,00001 gr. T i jeśli dawka taka wywołuje odczyn, czyli chory niedobrze ją znosi, przerzuca się do TR, uważając ją za przygotowanie (»Vorkur«) do starej. Wówczas znów wraca do T, która tym razem w dawce 0,0001 gr. albo nawet 0,001 gr. lepiej jest znoszoną. Wreszcie Mitulescu używa rozmaitych preparatów Kocha, oraz tuberkulinę PTO Spenglera, o której osobno mówić będziemy.

Panuje, jednem słowem, zupełna dowolność w wyborze tuberkulin, choć preparaty te pod względem swego składu są tak bardzo od siebie różne. Nie widzimy, niestety, żadnej zasady, którąby się kierowali autorzy w swym wyborze.

Ponieważ: 1) człowiek w przeciwstawieniu do świnki morskiej jest bez porównania wrażliwszym na toksyny gruźlicze niż na TBC, ponieważ 2) działaniu tych złożonych toksyn — jak zaznacza Szumowski — należy przypisać cały szereg chorobowych objawów (gorączkę, poty nocne, ogólne wyniszczenie etc. etc.), które w sumie przedstawiają zatrucie całego ustroju, więc w sprawie uodporniania przeciw gruźlicy, logiczną *a priori* wydawałaby się formuła Maragliano (151). Najprzód — jako rzecz główna — zobojętnienie toksyny, sprowadzające zaburzenia w komórkach tkanek, a tem samem stwarzające grunt podatny dla rozwoju TBC; później rozwój TBC powstrzymać, wreszcie zniszczyć je. W takim razie stosując dwie tuberkuliny u tego samego chorego, wypadałoby zaczynać od T, a kończyć na TR lub BE. Ale właśnie widzimy, że autorowie postępują w odwrotnym kierunku, niczem nie uzasadniając swego sposobu postępowania. Również nie uzasadniają naukowo, dlaczego jedni stosują wyłącznie T, drudzy zaś wyłącznie BE. Jeśli wejść głębiej w treść całego mnóstwa rozpraw o tuberkulinie, to przychodzi się do wniosku, że stosowanie T lub BE lub TR jest dowolne, że dany autor rozpoczynał próby z T i po otrzymaniu zadowalniających wyników, posługuje się tylko T. Inny znów dla tych samych powodów używa tylko BE lub TR. Jedynem uzasadnieniem jest: otrzymanie *à posteriori* pewnych zadawalniających wyników u tej lub innej kategoryi chorych, w tym lub innym kierunku. Ciekawe w tym względzie są rozprawy na Zjazdach ftyzyoterapeutów niemieckich w Berlinie w 1903 i 1904 r., a także spostrzeżenia Jurgensa, zwłaszcza co się tyczy BE.

Pickert (192) np., który jest ostrożnym zwolennikiem tuberkuliny powiada, że stosował wyłącznie BE w 20 przypadkach u ciężko chorych (i to umyślnie u ciężko chorych) i otrzymał tak dobre wyniki i takie polepszenia »jakich przedtem w żaden sposób spodziewać się nie mógł«. Jurgens (102 i 103) natomiast robił z BE przedewszystkiem doświadczenia na świnkach morskich gruźliczych i zdrowych i zapomocą badań bakteryologicznych, jako też sekcyi przyszedł do wniosku »że cofnięcie się sprawy gruźliczej pod wpływem BE nigdy nie następowało, chociaż zdolność do aglutynacyi zawsze się wzmagała«. Następnie stosował BE u 20 chorych, wśród których znajdowały się sprawy posunięte, ale z nadzieją wyleczenia. Wogóle nie spostrzegał on polepszenia stanu ogólnego i dążności do wyleczenia ani w jednym przypadku. Na przebieg gorączki BE wogóle pozostawała bez wpływu. W gruźlicy posuniętej wywoływała przy małych dawkach duże zaburzenia w stanie ogólnym (duszność, wymioty) tak, że leczenie wkrótce trzeba było przerwać. Ale i w lekkich przypadkach trzeba było leczenie przerwać z powodu wyrządzonych szkód. W szczególności przytacza on przypadki silnego obrzmienia wątroby i śledziony, z wymiotami, żółtaczką, dalej zapalenia krwotocznego nerek, które trwało 2 miesiące, a białko pozostawało jeszcze dłuższy czas, albo powstanie wrzodu na korzeniu języka, z którego szczepienie wywołało wyraźną gruźlicę u zwierząt. Przychodzi więc wobec tych wszystkich danych do wniosku, że obowiązkiem lekarza jest powstrzymać się od leczniczego stosowania BE wedle przepisów Kocha. Na punkcie zjawiska aglutynacyi również zupełnie różni się od Kocha. Wprawdzie przy dłuższem leczeniu i przy większych dawkach siła aglutynacyi wszędzie wyraźnie wzrastała, ale równolegle z tem, bez powstawania ciał ochronnych, sprawa gruźlicza postępuje naprzód. A ma to — zdaniem Jurgensa — miejsce z tej racyi, że aglutynacya jest odczynem ustroju na wchłanianie ciał laseczników lub preparatów tuberkuliny.

Kremser również zaniechał stosowania BE, gdyż przy bardzo ostrożnem dawkowaniu spostrzegał zanadto wysokie gorączki odczynowe przy silnych zaburzeniach ogólnego stanu, czego nie spotykał przy T (133). Rumpf (196) spostrzegał 8 dni trwającą gorączkę około 40^0 przy stosowaniu BE, którą dla tych samych powodów zarzucił. Roepke mówi znów o zbyt silnych naciekach w następstwie wstrzykiwania BE. Wreszcie Neugershausen (167) spostrzegał w miejscu wstrzyknięcia ropnie gruźlicze; w ropie zaś zostały wykazane drobnowidowo laseczniki Kocha.

Zbaczając cokolwiek, zauważmy z tego powodu, że podobne zjawisko wedle Maragliano (151 i 152) jest pożądanem, gdyż przez »szczepienie« materyału gruźliczego wywołuje on celowo miejscowe ropnie, mając na widoku uodpornienie całego ustroju przeciw gruźlicy. Nie jest naszem zadaniem wchodzić w szczegóły doświadczeń Maragliano, i całej jego teoryi leczenia gruźlicy przez uodpornienie bierne zapomocą surowicy zwierząt szczepionych TBC. Chcemy tylko zauważyć, że doświadczenia jego zostały stwierdzone na świnkach morskich przez Frenkla i Bronsteina (67). Tymczasem Karwacki (136) dochodzi do innego wniosku, a mianowicie, że surowica taka wywołuje wprawdzie w ustroju bakteryolizę laseczników, ale nie chroni go przed intoksykacyą proteinową i wpływa niepomyślnie na rozwijającą się gruźlicę. Nic więc dziwnego, że wobec sprzecznych wyników, metoda Maragliano, — poza obrębem szkoły Genueńskiej — nie znalazła, o ile nam wiadomo, szerszego zastosowania, pomimo zarzęczeń jej twórcy, że będzie szczepił człowieka przeciw gruźlicy tak samo, jak przeciw ospie i że ma takie duże ilości wyleczeń, że trudno je objąć statystyką. Tu można przytoczyć bardzo trafne słowa Sokołowskiego: »Sprawa ta, wysoce doniosła z punktu widzenia naukowego, nie może mieć obecnie praktycznego znaczenia, poglądy bowiem i dane Maragliano podlegają dziś jeszcze licznym wątpliwościom« (251) (str. 658).

Wracając do BE, zaznaczyć winniśmy, iż wobec wspomnianych wyników, przez niewielu tylko zwolenntków Kocha jest stosowaną. Oprócz wyżej wspomnianych, szkodliwemi są wyniki BE dla innego jeszcze powodu, na który zwraca uwagę Kremser, a mianowicie: przy najdoskonalszem roztarciu laseczników, resztki ciał laseczników ilościowo nierównomiernie znajdują się w zawiesinie. Więc jednakowe dawki BE mogą wywoływać wielce różne toksyczne działanie, z tem zaś związana niepewność i nieobliczalność tego działania.

Zatrzymaliśmy się z rozmysłem dłużej nad BE, gdyż ostatniemi czasy przez niektórych zwolenników Kocha gorąco jest polecaną.

Zaznaczmy w związku ze stosowaniem BE, że próby stosowania TR były w swoim czasie robione u nas. Po otrzymanych niepomyślnych wynikach, TR została przez naszych klinicystów zarzucona. W. Jeż (109), L. Nencki (177), Wł. Mączewski, A. Łogucki i M. Jakowski (110), spostrzegali podniesienia ciepłoty do 40,5^0, pogorszenie stanu ogólnego i płuc oraz krtani. Nadto badanie drobnowidowe TR wykryło obecność w niej dwoinek zapalenia płuc, gronkowców i paciorkowców — zapewne wskutek zanieczyszczenia samego preparatu — które się pięknie dały hodować na agarze glicerynowym. Z tych więc przyczyn pomienieni autorowie odstąpili od dalszego stosowania TR. Z zestawienia tych wszystkich cyfr, faktów i rozpraw autorów niech sam czytelnik wyciągnie odpowiednie wnioski.

Jeśli przejdziemy do dawkowania, to tutaj można widzieć dwie grupy: starych zwolenników Kocha i zwolenników metody Goetscha, od którego datuje nowy zwrot w stosowaniu tuberkuliny Kocha[15]). Zasady swe streszcza Goetsch w następujących punktach: 1) zaczynać od małych dawek 0,0001 gr. albo 0,00001 gr., więc od dawek o 10 - 100 razy mniejszych, niż zmniejszone już dawki Kocha; 2) podwyższać o te same dawki, pod warunkiem, aby poprzednia dawka nie wywoływała najmniejszego podniesienia się ciepłoty; 3) prowadzić całe leczenie bez podniesienia ciepłoty; 4) nie zaczynać leczenia u gorączkujących. Zasady takiego leczenia były wprowadzone w praktykę przed Goetschem przez Sahliego. W pracy swej powiada Sahli, że jego doświadczenia kliniczne naprowadziły go na drogę leczenia tuberkuliną bez żadnych odczynów już przed Goetschem. Szkoda wielka, że tej miary klinicysta, co Sahli, nie ogłosił wcześniej swych wyników, gdyż ze względu na powagę jego imienia, nowa metoda leczenia, mogłaby była wyrobić sobie prawo obywatelstwa w świecie lekarskim.

Starzy zwolennicy Kocha pod wpływem Goetscha zmniejszyli początkowo dawki tak, że zaczynają od 0,0001 gr. średnio. Natomiast niektórzy, jak Hammer, Denys poszli dalej w kierunku Goetscha i zaczynają od dawek 10 i 100 razy mniejszych, niż Goetsch, a mianowicie od $^1/_{10.000.000}$ gr. lub $^1/_{5.000.000}$ gr. substancyi czynnej T lub BF. Ale między szkołą Kocha i Goetscha-Sahliego panuje dalej ogromna różnica w zwiększaniu dawek i w sposobie postępowania. Gdy zwolennicy Goetscha-Sahliego powiększają dawki stopniowo, zazwyczaj o tę samą dawkę, gdy przy najmniejszym odczynie nie podnoszą ich, lecz zmniejszają, gdy całe leczenie powinno odbywać się w granicach ciepłoty prawidłowej, zwolennicy Kocha postępują wręcz przeciwnie. Moeller (156 i 157) n. p. zwiększa dawki o $^5/_{10}$ — 1 milgr. po pierwszem podniesieniu ciepłoty; a gdy wrażliwość na tuberkulinę tym sposobem zostaje zwalczona, szybko podnosi następujące dawki o 6 — 10 — 20 — 40 — 60 mlgr. i t. d. Tak samo postępuje Petruschky, Bandelier i inni[16]).

VIII.

Jednem słowem panuje duża sprzeczność w tych zagadnieniach, mających nietylko pierwszorzędne teoretyczne, ale jednocześnie praktyczne, a raczej kliniczne znaczenie. Mniejsza o to, gdyby to był tylko spór o oderwane teorye. Ale tu chodzi o skutki postępowania, opartego na zasadach niewyraźnych i sprzecznych, a skutki te przedewszystkiem odbijają się na chorych.

Zwolennicy Kocha, jak dawniej wspominaliśmy, powołują się na dziesiątki tysięcy wstrzykiwań, przy których nie spostrzegali ani jednej szkody, wyrządzonej choremu. Z punktu widzenia klinicznego wyniki takie byłyby wielce zachęcające dla stosowania swoistego leczenia w gruźlicy. Niestety, inni klinicyści, których nie ma racyi obdarzać mniejszem zaufaniem, niż zwolenników Kocha, w innem świetle skutki tuberkuliny przedstawiają.

Przejdźmy do faktów.

Lüdke (143) n. p. zaczyna leczenie od 0,00001 — 0,0005 gr. T, a więc od dawek tylko 5 — 10 razy mniejszych, nić Möller, Bandelier etc. Zaznacza on powstawanie świeżych nacieków w płucach i krtani, pogorszenie i rozszerzenie dawnych; powstanie nowych zapaleń opłucny, 3 razy krwotoki, tygodniami trwające pogorszenie stanu ogólnego, wreszcie jeden zapad grożący zejściem śmiertelnem, jak za dawnej ery Kochowskiej! Rosenberg (207) wspomina o dreszczach, wymiotach i gorączce do 39,2^0 i o ciężkim krwotoku. Amrein wspomina o napadach duszności.

Tutaj mówimy o autorach umieszczonych w tablicach. Przejdźmy do innych.

Kurrer (113) wspomina o następującym wypadku dotyczącym 20 letniego silnego, młodego człowieka, pochodzącego ze zdrowej rodziny i mającego na dole lewego płuca z tyłu lekkie stłumienie szerokości dłoni z pojedyńczemi grubobańkowemi rzężeniami. W końcu r. 1903 czuje się chory ten tak dobrze, w takim stanie polepszenia, że od stycznia 1904 roku zarzucił leczenie. Ciepłota prawidłowa. 30. I. 1904 I śródżylne wstrzyknięcie TR, w dawce 0,0004 milgr. Ciepłota podnosi się 31. I. 1904 do 39,3^0 Ale 1. II. 1904 »stan był tak dobry, że chory sam przychodzi do Stuttgartu dla drugiego wstrzyknięcia«. Ta sama dawka. Wkrótce potem ciepłota podnosi się 38,5^0. 2. II. 1904 popołudniu »silne poty, utrata przytomności z kurczami (tonicznymi) i drgawkami, a o g. 7$^1/_2$ wieczorem tegoż dnia śmierć«. »Nie ulega wątpliwości — powiada autor — że śmierć, młodego, silnego, lekko gruźliczego i dotąd zdolnego do pracy młodego człowieka nastąpiła wskutek nadmiernego odczynu po wstrzyknięciu tuberkuliny«. Adler w krytycznym rozbiorze tego wypadku przypisuje winę lekarzowi dlatego: 1) że zrobił odrazu wstrzyknięcie śródżylne, 2) że zaczął od dawki 0,0004 mlgr. zamiast od 0,00025 mlgr. Ale na krytykę tę można odpowiedzieć, że Koch sam zaleca wstrzykiwania śródżylne BE, wprawdzie nie na początku leczenia, lecz gdy aglutynacya się zmniejsza. Następnie, stan chorego na 3 dzień po 1-em wstrzyknięciu był bezgorączkowy i zupełnie zadawalniający. Więc druga dawka 0,0004 milgr. była, stosownie do wskazówek Kocha, nawet za małą. Koch, jak wiadomo, zaleca szybkie podnoszenie dawek, 2 i 5 razy w 1 - 2 dniowych odstępach.

Krytyka Adlera nie jest więc zupełnie uzasadnioną. Czyż nie logiczniej byłoby przypisywać winę nie lekarzowi, lecz samemu preparatowi, skoro wiemy, że może wywoływać ropnie, w których się znajdują laseczniki i że działanie toksyczne jego dla względów wyżej opisanych jest nieobliczalne. Krapf (112) cytuje także wypadek u 23-letniej dziewczyny, która we 2$^1/_2$ miesiąca po rozpoczęciu leczenia BE umarła na ostrą gruźlicę prosówkową i to po 5 dniach choroby. Dawki nie są podane. Pöppelmann (189), jak wiadomo zwolennik BE, wspomina znów o gruźlicy prosówkowej, jako skutku leczenia T, i to przy dawkowaniu bardzo ostrożnem. Aufrecht (1) wspomina o 6 chorych z wysoką gorączką (u 5 gruźlica płuc, a u jednego gruźlica otrzewnej), którzy od tuberkuliny doznali wielkiego polepszenia, ale u kilku pojawił się nawrót, jeden zaś zmarł. Bliższe szczegóły nie podane.

Weischer (251 b) przytacza ciekawy przypadek do-

[15]) W dawkowaniu BE lub TR różnic nie ma pomiedzy autorami.

[16]) Tutaj pragnęlibyśmy zwrócić uwagę na próby Freymutha (53) podawania T wewnętrznie, poprzedzając ją podaniem sody, w dawkach znacznie większych, niż podskórnie (początkowo 5 — 10 mlgr.) W szczegóły wchodzić nie będziemy, odsyłając do źródła. Zaznaczymy tylko, że Freymuth otrzymał dodatnie wyniki i uważa, że ten sposób stosowania dla wielu względów jest praktyczny, a także służy za wskazówkę, o ile dany chory będzie dobrze znosił wstrzykiwania podskórne. Ale Löwenstein (140) i Köhler (130) powtórzyli próby Freymutha i doszli do zupełnie innych wyników. U Löwensteina 7 chorych wcale nie oddziaływało, gdy w 14 dni potem oddziaływali na 2 lub 3 dawkę podskórną po $^2/_{10}$ milgr. Köhler robił próby u 33 chorych i doszedł do wyników bardzo ujemnych (patrz tablica III).

tyczący 23-letniego robotnika, nad którym trochę bliżej się zatrzymamy. Robotnik ten czuje się zupełnie zdrowym, choć od dwóch miesięcy kaszle i pluje (TBC nie ma) i wykazuje zmiany co najwyżej II okresu Turbana. Waga 71,6 kgr. Po 14 dniach spostrzegania wydaje się zupełnie odpowiednim do leczenia tuberkuliną. Pierwsza dawka T wynosi 0,0005 gr. i nie wywołuje żadnego odczynu, więc co 8 dni Weischer powtarza ją. Chory czuje się lepiej, stan płuc poprawia się, waga zwiększa się o 7 kg. Piąta i szósta dawka 0,001 gr. w 8-dniowym odstępie, oraz siódma wynosząca 0,002 gr. w takimże odstępie, nie wywołuje również odczynu. Ale ósma 0,002 gr. także w 8-dniowym odstępie wywołuje z początku wzniesienie ciepłoty do 37.6°, oraz ogólny odczyn, przytem opuchnięcie i bolesność wyraźną gruczołu szyjnego, oraz zaostrzenie dawnego suchego zapalenia opłucnej, którego chory dawno już nie odczuwał. W kilka dni potem ciepłota dochodzi do 39° i tworzy się wysięk, — przy ciepłocie 39° trwającej 14 dni — który sięga aż do grzebienia łopatki. Autor wnosi: »powinniśmy przyjąć z prawdopodobieństwem, graniczącem z pewnością, że wina tu spada na tuberkulinę«. Taki szereg nieszczęśliwych przypadków ma w każdym razie swe przyczyny i każe głęboko się zastanowić nad działaniem tuberkuliny.

Z drugiej strony, należy dać odpowiednie miejsce szeregowi przypadków wręcz przeciwnych, w których pomyślny przebieg autorowie prawie wyłącznie lub tylko wyłącznie działaniu tuberkuliny przypisują.

Nurney uważa T, stosowaną przez czas dłuższy z przerwami tygodniowemi, lub miesięcznemi za wysoce cenny środek pomocniczy »przy ciężkiej chirurgicznej gruźlicy«. Jessler miał dobre wyniki w gruźlicy kości. Holdheim (87) na Zjeździe niem. lek. i przyr. we Wrocławiu 1904 przytacza przypadek gruźlicy płuc w III okresie z bardzo pomyślnym wynikiem po 4-miesięcznem leczeniu T z przybytkiem 7 kgr. na wadze i zupełną utratą laseczników już po 2 miesiącach leczenia. Rudolph (200) wspomina o 5 chorych z posuniętą gruźlicą płuc, którzy przy leczeniu tuberkuliną »etapami« w połączeniu z preparatami wapna, doznali takiej poprawy »jakiej dotąd nigdy nie widział«. Rosenfeld (208 b) cytuje dwa przypadki wyleczenia zapomocą T, a mianowicie: 1) gruźlica płuc i krtani, 2) ciężka gruźlica narządu moczowo-płciowego. Roepke (203) w obszernej pracy, dotyczącej leczenia gruźlicy płuc i krtani wywodzi, że tuberkulina w połączeniu z metodą higieniczno-dyetetyczną daje bardzo pomyślne wyniki przy lekkiej gruźlicy płuc i lekkiej gruźlicy krtani, jak również przy ciężkiej gruźlicy płucnej i lekkiej krtaniowej. Nadto, otrzymywał on wyniki zadawalniające przy lekkiej gruźlicy płuc, powikłanej średnio ciężką lub bardzo ciężką postacią krtaniową. Przytacza on przypadek bardzo ciekawy, gdzie przy owrzodzeniach i naciekach krtani, jednem słowem daleko posuniętej gruźlicy krtani leczenie higieniczne i miejscowe było zupełnie bezskuteczne w ciągu 3 tygodni, a nawet nastąpiło pogorszenie w stanie ogólnym i w krtani. Wówczas stosuje T, dochodząc w ciągu $3^1/_2$ miesięcy do maksymalnej dawki 1 gr.; następuje ogromne polepszenie w krtani. We 3 miesiące potem w ciągu 4 tygodni, powtórne leczenie także z T. Następuje wyleczenie zupełne. Głos czysty i donośny. Wyleczenie takie utrzymuje się w ciągu 2 lat.

Keersmaecker (131) przytacza 12 przypadków gruźlicy pęcherza, leczonych BF, wedle metody Denysa i otrzymuje 5 zupełnych wyleczeń i 5 znacznych polepszeń, gdy tymczasem leczenie klasyczne (miejscowe pęcherza przy stosowaniu środków przeciwgnilnych wewnętrznych: jak salol i urotropina) nie dało pomyślnych wyników. Czas trwania leczenia wynosił od 2 do 24 miesięcy. Wyniki trwałe istnieją od 2—3 miesięcy do 12 miesięcy.

Jednym z bardzo ciekawych pod względem kazuistycznym przypadków, jaki w dostępnem mi piśmiennictwie spotkałem, jest podany przez Lewinsona (145). 21-letni młody człowiek z posuniętą gruźlicą obu płuc i licznemi TBC w plwocinie, z gruźlicą krtani i jelit, przy ciepłocie 39° i wyżej, wychudzony wskutek upartej biegunki, po 6 tygodniach leżenia w łóżku, odpowiedniem dyetetycznem odżywianiu i lekarstwianem leczeniu bez żadnego skutku poddany zostaje leczeniu tuberkuliną. Skutki następujące: ciepłota spada do 37,6°, biegunka ustaje (1—2 prawidłowe stolce dziennie), kaszel i wydzielina zmniejszają się, waga powiększa się w ciągu 6 tygodni o $3^1/_2$ kgr. Stan taki trwa już 10—11 miesięcy od chwili rozpoczęcia leczenia tuberkuliną.

Jeszcze ciekawszy, niż poprzedni, jest następujący nader rzadki przypadek wyleczenia, którego krótki opis tak się przedstawia: Młoda dziewczyna, pacyentka Dra Rollier (208) (Leysin), dotknięta od 8 lat gruźlicą obu szczytów i podstawy prawego płuca. W październiku 1905 raptem pokazują się klasyczne objawy zapalenia gruźliczego opon; w ślad za tem zapalenie okostnej mostka i żeber, a dalej gruźlicze zapalenie otrzewnej z obrzmieniem gruczołów krezkowych i gruźlica kątnicy. Ciepłota dochodzi do 40—41°. Wobec utraty wszelkiej nadziei Rollier zaczyna stosować TBK (tub. Beranecka) w dużych dawkach, począwszy od $^7/_{10}$ cc. A (czyli + $^1/_{11150}$ gr.). Po 6. wstrzyknięciu ciepłota spadła o 1°, a po 10 dniach stała się prawidłową, objawy zaś zapalenia opon stopniowo ustępowały. Robiono wówczas aż po 3 wstrzykiwania dziennie $^1/_2$—1 c. sz. A (czyli $^1/_{15600}$—$^1/_{1780}$ gr.). Autor tak kończy: »Po 3 miesiącach zaciętej walki, podczas której tuberkulina była wstrzykiwana codziennie, chora mogła być uważana za wyratowaną. Obecnie (czerwiec 1907 r.) wróciła do swych zajęć. Stan ogólny wyborny. Płuca na dobrej drodze zabliźnienia. Z zapalenia okostnej nie pozostało ani śladu. W jamie brzusznej odporność przy lekkiej bolesności w okolicy kątnicy«. Przypadek ten wydaje się opowiadaniem, wziętem z »Tysiąca i jednej nocy«, a jednak znana mi osoba Dr Rollier nie pozostawia żadnych wątpliwości co do jego prawdziwości.

Na zakończenie tej pomyślnej kazuistyki, dotyczącej płuc, oraz powikłań w innych narządach, należy wspomnieć o stosowaniu tuberkuliny w dwóch specyalnych postaciach gruźlicy, a mianowicie: w gruźlicy skóry i oczu. Za uchyleniem się od głównego naszego przedmiotu, od płuc, przemawia przedewszystkiem bezstronność. Skoro poświęciliśmy tyle miejsca ujemnemu działaniu tuberkuliny, nie wolno zamilczeć o dodatniem, tembardziej, że w gruźlicy skóry i oczu dodatnie to działanie jest pod względem klinicznym wyraźne i poprostu namacalne. Tym sposobem obraz kliniczny stosowania tuberkuliny nie pozostawia luk.

W toczniu skóry bardzo dobre wyniki otrzymywali nawet francuzcy lekarze, wogóle bardzo niechętni dla tuberkuliny [17]). Darier (42) n. p. w niektórych przypadkach otrzymywał zupełne wyleczenie zapomocą T. Brocq miał polepszenia, ale i znaczne pogorszenia. Jeszcze lepsze wyniki u niemieckich dermatologów. Pielicke (188) przytacza przypadek tocznia policzków i nosa, który po 4 latach bezskutecznego leczenia skrobaniem i metodą Finsena, doznał szybkiego i znacznego polepszenia pod wpływem z początku T, a później TR. Senator (188) wspomina o drugim przypadku tocznia, który po 14 latach bezskutecznego leczenia u różnych specyalistów został zupełnie i trwale wyleczony zapomocą T. Bandelier (31) opisuje szczegółowo dwa bardzo rzadkie przypadki. 1) 21-letnia dziewczyna, dotknięta zamkniętą gruźlicą obu płuc w II. okresie, ma jednocześnie tocznia z owrzodzeniem na obu policzkach, który sięga poza uszy i obejmuje skrzydła nosa. Początek jego datuje się od pierwszych lat dzieciństwa. Chora przez ostatnie $1^1/_2$ roku leczyła się sposobem Finsena bez żadnego skutku. Po 6 miesiącach leczenia PTO wynik był następujący: Jak najlepszy stan ogólny, kwitnące wyglądanie, zaciągnięcie się prawego szczytu, lewe płuco

[17]) Dowodem zaś tej niechęci ta okoliczność, iż na Zjeździe w Paryżu 1905 r. francuzcy lekarze w licznych referatach o leczeniu tocznia (światłem, radem, promieniami X i t. d.) nic nie mówią o tuberkulinie, oprócz Hallopeau, który przypominając ciężkie i śmiertelne przypadki z epoki 1890/91, stanowczo ją odrzuca.

prawidłowe. »Wyleczone wszędzie powierzchnie tocznia są częściowo jeszcze zaczerwienione, ale pokryte nabłonkiem«. 2) B. K., 18-letni, z gruźlicą płuc w I okresie, ciężką gruźlicą krtani i tocznicm na nosie. Wyleczenie zapomocą BE w ciągu 6 miesięcy (32).

W niedawnej obszernej monografii Alexandra (5) spotykamy na podstawie własnego doświadczenia autora, jakoteż całego szeregu spostrzeżeń innych dermatologów zdanie o TR, że nietylko jest bezwzględnie pewnym rozpoznawczym środkiem dla tocznia skóry, ale daje w rozmaitych postaciach gruźlicy skóry bardzo pomyślne wyniki lecznicze.

Ostatnimi czasy tuberkulina znajduje coraz częstsze zastosowanie w gruźlicy oczu. U nas prof. B. Wicherkiewicz stosował ją z niezłym względnie skutkiem przy gruźlicy rozmaitych części oka już przed kilkunastu laty w swej klinice w Poznaniu (komunikat listowny).

Schöler (212) na posiedzeniu berlińskiego Towarz. Oftal. 19. V. 1904, dając przegląd literatury powszechnej, mówi o 48 przypadkach *(scleritis, iritis, chorioiditis, keratitis* i t. d.), leczonych z dobrym skutkiem tuberkuliną.

Hippel (88) na zjeździe Tow. Oftal. w Heidelbergu 3—5. VIII. 1905 mówi o 14 ciężkich przypadkach gruźlicy oka *(scleritis, iritis, chorioiditis, keratitis* itd.), z których w 7 kompletne wyleczenie, 4 względne wyleczenia, 1 wynik ujemny *(conjunctivitis tbc.)*. Przyczem stan ogólny polepsza się, waga się zwiększa. Dawniej stosował T, obecnie stosuje TR; czas trwania leczenia 4—6 miesięcy; początkowa dawka $^1/_{500}$ milgr. substancyi czynnej. Unikanie odczynu. Tenże autor na posiedzeniu Tow. Oftal. w Getyndze 4. II. 1904 zaznacza, że w przypadkach, gdzie wszelkie środki pozostały bez skutku, TR dała wyniki, pozwalające uniknąć wyłuszczenia oka. Na 23 przypadki przytacza 10 z trwałem wyleczeniem, trwającem w pięciu poszczególnych przypadkach 3, 4, 5, 7 i $9^1/_2$ lat. Zachęcony wynikami Hippela Stargard (226) (Kiel) wspomina o 4 ciężkich przypadkach *(keratitis parench.* i *chorioretinitis)* leczonych w ciągu $2^1/_2$ miesięcy T »z zupełnie zadawalniającymi wynikami«. Axenfeld (2) (Freiburg), również za przykładem Hippela otrzymuje dobre wyniki i powiada, że przy dłuższem leczeniu pożytek tuberkuliny w wielu wypadkach nie ulega wątpliwości. Jacoby (104) (Mediz. Sektion der schlesischen Gesellsch. f. Vaterl. Kultur, Breslau 10. II. 1905) mówi również o zupełnem wyleczeniu ciężkiej gruźlicy oka (zapalenie tęczówki i znaczne zmętnienie ciała szklistego) przy polepszeniu stanu ogólnego i przybytku na wadze. Bennert (16) (Hamburg) mówi o 8-letnim chłopcu, dotkniętym przy gorączce ogólną gruźlicą gruczołów (liczne podskórne, ruchome guzy gruczołowe) z powiększeniem śledziony, gdzie wszelkie leczenie było bezskutecznem. Do tego dołącza się gruźlica oka *(iritis)*. Stosuje przez kilka miesięcy TR, dochodząc do 1 milgr. »Skutki świetne, oko wyleczone z małemi pozostałościami, gruczoły prawie wszystkie znikły, śledziona niewyczuwalna. Waga zwiększyła się przeszło o 4 kg.« Bardzo niedawno opisał Erdmann (51) ciężki przypadek zapalenia tęczówki, ciałka rzęskowego i rogówki u 20-letniej dziewczyny, dotkniętej nadto od dzieciństwa gruźlicą kości. Choroba oczów, odporna na zwykłe środki, została wyleczona zapomocą BE. Wyleczenie trwa od 6 miesięcy.

IX.

Jako ogólny wynik tej całej rozprawy zjawia się pytanie, jakie są ostateczne skutki leczenia tuberkuliną w świetle liczb? Zwolennicy Kocha powołują się na statystykę, jako na jeden z bardzo poważnych argumentów wyższości swoistego leczenia nad zwykłą metodą higieniczno-dyetyczną. Otóż sprawę tę wcale nie łatwo rozstrzygnąć. Przedewszystkiem w samem pojęciu wyleczenia zachodzą znaczne różnice wśród najbardziej doświadczonych klinicystów.

Przed kilkoma laty w broszurze naszej »O sanatoryach« różnice te podkreśliliśmy. Tu pozwolimy sobie je przypomnieć. Brehmer widzi »wyleczenie« w ustąpieniu wszelkich miejscowych objawów w płucach, zniknięciu TBC i włókien sprężystych. Turban i Wolff (Reiboldsgrün) unikają słowa »wyleczenie« i uważają, że pojęciu temu odpowiada odzyskanie zdolności do pracy przy poprawie stanu płuc. Francuscy lekarze używają terminu »guérison apparente« i »polepszenie«, a między nimi Daremberg uważa za wyleczonego takiego suchotnika, który w ciągu 10 lat jest zdolnym do pracy i przez ten czas niema ani jednego krwioplucia ani napadu gorączki, któreby można przypisać zaostrzeniu się sprawy gruźliczej, ani jednej plwociny z TBC. Wreszcie odzywają się takie i to liczne głosy, jak Petruschkyego, że zupełnego wyleczenia można dowieść tylko na stole sekcyjnym.

Ale niezależnie od tych różnic w zapatrywaniach zachodzą jeszcze i inne różnice w poglądach w sprawie wyleczenia, a mianowicie: wyleczenie ze stanowiska czystolekarskiego i wyleczenie, jako zdolność do pracy, przyjęta przez Urząd Zdrowia w Berlinie dla Sanatoryów ludowych, będących pod opieką Zakładów dla Ubezpieczeń. Na tym punkcie zachodzi np. różnica między takimi doświadczonymi sanatoryalistami, jak Schröder i Weicker. Pierwszy (238) z nich w rubryce »względne wyleczenie« (Sanatoryum Schömberg) za rok 1905 podaje 46,9%, gdy w rubryce »zupełna zdolność do pracy« tylko 31,2%. Drugi (249) znów uważa, że chorzy przez niego wyleczeni w Sanatoryum w Görbersdorfie i wniesieni do rubryki »Dauererfolge« przedstawiają daleko większą gwarancyę wyleczenia, niż chorzy, wniesieni z różnych sanatoryów ludowych przez Urząd Zdrowia także do rubryki »Dauererfolge«, ale pod którą Urząd Zdrowia rozumie »zdolność do pracy«. Więc niema stałej miary dla oceny samego pojęcia wyleczenia.

Nadto w sprawie tej zachodzi i ta trudność, że materyał kliniczny — jak widzimy w tablicach — leczony tuberkuliną, przedstawia się bardzo niejednolicie, więc jakże zestawić go statystycznie z materyałem, leczonym wyłącznie metodą higieniczno-dyetetyczną, również bardzo niejednolitym.

Wreszcie, pomimo istnienia tuberkuliny już od lat 17, ilość chorych, leczonych »swoiście«, jest względnie nieznaczna, a statystyczne wnioski wtedy są najbardziej do prawdy zbliżone, gdy się opierają na dużych liczbach.

Te wszystkie względy doprowadzają nas do wniosku, że dowieść statystycznie wyższości tuberkuliny nad metodą higieniczno-dyetetyczną ściśle niepodobna. Można tylko z cyfr wyprowadzić ostrożnie przypuszczenia, te zaś wcale nie mogą potwierdzić śmiałych wniosków zwolenników Kocha. Jeśli wrócimy do tablic, to na bliższą uwagę mogą zasługiwać tylko cyfry Moellera, Turbana, Goetscha, Denysa i Schnöllera, przedstawiające niejako trwałe wyniki za kilkoletni okres czasu.

Największe odsetki widzimy u Turbana za okres 1—7 lat, a mianowicie 51,7% trwałych wyleczeń, ale cyfra ta przewyższa tylko o 4,7% wyniki trwałe w jego zakładzie bez tuberkuliny, więc jest zbyt mała, aby służyć za dowód wyższości swoistego leczenia. Również nie może w danym razie dawać miary cyfra wyleczeń 30,1% u Moellera za okres 3 lat, gdyż jest znacznie niższa od cyfry Turbana. Ale nawet, jeśli weźmiemy pod uwagę cyfrę trwałych wyleczeń: 30,1% u Moellera, 43,6% u Denysa za okres 5 lat, lub 44,4% za okres 3—5 lat Humberta (95) (chorzy leczeni TBC[18]) i 51,7% u Turbana,

[18])

Okresy gruźlicy płuc	Ilość chorych	Wyleczenie widoczne (guerison apparente)	Wyleczenie	Zejście	Bez wieści
I.	7	6	—	1	—
II.	17	9	3	4	1
III.	12	2	—	8	3
Suma	36	16	3	13	4

to możemy im przeciwstawić cyfrę trwałego wyleczenia przy trwałej zdolności do pracy bez tuberkuliny z Sanatoryum ludowego Bazylejskiego w Davos Dorf, (40) która po 5 latach (1900—1904 włącznie), i to dla ludności pracującej, wynosi 52,9%. Pozostaje jedynie cyfra Goetscha, czyli 71% trwałych wyleczeń za okres 6 lat. Ta istotnie jest wyższa od wszelkich innych podobnych. Ponieważ jednak opiera się na niewielkim materyale 175 chorych, więc za decydujący argument uważaną być nie może. Ale w zestawieniach statystycznych zwolennicy swoistego leczenia powołują się jeszcze na ogół dodatnich wyników, do których oprócz trwałych wyleczeń włączają, jak np. Denys, »quasi wyleczenie« «znaczna poprawa«, »poprawa«, lub jak np. Moeller i Schnöller »znaczne polepszenie« i »polepszenie«. Tym sposobem wypadnie razem cyfra dodatnich wyników w odsetkach: u Denysa 70,8%, u Schnöllera 88,2%, u Moellera 94,9%. Cyfrom tym jednak można przeciwstawić cyfrę Meissena (bez tuberkuliny): 75% dodatnich wyników na 300 chorych i to przy materyale znacznie gorszym — jak sam dodaje — niż Schnöllera, gdyż w takim razie cyfra jego wyniosłaby 89%. Moglibyśmy także przytoczyć cyfrę dodatnich wyników Schrödera (bez tuberkuliny) 90,2% na 262 chorych, ale dodać trzeba, że dotyczy tylko jednego roku (1905).

Wreszcie moglibyśmy się powołać na dawniejsze bardzo wielkie cyfry, bo dotyczące przeszło 20000 chorych (patrz pracę moją »O Sanatoryach«, str. 240 Prace Sekcyi Gruźliczej IX Zjazdu w r. 1900), gdzie dodatnie wyniki wynoszą 70%—90%. Dotyczą one okresów czasu od 1—25 lat (statystyka Römplera z Görbersdorfu i Hessego z Falkensteinu za okres 25-letni).

Taki duży materyał jest więc daleko bardziej znaczącym pod względem statystycznym, niż cyfra nie wiele większa nad jakie parę tysięcy chorych, stanowiąca sumę cyfr, podanych przez zwolenników tuberkuliny. Ostatecznie więc ich argumenty cyfrowe nie są wystarczające.

W końcu chcielibyśmy wspomnieć o wynikach statystycznych Petruschkyego, (184) gdyż na niego zwolennicy tuberkuliny często się powołują.

Otóż ogłoszone przez niego wyniki w 1904 r. dotyczące 92 chorych ściśle spostrzeganych w ciągu 10 lat, t. j. od 1893 r., tak się przedstawiają:

	38 ciężkich z TBC	wyleczonych 15	(40%)
		zmarło 23	(60%)
	54 lekkich bez TBC	wyleczenie	100%
razem	92	wyleczenie	75%
		śmierci	25%

Otóż tej cząstkowej statystyce możemy przeciwstawić ogłoszoną przez Meissena (164) w 1903 r., a mianowicie: na 248 leczonych bez tuberkuliny i wypuszczonych ze znaczną poprawą w ciągu 3—11 lat pozostają od chwili wyjścia z Sanatoryum (Hohenhonnef)

208 czyli 84% zdrowi i zdolni do pracy
31 czyli 12,5% polepszenia
9 czyli 3,5% śmierci.

W wyniku tych wszystkich zestawień cyfrowych, możemy powiedzieć, iż statystyka zwolenników tuberkuliny nie dowodzi wyższości ich »swoistej« metody nad zwykłą higieniczno-dyetetyczną, stosowaną bez pomocy wszelkich »swoistych środków«.

X.

Przedstawiliśmy szeregi faktów i cyfr z dziedziny leczenia gruźlicy ludzkiej tuberkuliną, a raczej tuberkulinami. Wykazaliśmy, jak znaczne różnice zachodzą między autorami, zarówno w zasadniczych, jak i podrzędnych punktach w całej tej sprawie. Przytoczyliśmy wreszcie cyfry, które każą powątpiewać o specyalnej skuteczności »swoistego« leczenia w porównaniu ze znaną metodą higieniczno-dyetetyczną. Do tej pory jednak mówiliśmy ciągle o rozmaitych szczegółach leczenia, znajdowaliśmy się, że tak rzec można, *in medias res* sprawy. Pozostaje jeszcze: jej początek i koniec. Skoro bowiem leczenie »swoiste« ma być tak pewne i tak skuteczne, musimy posiadać określone naukowe kryteryum, kiedy je zaczynać i kiedy kończyć. Zacznijmy od końca, stawiając pytanie, jakie naukowe kryteryum wyleczenia podają zwolennicy swoistego leczenia?

Sprawa ta wydaje się nam dość złożoną z racyi, iż uodpornienie na tuberkulinę, jak to wyraźnie niejednokrotnie zaznaczali Koch i Behring — nie jest jeszcze uodpornieniem na laseczniki gruźlicy[19]. Pytanie więc, kiedy właściwie można uważać chorego, leczonego tuberkuliną, za wyleczonego? O klinicznych objawach nie mówimy, bo te były znane przed tuberkuliną, stanowiły i stanowią oddawna przedmiot poważnych poszukiwań i badań, które doprowadziły już do pewnych pozytywnych wyników. Chodzi o kryteryum naukowe, i tu wchodzimy w błędne koło. Wygaśnięcie bowiem wrażliwości na tuberkulinę wcale nie oznacza zniknięcia laseczników, które właściwie jest prawdziwą miarą wyleczenia. Na razie niema tu punktu wyjścia. Nadto, w samej sprawie uodpornienia na tuberkulinę zachodzą różnice w szeregach jej zwolenników. Stąd zaś wynikają różnice w pojęciach o wyleczeniu, a co za tem idzie, znaczne różnice w czasie trwania leczenia.

Petruschky, jak wiadomo, stworzył metodę leczenia »etapami«, mniej więcej 3-miesięcznymi, z takiemiż przerwami, w ciągu 2 lat. Wychodzi on z tej zasady, że uodpornienie na tuberkulinę, otrzymane po 3 miesiącach leczenia, w takimże mniej więcej okresie czasu znika. Znów więc wraca do tuberkuliny, aby przeciwko niej uodpornić. O ile z dostępnej mi literatury wiadomo, taki sposób postępowania nie znalazł wielu zwolenników. Znaczna większość prowadzi leczenie bez przerwy, średnio 4—6 miesięcy i w razie potrzeby wraca do powtórnego leczenia (»Nachkur«). Czasem leczenie odbywa się jednym ciągiem znacznie dłużej. Bandelier przy stosowaniu BE uważa za konieczne 6-miesięczne leczenie w II. okresie i jeszcze dłuższe w III. okresie. Sahli i Denys nie podają dokładnej cyfry, ale średnio wypada u nich 7—14 miesięcy i dłużej.

W tych jednak dwóch rozmaitych metodach postępowania, z których każda czerpie swe źródło w nauce o uodpornieniu, kryteryum leży w osobistem klinicznem doświadczeniu lekarza. Zapewne czas trwania leczenia musi być odmiennym dla każdego poszczególnego chorego. Ale dla całych kategoryi podobnych chorych muszą również istnieć jakieś normy, boć nie jest obojętnem, czy dany ustrój będzie drażnionym przez wstrzykiwania danych dawek toksyny jednym ciągiem przez 6 miesięcy, czy też przez 3, jak u Petruschkyego. Przecież każde wstrzyknięcie tuberkuliny, jak nam dowodzą takie powagi, jak Koch i Behring, wywołuje wielkie zaburzenia w wewnętrznem życiu komórek!

Jak niema kryteryum naukowego dla zakończenia »swoistego« leczenia, czyli dla wyleczenia, taksamo nie ma ścisłej naukowej podstawy dla jego rozpoczęcia. Zapewne, na pytanie, kiedy zaczynać leczenie, odpowiedź w ogólnem sformułowaniu nie może być inną, jak jednozgodną: w najpierwszych okresach gruźlicy płuc, jak najwcześniej. Dziś już twierdzenie takie można słyszeć z ust inteligentnego laika. Ale chodzi o bliższe, konkretne określenie, kiedy właściwie sprawę gruźliczą można uważać za początkującą?

---

[19]) Mówiąc o perlicy Behring powiada: »Zniknięcie wrażliwości na tuberkulinę wcale nie zawsze idzie w parze z brakiem odporności na następne zakażenia«, a dalej: »po ustąpieniu nadwrażliwości na tuberkulinę u bydła, gdy można przypuszczać, że jest ono już wolnem od gruźlicy, sekcya wykazuje pozostałość zwalczonej dawniej choroby, a mianowicie obecność w płucach gruzełków z serowatą treścią, w której można znaleźć TBC (8, Hft. 5). — Wassermann powiada: »Ręka w rękę z leczeniem tuberkuliną zdolność do oddziaływania stopniowo gaśnie i to już często w chwili, gdy znajduje się dużo tkanki gruźliczej zdolnej do oddziaływania, albo innemi słowy w chwili, gdy chory wcale jeszcze nie jest wyleczony« (253).

Widzieliśmy wyżej, że próba tuberkulinowa sprawy tej rozstrzygnąć nie może, że oprócz zwolenników Kocha, całe szeregi innych autorów zwracają się do metod fizycznego badania, widząc w tuberkulinie jedynie środek pomocniczy, lub też zupełnie ją odrzucają. Ale przyjmując nawet tuberkulinę, jako niezawodny środek rozpoznawczy, widzimy, że na tle sprzecznych teoryi o drogach zakażenia gruźlicą, panują wielkie różnice w sprawie rozpoczynania leczenia. Gdy jedni rozpoczynają leczenie po ustaleniu rozpoznania, niezależnie od wieku chorego, Klebs i Petruschky wygłaszają całkiem odrębną teoryę.

Leczenie racyonalne, wedle nich, powinno się zaczynać już w wieku dziecięcym. Obaj utrzymują — zgodnie z teoryą Behringa, różniąc się tylko na punkcie drogi zakażenia — że to, co klinika nazywa pierwszym okresem gruźlicy, choćby z najmniejszemi zmianami fizycznemi, jest właściwie drugim, czyli już »inwazyą tkanek«, albo wedle obrazowego określenia Petruschkyego »drugim aktem tragedyi«, pierwszy bowiem rozgrywa się w całym narządzie gruczołów chłonnych u dzieci, a stąd drogą przerzutową przechodzi do innych narządów ustroju. Gruźlica u dzieci ma być tak częsta, że w szkołach ludowych w Gdańsku Petruschky znalazł u 85% dzieci przewlekłe obrzmienia gruczołów szyjnych (185). Klebs (134) powiada: »gruźlica jest chorobą gruczołów chłonnych«, powstałą na tle dziedzicznem lub drogą zakażenia przez mleko. Obaj stoją na tem stanowisku, że wówczas już trzeba rozpoczynać leczenie. Przedtem jednak trzeba ustalić rozpoznanie. Na tym punkcie między zwolennikami leczenia gruźlicy już w wieku dziecięcym zachodzi ogromna różnica. Petruschky robi próbę zapomocą tuberkuliny, uważając ją u dzieci za zupełnie nieszkodliwą, zupełnie zgodnie z wnioskami praktycznemi Binswangera, Schreibera, Mettetala i t. d. i naturalnie prowadzi dalsze leczenie tuberkuliną. Klebs zupełnie stanowczo próbę taką odrzuca, »gdyż w tym właśnie wieku może być nadzwyczaj szkodliwą«. Rozpoczyna on leczenie opierając się »na samym tylko przebiegu klinicznym«, a wskazówkami w tym względzie są: dziedziczne obciążenie oraz niedostateczne odżywienie i niedostateczny rozwój fizyczny u dzieci.

Tak postawiona sprawa rozpoczęcia leczenia jest niezmiernej wagi. Z poglądami bowiem Petruschkyego, Klebsa i Behringa wiąże się pytanie zasadnicze, czy istotnie w wieku dziecięcym należy rozpoczynać swoiste leczenie gruźlicy. Pytanie pod względem społecznym wielkiej doniosłości. Petruschky twierdzi, że rozpoczynając już wówczas leczenie tuberkuliną, otrzymywał 100% wyleczeń i powiada: »Muszę dać wyraz przekonaniu, że zupełne wyleczenie gruźlicy już teraz byłoby możliwe, gdyby dało się przeprowadzić rozpoczęcie leczenia tuberkuliną u dzieci gruźliczych w należytym czasie« (185).

Dziwna rzecz, że pogląd taki nie znalazł prawa obywatelstwa w całym, bez wyjątku, świecie lekarskim. Jeśli bowiem można wykorzenić całkowicie gruźlicę, byle tylko rozpocząć leczenie w wieku dziecięcym, w takim razie cała sprawa gruźlicy, zajmująca umysły nietylko świata lekarskiego, ale całego świata cywilizacyjnego, byłaby odrazu rozstrzygnięta. Widocznie rozstrzygnięcie to nie jest tak proste, jak tego chce Petruschky. Trzeba bowiem pierwej dowieść, że istotnie pierwszy okres gruźlicy powstaje stale już w wieku dziecięcym, temu zaś przeczy teorya Kocha, Corneta, Flüggego i innych uczonych, którzy mają cały zapas dowodów naukowych na powstawanie gruźlicy przeważnie, jeśli nie wyłącznie, drogą wziewania, i to niezależnie od wieku dziecięcego lub późniejszego.

A teraz jeszcze szereg ogólnych pytań, dotyczących tuberkuliny ze stanowiska klinicznego. Wychodzimy z tej zasady, że między pracownią a kliniką zachodzi solidarność, gdyż laboratoryum powinno pracować dla kliniki, jeśli wyniki jego pracy nie mają pozostać w dziedzinie oderwanych teoryi. Również między bakteryologiem, a klinicystą powinno zachodzić ścisłe porozumienie. Zapewne klinicysta nie może wchodzić we wszelkie szczegóły teoryi i zagadnień czysto naukowych, gdyż nie jego to rola, jako praktyka. Ale ma prawo żądać od bakteryologa-teoretyka ścisłego sformułowania ogólnych zasad, zwłaszcza zasad uodpornienia, dokładnych wyników doświadczeń nad zwierzętami, wreszcie zgodności tych wyników z próbami na ludziach. W takich warunkach klinicysta ma prawo stosować metody bakteryologiczne. W takim razie może bez wątpliwości w umyśle i obawy we własnem sumieniu, posługiwać się surowicami, tuberkulinami, szczepieniami i t. d., czy to na drodze uodpornienia biernego, czy też czynnego.

XI.

Tak się rzecz ma z surowicą przeciwbłoniczą Behringa. Została ona powszechnie uznanym i stosowanym środkiem, bo wytrzymała krytykę zarówno ze stanowiska teoryi, jak i praktyki.

Pytanie, czy tak stoi sprawa z tuberkuliną? Przedewszystkiem posiadamy kilka tuberkulin, przygotowanych przez samego Kocha, z których każda niezależnie od odmiennych właściwości biochemicznych, daje, wedle autorów, jednakowo dobre wyniki. Następnie, tuberkuliny inne (np. Beranecka i Denysa), przygotowane ze znacznemi zmianami w porównaniu z Kochem, dają również dobre wyniki, a nawet bardzo dobre, jak np. u Denysa, czego dowodem jego statystyka. Sahli, dla różnych względów, statystyki swej dotąd nie ogłosił, ale ma już 150 przypadków, leczonych TBK i jest z wyników bardzo zadowolony (ustna wiadomość).

Dalej, najlepsze wyniki ma mieć C. Spengler ze swą tuberkuliną bydlęcą, a więc różną w samem źródle swego pochodzenia, jeśli przyjąć, zgodnie z teoryą Kocha, odrębność dwóch laseczników: bydlęcego i ludzkiego. Wszystkie te fakty rodzą poważne wątpliwości w umyśle bezstronnego klinicysty. Ale nad temi wszystkiemi wątpliwościami panuje najważniejsza, dotycząca bezpośredniego działania tuberkuliny na ustrój. Ostatecznie bowiem niewiadomo, na czem właściwie polega odczyn tuberkulinowy? Jego skutki anatomo-patologiczne są nam znane. Ale nawet w ich ocenie zachodzą znaczne różnice między znanymi teoretykami i klinicystami.

Koch, jak wiemy, widział w swoistym odczynie tuberkulinowym sprawę leczniczą na drodze martwicy chorych tkanek i ich wydalenia z ustroju. Dalsze badania w innem świetle sprawę tę postawiły. Powoływaliśmy się na Virchowa, Zieglera i innych, którzy stwierdzili, że obok leczniczego działania tuberkuliny na tkanki i ogniska gruźlicze, istnieje jeszcze inne, szkodliwe, polegające głównie na rozsianiu laseczników z chorych ognisk do zdrowych tkanek ustroju. Takie same różnice w poglądach na kliniczne znaczenie odczynu panują śród klinicystów. Petruschky np., powołując się na Kocha i na teoryę Biera dowodzi, iż przekrwienie dokoła ognisk jest rzeczą pożądaną, jest czynnikiem leczniczym. Z drugiej strony tacy: Goetsch, Sahli, Hammer i t. d. uważają wszelki, nawet najmniejszy odczyn za rzecz bardzo szkodliwą dla chorego. Gdzież jest prawda? Jeśli chodzi o uodpornienie, jeśli chodzi o to, aby ustrój przyzwyczaić do dużych dawek tuberkuliny, to między jednymi a drugimi w końcowych wynikach różnicy niema. I ci i tamci wstrzykują tuberkulinę co kilka dni, i ci i tamci dochodzą do maksymalnych prawie tych samych dawek 1 gr. Niektórzy, i to zwolennicy Kocha, zatrzymują się na mniejszych maksymalnych, a mianowicie na 0,1 gr. Ale jest zasadnicza różnica w zapatrywaniach na oddziaływanie chorego na tuberkulinę, a stąd różnica w początkowych dawkach i w ich zwiększaniu.

Więc znów wracamy do zasadniczego pytania, na czem właściwie polega odczyn tuberkulinowy, na czem polega istotne (»intime«) działanie tuberkuliny na żywe ko-

mórki ustroju? Najdawniejsza teorya Hertwiga (94), właściwie mówiąc chemiczna, starała się wytłómaczyć te sprawy na podstawie zjawisk chemotaksis. Tuberkulina, zdaniem jego, wstrzyknięta podskórnie, znajdując się w wysokim stopniu rozcieńczenia, tem samem czyni leukocyty wrażliwymi na tuberkulinę, znajdującą się w stanie większego zgęszczenia w chorych tkankach. Wskutek tego następuje emigracya ich z naczyń do tkanek i ognisk gruźliczych, a stąd odczynowe zapalenie, mniejsze lub większe, w sąsiedztwie tych ognisk. Hertwig przytem wyraźnie zaznacza: »Nie można przyjąć, aby miejsca chore w ustroju posiadały wyraźną specyalną własność przyciągania do siebie tuberkuliny z krążących soków ustroju«.

Ostatnimi czasy na podstawie swych doświadczeń Wassermann i Bruck (253 i 254) usiłują dowieść tego, co odrzuca Hertwig. Mają oni przedewszystkiem na widoku »wyświetlanie najdelikatniejszych spraw biologicznych w ustroju, dotkniętym gruźlicą, oraz wpływu swoiście działających preparatów lasecznikowych na te sprawy«. Więc przedewszystkiem istnienie odczynu tuberkulinowego w świeżych i brak jego w dawnych sprawach.

Nie potrzebujemy dowodzić, jak ważnem byłoby należyte wyświetlenie tego zasadniczego tak dawnego, a tak zawsze aktualnego zagadnienia. Otóż doświadczenia ich dowieść miały, że tkanka gruźlicza świeża (nie stara, nie zserowaciała) zawiera antytuberkulinę, której niema w surowicy krwi u chorych gruźliczych, nie za daleko posuniętych, a przytem nie leczonych tuberkuliną.

Tuberkulina więc dlatego działa bezpośrednio na tkanki gruźlicze, że znajdująca się w ogniskach gruźliczych antytuberkulina przyciąga ją i łączy się z nią. Przy takiem zaś połączeniu następuje uwięzienie komplementu i przypływ białych ciałek. Z tego zaś wynika rozpad tkanki gruźliczej z całym szeregiem znanych miejscowych objawów i powstaje gorączka, jako skutek wchłaniania rozpadniętych i rozpłyniętych tkanek. Dalej zaś tłómaczy Wassermann, dlaczego stara zserowaciała tkanka gruźlicza nie oddziaływa na tuberkulinę. Dlatego mianowicie, że w takiej tkance komórki nie mają dostatecznie siły żywotnej, aby na istniejącą w tkance tuberkulinę [20]) odpowiedzieć wytworzeniem antytuberkuliny; »wskutek tego zserowaciałe tkanki wcale nie przyciągają wstrzykniętej tuberkuliny«. Dalej też tłómaczy, dlaczego w ciągu leczenia znika wrażliwość na wstrzykiwaną tuberkulinę. »I na to — powiada Wassermann — doświadczenia dają jasną odpowiedź. U leczonego i oddziaływającego na tuberkulinę z czasem pokazuje się antytuberkulina w ogólnem krążeniu, i ona to wyławia wstrzykniętą tuberkulinę i zobojętnia ją pierwej, nim się ona dostanie do ogniska gruźliczego«. Czy pobudowana misternie teorya, która »szereg delikatnych spraw biologicznych« z dziedziny skomplikowanego działania tuberkuliny na ustrój, dotknięty gruźlicą i znajdujące się w nim ogniska tak łatwo wyświetla, ma podstawy, — zobaczymy.

Tutaj tylko chcemy podkreślić, iż opisując działanie tuberkuliny na ogniska gruźlicze, Wassermann wyraźnie powiada: »Laseczniki, jako takie, pozostają wyłączone z pod wpływu tuberkuliny zgodnie z tem, co nas poucza praktyka. Wszystko odgrywa się w tkance gruźliczej, zawierającej antytuberkulinę«. Ale cała ta teorya Wassermanna i Brucka mocno została podana w wątpliwość przez Weila (255) i Besredkę (przytoczony przez Weila). Weil nie rozumie, w jaki sposób tuberkulina i antytuberkulina mogą istnieć w tem samem ognisku bez wzajemnego oddziaływania na siebie. Besredka zaś wyraźnie powiada: »Czyż nie jest dziwnem, że antytuberkulina, wytworzona w tkance gruźliczej i obdarzona taką siłą przyciągania do tuberkuliny wstrzykniętej, że pompuje ją — iż tak rzec można — w całości z najbardziej oddalonych zakątków ustroju, pozostaje bez wpływu na tuberkulinę, znajdującą się obok niej w tkance gruźliczej, jak to wynika z doświadczeń Wassermanna«. Nowe doświadczenia J. Morgenrotha i L. Rabinowitschówny również nie potwierdzają wyników Wassermanna.

Lüdke (144), wychodząc znów z tego założenia, że istnienie antytuberkuliny nie zostało niewątpliwie dowiedzione, przypuszcza, że cała sprawa uodpornienia wskutek wstrzykiwań tuberkuliny i sprawa wyleczenia gruźlicy polega na odczynie miejscowym w chorych tkankach i to tym sposobem, że »w całym szeregu przypadków dzięki ostremu przebiegowi sprawy gruźliczej w tkankach, wyleczenie okazuje się możliwem«.

My zaś zapytamy, jakim sposobem wstrzyknięta tuberkulina może wytwarzać w ustroju antytoksyny, a więc działać leczniczo, skoro zaraz po wstrzyknięciu jest uwięziona i związana przez antytuberkulinę, znajdującą się w ognisku gruźliczem?

Drugie pytanie. U oddziaływającego na tuberkulinę, powiada Wassermann, podczas wstrzykiwań pokazuje się antytuberkulina we krwi i od tej chwili odczyn na wstrzykiwaną tuberkulinę ustaje. Skąd bierze się ta antytuberkulina we krwi, autor nie powiada. Ponieważ wstrzyknięta tuberkulina jest całkowicie związana przez antytuberkulinę w ognisku gruźliczem, więc podniecać ustroju do wytwarzania antytuberkuliny chyba nie jest zdolną. Wypadałoby więc, że antytuberkulina, znajdująca się we krwi, powinna być wytworzona przez tuberkulinę »tkankową« w ogniskach i z tych przechodzić do ogólnego obiegu krwi. Przypuszczając, że tuberkulina i antytuberkulina »tkankowa« istnieją jedna obok drugiej w ognisku, mamy prawo przypuszczać, że wstrzykiwanie tuberkuliny byłoby, zgodnie ze zdaniem Wassermanna, bezcelowe, a nawet i szkodliwe, gdyż wiązałoby i zobojętniałoby tę ilość antytuberkuliny »tkankowej«, która przechodząc do ogólnego obiegu krwi, powinna grać rolę odtruwającą, a więc leczniczą w ustroju.

Tymczasem teorya Wassermanna sprawy tej nie wyjaśnia. Ale teorya ta, która ma nam tłómaczyć »misterne zjawiska biologiczne« w ustroju gruźliczym, jeszcze z innego względu nie zgadza się z faktami klinicznymi i doświadczeniami. Wypada bowiem: 1) sprawy daleko posunięte, oraz ogniska zserowaciałe wcale na tuberkulinę nie oddziaływają; 2) wrażliwość na tuberkulinę w miarę wstrzykiwania znika i ustrój przestaje oddziaływać. Zapewne może tak być i tak jest, że na tuberkulinę dawne sprawy gruźlicze nie oddziaływają jakoby z powodu przeładowania ustroju toksynami. A jednak setki i tysiące przykładów z pierwszej ery kochowskiej ograniczają znacznie bezwzględność takiego twierdzenia. Przykłady, przytoczone w 1-ej części naszej pracy, dowodzą jasno, że właśnie sprawy daleko posunięte mają bardzo silnie na tuberkulinę oddziaływać. Zresztą sam Koch ostrzegał przed tuberkuliną w takich razach i to właśnie z racyi zbyt silnych odczynów i szkodliwych następstw. Idąc bliżej, przypomnimy prace Loewensteina i Rappoporta, oparte na wielkim materyale klinicznym. Autorowie wykazują, że »ciężko chorzy są znacznie wrażliwsi na tuberkulinę, niż lekko chorzy«.

Następnie, co się tyczy punktu drugiego, doświadczenia Bahrdta (200 świnek morskich) wykazały, że u zwierząt tych, zakażonych wielkiemi ilościami średnio jadowitych laseczników ludzkich i poddanych następnie w ciągu całych tygodni wstrzykiwaniom tuberkuliny, wzrasta wrażliwość na tuberkulinę równolegle z postępem zmian gruźliczych stale aż do śmierci.

A dalej w sprawie odczynu powstają jeszcze inne wątpliwości. Przypuśćmy znów, że tuberkulina, wedle szkoły Kocha, wywołuje charakterystyczny odczyn w każdym ustroju gruźliczym, niezależnie od tego, czy ogniska będą czynne lub nieczynne, dawne lub nowe, czy będą się znajdowały w płucach, czy też w innych narządach. Zjawia się nowe pytanie, a mianowicie, czy wyłącznie substancyi

[20]) Mowa tu o tuberkulinie, wytworzonej na miejscu w tkankach przez laseczniki, a nie o sztucznej, wstrzykniętej z zewnątrz.

tuberkuliny, jako takiej, odczyn ten przypisać należy, czy też wchodzą tu w grę czynniki postronne?

Przytoczony wyżej Bahrdt (27) przeprowadził doświadczenia ciekawe, a mianowicie, wstrzykiwał glicerynę czystą zdrowym świnkom morskim i doszedł do wniosku, że wrażliwość na glicerynę bardzo się zbliża do wrażliwości na tuberkulinę; a dalej, że działanie tuberkuliny na zdrowe zwierzęta w części polega na zawartości gliceryny w tuberkulinie i jej działaniu osmotycznem. Dawniej już Strauss (229) stwierdził, że wstrzyknięcie zdrowej śwince morskiej do otrzewnej 4 gr. gliceryny wywołuje te same objawy, co równoważna dawka tuberkuliny 4—5 ctm^3, a mianowicie drgawki i śmierć w takimże przeciągu czasu, jak i przy wstrzyknięciu tuberkuliny. Bahrdt przytacza również doświadczenia Behringa, a mianowicie: wstrzyknięcie podskórne gliceryny śwince morskiej gruźliczej w dawce ponad 1 ctm^3 na 100 gr. wagi wywołuje podniesienie ciepłoty ponad 40^0. Maragliano także dowodzi, że gliceryna zwiększa działanie toksyczne tuberkuliny.

Okazuje się więc, że dotychczasowe objaśnienia swoistego działania tuberkuliny nietylko są bardzo niedostateczne, ale nie znajdują się w zupełnej zgodzie z doświadczeniami pracowni i z kliniką. Do tego dodać należy inne doświadczenia, dowodzące, że taką samą rolę, jak glicerynie, należy przypisać peptonom. Krehl i Matthes (127) wykazali podnoszenie się ciepłoty u świnek morskich przy stosowaniu peptonów. Doświadczenia te powtórzone zostały przez Freymutha. Wykazały one: 1) wstrzyknięcie gruźliczej śwince morskiej 0·3 gr. peptonów zabija ją, 2) ludzie zdrowi, niegruźliczy, oddziaływają w 30$^0/_0$ przypadków już na małe dawki 0·02 gr., 3) suchotnicy oddziaływają już na dawki 1—10 miligr. Nowe doświadczenia Schrödera (239) spostrzeżenia te w zupełności potwierdzają. Wstrzykiwanie bowiem deuteroalbumozy gruźliczym świnkom morskim wpływa ujemnie na sprawę chorobową, wzmaga jej nasilenie i złośliwy przebieg.

Pytanie więc, czy odczyn tuberkulinowy jest wyłącznie swoisty, czy też część jego i jaką przypisać peptonom i glicerynie, zawartym w pożywce, a jaką samej tuberkulinie, nie znajduje dokładnej odpowiedzi. Pytanie to bardzo ważne i bardzo mocno wikłające wyłącznie »swoiste« działanie tuberkuliny na ustrój.

A jednak klinicysta ze stanowiska leczniczego musi uporczywie szukać nań odpowiedzi.

XII.

Celem rozjaśnienia innych jeszcze zagadnień spornych, jakie się mimowoli nasuwają przy rozważaniu leczenia gruźlicy tuberkuliną, zrobimy daleko idące przypuszczenie, a mianowicie, że tuberkulina jest pewnym środkiem rozpoznawczym i leczniczym, opartym na »swoistem«, ściśle określonem działaniu na ustrój dotknięty gruźlicą, że wywoływany przez nią odczyn zależy wyłącznie od niej samej, bez postronnego wpływu innych czynników.

Nawet w takim razie sprawa leczenia gruźlicy ludzkiej tuberkuliną pochodzenia ludzkiego rozstrzygnięta nie jest. Nasuwają się bowiem wątpliwości, wynikające z licznych prób i doświadczeń w zakresie gruźlicy, które pozwolimy sobie poruszyć.

»Mamy nadzieję — powiada Baumgarten (15) — wytworzyć u człowieka uodpornienie na gruźlicę przez szczepienie zapobiegawcze, podobne do tego, jakiego używają u bydła. Jako szczepionka powinnoby tu być użyte PTBC, nie zaś TBC. Ale wtedy dopiero można myśleć o praktycznem stosowaniu tej metody, gdy usunięty zostanie najdrobniejszy zarzut przeciw nietożsamości laseczników bydła i człowieka, a tem samem usunięte wzajemne niebezpieczeństwo z jednej strony dla ludzkiego, z drugiej dla zwierzęcego ustroju«.

Pozwoliliśmy sobie przytoczyć słowa znakomitego badacza gruźlicy, gdyż dotyczą one bezpośrednio wątpliwości, przez nas poruszonych. Z niemi zaś wiąże się zasadnicze pytanie: czy należy w gruźlicy ludzkiej stosować preparaty z TBC, czy też z PTBC, czy też z innego lasecznika? Albo inaczej, czy należy stosować preparaty »identyczne« (»izopatyczne« Behring), czy też »antagonistyczne«?

Jasnem jest, że tu przedewszystkiem powinna być wyjaśniona sprawa tożsamości TBC i PTBC, a następnie należy wyjaśnić, jak w związku z tą zasadniczą sprawą przedstawia się praktyka, czyli uodpornienie człowieka i bydła.

Koch, jak wiadomo, na Zjeździe w Londynie w 1901 roku dowodził, iż TBC i PTBC są to dwa gatunki różne. Twierdzenia swoje opierał na doświadczeniach, przeprowadzonych razem z Schützem nad zwierzętami, i wnioski swoje sformułował w 2 głównych punktach: 1) TBC nie da się przenieść na bydło, czyli nie zakaża go[21]); 2) PTBC nie przenosi się na człowieka. Jako dowód: mleko, masło i mięso z gruźliczego bydła nie wywołują — a jeśli wywołują to bardzo rzadko — pierwotną gruźlicę jelit, i są tak mało niebezpieczne dla ludzi, że Koch »nie uważał za wskazane zarządzania w tym kierunku jakichkolwiek środków ochronnych« (122).

Przypomnijmy nawiasem, iż na tymże Zjeździe podano statystykę pierwotnej gruźlicy jelit w Anglii na 25$^0/_0$, czyli o 4$^0/_0$ mniej, niż u Hellera. (Orth w najnowszej swej pracy podaje tylko 9$^0/_0$).

Behring w swych doświadczeniach nad uodpornieniem bydła, opierając się na licznych badaniach własności chemicznych i biologicznych rozmaitych gatunków TBC i PTBC i wykazując możliwość zakażenia bydła przez TBC i możliwość zapomocą przeprowadzenia TBC przez ustrój zwierzęcy nadania im stopnia jadowitości, właściwego PTBC, tak powiada: »Wszystko to dowodzi tożsamości gatunkowej laseczników ludzkich i bydlęcych« (8) (Hft 5).

Na pytanie, kto z tych dwóch koryfeuszów wiedzy ma słuszność, nie ma ostatecznej odpowiedzi. Uderza jednak ta okoliczność, iż zwolennicy »dualistycznej« teoryi Kocha, broniąc jej, jednak muszą przyznać, iż pierwotna gruźlica jelit nie jest tak rzadka, aby można było nie brać jej w rachubę. Ciekawe w tym względzie są referat Kossela (132) na Zjeździe w Paryżu w 1905 roku i niedawna praca Webera (251), który powiada, że gruźlica ludzka nie jest »eine einheitliche Krankheit«, gdyż obok TBC spotyka się PTBC. »Wprawdzie zakażenie człowieka przez PTBC odgrywa w porównaniu z TBC bardzo nieznaczną rolę« mówi Weber, ale wbrew Kochowi dodaje, iż »wszelkie środki, mające na celu ochronę człowieka od przeniesienia nań laseczników bydła przez artykuły spożywcze, zwłaszcza przez mleko, powinny być w całości utrzymane«.

Tu też nie od rzeczy będzie przypomnieć wspomniany przez Bujwida (23) przypadek, dotyczący panny Gosse, córki lekarza z Genewy. 18-letnia, zupełnie zdrowa, o kwitnącym wyglądzie dziewczyna, zaraziła się mlekiem od krowy gruźliczej i zmarła. Sekcya stwierdziła gruźlicę jelit i krezki.

Zwróćmy się do doświadczeń imunizacyjnych na zwierzętach, a zobaczymy, iż w świetle sprzecznych, powyżej zaznaczonych poglądów dojdziemy do wniosków zupełnie paradoksalnych.

Neufeld (172 i 173) w latach 1900—1902, pod kierunkiem Kocha, robił próby uodpornienia osłów, kóz i bydła rogatego na gruźlicę perliczą — dla zwierząt tych wielce jadowitą — przez wstrzykiwanie stopniowo zwiększających się dawek hodowli TBC, z początku martwych, a później żywych. Czasem jednak u osłów i u bydła za-

[21]) Bardzo niedawno wykazał Eber (52) (Zakład Weter. w Lipsku) możność przeniesienia gruźlicy ludzkiej przez szczepienie kawałków płuc lub opon mózgowych świnkom morskim, a mianowicie rozwinięcie się u nich ogólnej gruźlicy, stwierdzonej sekcyą. Szczepienie zaś z trzech świnek gruźlicy do otrzewnej zdrowym cielętom wywołało przewlekłą gruźlicę opłucnej i otrzewnej w jednym, a ostrą prosówkową w drugim wypadku. Oba stwierdzone przez sekcyę.

czynał odrazu od żywych. W szczegóły wchodzić nie będziemy. Odsyłamy do źródła. Tu chodzi o wyniki i ich znaczenie. Otóż uodparniane tym sposobem zwierzęta hodowlami ludzkiemi zostały uodpornione na następne próbne zakażenie jadowitą hodowlą PTBC i to w dawkach, które — bez uprzedniego uodpornienia — bezwątpienia byłyby śmiertelne. Uodpornienie to, zdaniem Neufelda, możliwe tylko dlatego, że Koch »dowiódł nietożsamości dwóch chorób — gruźlicy ludzkiej i zwierzęcej — a tem samem dał klucz do uodpornienia przeciw gruźlicy«. Słowa te podkreślamy.

Jakim sposobem, pytamy? Neufeld na to odpowiada: »dając możność uodpornienia tych właśnie zwierząt, które na pewien rodzaj toksyn są wrażliwe, przez uprzednie uodpornienie innym rodzajem«. Tym innym rodzajem toksyn, które nie są jadowite dla osłów, bydła, kóz i t. d., są właśnie hodowle laseczników ludzkiego pochodzenia, które tem samem przy śródżylnem wstrzykiwaniu wcale dla tych zwierząt nie są szkodliwe. Tymczasem hodowle PTBC przy każdym sposobie stosowania bydło zabijają. »Stąd była prosta droga — powiada Neufeld — do stosowania hodowli niejadowitych dla uodpornienia przeciw jadowitym«.

A więc wniosek w dwóch słowach: 1) gruźlica ludzka i zwierzęca, są to dwa gatunki odmienne; 2) hodowle lasecznika ludzkiego, stosowane w dawkach stopniowo wzrastających, są dla bydła niejadowite. Na pytanie, czy teza ta ma wartość i odwrotnie, a mianowicie, czy laseczniki perlicy są niejadowite dla ludzi, później odpowiemy.

Tymczasem przechodzimy do doświadczeń Behringa. Behring już od szeregu lat uodparnia na wielką skalę cielęta przez wstrzykiwanie również śródżylne hodowli TBC. W r. 1905 liczba ich wynosiła 60000. Wyniki, przez niego otrzymane, mają być świetne i mają mieć specyalną wartość z tego powodu, że dają uodpornienie trwałe i to do tego stopnia, że mleko krów, które jako cielęta zostały uodpornione, ma zawierać sporo antytoksyn [22]). Jak wiadomo Behring zamierzał karmić dzieci takiem mlekiem i tym sposobem zapobiegać rozwojowi gruźlicy (10). Teorya, wypowiedziana już przeszło 4 lata temu, nie znalazła — o ile nam wiadomo — dotąd zastosowania. Przypatrzmy się bliżej tej sprawie. Otóż pierwsza myśl, jaka się nasuwa, jest następująca: metody uodpornienia Kocha — Neufelda i Behringa są prawie te same, ale punkty wyjścia odmienne. Na nietożsamości TBC i PTBC opiera imunizacyę bydła Koch. Na tożsamości zaś opiera ją Behring. Więc zasada obu teoryi wręcz odmienna. Ale mniejsza o zasady, chodzi o dalsze skutki. Każdy z tych wielkich bakteryologów może mieć racyę dla siebie; ale gdzież pewnik dla klinicysty, szukającego jasnego sformułowania danej teoryi, tembardziej, że ma ogromną praktyczną doniosłość. W danym razie sprawa uodpornienia bydła staje się zupełnie konkretną, gdyż z nią wiąże się pośrednio sprawa leczenia gruźlicy ludzkiej.

C. Spengler, a za nim jego zwolennicy (Bandelier, Wolff i inni) leczą gruźlicę ludzką za pomocą PTO. Przytoczyliśmy wyżej przypadek gruźlicy z ciężkim toczniem skóry, leczony z powodzeniem przez Bandeliera za pomocą PTO. C. Spengler, również jak Koch i Neufeld, opiera teoryę leczenia gruźlicy ludzkiej tuberkuliną bydlęcą na wzajemnem przeciwdziałaniu obu toksyn, wskutek antagonizmu obu gatunków laseczników. Utrzymuje on, iż przeszło w 60% przypadków gruźlicy u człowieka znajdują się jednocześnie PTBC i TBC (234). Toksyny, pochodzące z TBC i PTBC, są zupełnie różne, jako substancye wzajemnie całkiem antagonistyczne.

Stosownie do tego, czy przy badaniu drobnowidowem plwociny przeważają laseczniki typu ludzkiego lub zwierzęcego, używa Spengler odpowiednio odwrotnego preparatu, lub jednego po drugim. Wyniki, przez niego otrzymane, mają być świetne. (Pierwszą próbę zrobił na samym sobie, wstrzykując 1/2 miligr. żywych PTBC (223). Gdy wyleczenie gruźlicy ludzkiej tuberkuliną pochodzenia ludzkiego wymaga średnio 5—6 miesięcy, z tuberkuliną bydlęcą 2—3 miesięcy wystarcza [23]). Następnie stopień aglutynacyi przy leczeniu tuberkuliną bydlęcą jest znacznie wyższy, a mianowicie 5 razy, aniżeli przy śródżylnem wstrzykiwaniu tuberkuliny nowej Kocha. Podobne leczenie stosował także i F. Klemperer z tą różnicą, że Spengler posługuje się spreparowaną toksyną, Klemperer (137) zaś wstrzykuje zawiesinę żywych PTBC. Pierwszą próbę zrobił Klemperer na samym sobie, później na jednym ciężko chorym na płuca bez żadnych szkodliwych skutków i to go zachęciło do dalszych prób w tym kierunku. Wstrzykiwania takie nietylko nie okazały się szkodliwe, ale przeciwnie, stosowane we wczesnych okresach gruźlicy, mają wpływać dodatnio na przebieg choroby. Wprawdzie próby te są, jak dotąd, nieliczne, w każdym razie wielce znaczące.

Ale przeciw wstrzykiwaniom Klemperera wystąpił z krytyką Behring (9). Wychodząc z tego założenia, że PTBC są dla ludzi znacznie jadowitsze, niż TBC i zdolne wywoływać w ludzkim ustroju względnie szybko ogólne zakażenie, uważa on takie wstrzykiwania za zupełnie nieuzasadnione i za szkodliwe.

Zestawiliśmy te różne sposoby uodporniania zwierząt i ludzi na gruźlicę, zaznaczając całkiem różne teorye autorów, ich odmienne punkty wyjścia przy uodparnianiu. A jednak każdy z nich dochodzi do wyników dodatnich. Ze stanowiska klinicznego jest w tem coś dziwnie paradoksalnego. Istotnie. Jeden (Koch) uodparnia bydło zapomocą TBC, jako antagonistycznych z PTBC, a więc z tej racyi niejadowitych dla bydła. — Drugi (Behring) uodparnia tak samo bydło zapomocą TBC i to dlatego, że antagonizmu między TBC i PTBC niema, a tylko TBC są dla bydła względnie mniej jadowite. Jeden (Spengler) uodparnia ludzi tuberkuliną bydlęcą, jako antagonistyczną i niejadowitą. Drugi (Behring) uważa taki proceder, krytykując Klemperera, za niebezpieczny. Trzeci (Baumgarten) wreszcie zajmuje stanowisko wyczekujące, uważając uodpornienie człowieka zapomocą PTBC za możliwe, a nawet bardzo pożądane, byleby dowiedziono w sposób niezbity nietożsamości TBC i PTBC.

XIII.

Ale na tem nie koniec. Mamy szereg doświadczeń, które sprawę odpornienia na gruźlicę przenoszą z dziedziny tożsamości lub nietożsamości TBC i PTBC na daleko obszerniejsze pole i rozszerzają znacznie widnokręgi swoistego leczenia gruźlicy ludzkiej.

Klebs, wychodząc z tego założenia, że nieodbarwiające się prątki istnieją w świecie roślinnym i zwierzęcym, utrzymuje, że gruźlica była pierwotnie chorobą roślinną i przeszedłszy przez różne gatunki zwierząt, nareszcie przez kręgowce, doszła do obecnej postaci gruźlicy ludzkiej. Czy teorya ta jest słuszną, nie jesteśmy powołani rozstrzygać. Ale ze stanowiska klinicznego o tyle ma dla nas znaczenie, że daje nam możność zrozumienia innych zjawisk bezpośrednio nas interesujących. Mamy tu na myśli morfologi-

[22]) Trwałość wyników Behringa została mocno zakwestyonowana: »La méthode actuelle de bovovaccination antituberculeuse — powiada Moussu (170) — reste inefficace et sans valeur pratique«. — W doświadczeniach, przeprowadzonych w Melun (Francya), okazało się, że zwierzęta uodpornione metodą Behringa już po 1 roku przebywania w oborach obok zwierząt gruźliczych zarażały się i padały na gruźlicę, co stwierdzały sekcye. Moussu dodaje, że do takich wyników doszli weterynarze w Belgii, Szwajcaryi i na Węgrzech.

[23]) Spengler (221) powiada, że metodą swą otrzymywał »wyleczenie nie tylko u chorych z jamami (bez gorączki) w ciągu 3—4 miesięcy, lecz i u takich, których uważają za nieuleczalnych«. Ma on nawet przypadki wyleczenia gruźlicy prosówkowej. Zauważmy, iż w najcięższych przypadkach ostrej gruźlicy, celem zmniejszenia wrażliwości na toksyny, Spengler stosuje na początku wcierania, a później wstrzykiwania swych preparatów. Używa tego sposobu z powodzeniem u dzieci, nawet w 1. roku życia.

czne i biologiczne podobieństwo pod wieloma względami różnych nieodbarwiających się laseczników, a w związku z niemi różne próby uodpornienia.

Lidya Rabinowitschówna (205 i 204) opisała cały szereg postaci przejściowych laseczników. Laseczniki typu ludzkiego spotykają się nietylko u bydła, lecz u małpy i u lwa. Gruźlicę u papug domowych wywołuje lasecznik typu ludzkiego, u papug zaś w Ogrodzie zoologicznym w Berlinie lasecznik typu ptasiego. — Rabinowitschówna przypuszcza, iż lasecznik gruźlicy ptasiej jest tylko pewną odmianą lasecznika ssawców. W związku z takiem przypuszczeniem stoi przypadek ciężkiej gruźlicy ludzkiej, z lasecznikiem typu ptasiego, opisanym przez Löwensteina, bardzo jadowitym dla świnek morskich i królików, lub też podany przez Bujwida przypadek, który dosłownie przytaczamy. »Nocard opowiadał mi, iż służący w jego zakładzie, który często robił sekcyę chorych ptaków, zaniedbawszy należytych środków ostrożności, doznał objawów sprawy gruźliczej szczytów. W plwocinie jego znaleziono laseczniki ptasie, z których przygotowano hodowle wyraźnych laseczników ptasich. Chory zresztą wyzdrowiał«.

Żupnik (256) opisuje przypadek gruźlicy nerek u człowieka, wywołanej nie przez TBC, »lecz innym rodzajem nieodbarwiającego się lasecznika, który wedle wszelkiego prawdopodobieństwa wypada zaliczyć do lasecznika mastki (Smegmabacillus). — W związku zaś z tymi faktami stoją doświadczenia Feistmantla (77) ze »*Streptotrix farcinica*« Toksyny, wstrzyknięte przez niego śwince morskiej śródżylnie lub do otrzewnej, wywoływały charakterystyczne zmiany gruzełkowe w płucach i w narządach brzusznych i śmierć w ciągu 2—4 tygodni (toksyny 1 miligr., świnka wagi 300 gr.). — A dalej idą próby uodpornienia na gruźlicę ludzką przez wstrzykiwanie hodowli gruźliczych niższych gatunków np. zimnokrwistych. Albo próby Żupnika, który wstrzykiwał świnkom morskim szereg nieodbarwiających się laseczników (a więc typu Rabinowitsch, tymotki, ptasiego) i otrzymywał podobny odczyn, jak po tuberkulinie. Co się tyczy zimnokrwistych, mamy przedewszystkiem doświadczenia Fr. Friedmana (68—72). W szeregu ciekawych prac dowiódł on: 1) istnienia jamy gruźliczej u żółwia, 2) zupełnego podobieństwa pod względem morfologicznym i biologicznym lasecznika żółwia do lasecznika ludzkiego lub bydlęcego, oraz zupełnego podobieństwa zewnętrznych cech hodowli przy temp. 37^0, 3) zupełnej jego nieszkodliwości dla wszystkich poddanych doświadczeniem ssawców, jak: świnka morska, królik, mysz, pies, koza, osioł, świnia, koń, bydło rogate. U zwierząt tych po dużych dawkach TBC żółwia, przy sekcyi żadnych śladów lasecznika lub zmian w tkankach nie było [24]). Stąd próby uodpornienia zapomocą hodowli lasecznika żółwia u powyższych zwierząt, próby, które dały nader pomyślne wyniki. Nietylko bowiem zwierzęta zostały czynnie uodpornione na zakażenie gruźlicą ludzką lub bydlęcą, ale nadto w ich krwi wykazał Friedman istnienie antytoksyn, zapomocą których uodporniał zupełnie zwierzęta na takież same zakażenie lasecznikami ludzkimi lub bydlęcymi, np. świnki morskie surowicą już uodpornionych świnek morskich albo świnki surowicą bydła i t. d. Zakażenie następne lasecznikami ludzkimi lub bydlęcemi żadnych zmian — oprócz zwapniałych ognisk w gruczołach pachwinowych — w wewnętrznych narządach, jak sekcya stwierdziła, nie wywołało.

W związku z temi próbami uodpornienia przytaczamy zjawisko analogiczne, ale dotyczące uodpornienia człowieka, a mianowicie autoimunizacyę Möllera przez wstrzyknięcie (raz podskórnie, a trzy następne razy śródżylnie) hodowli lasecznika padalca i tak skuteczne, że nietylko nie został zakażony, ale zniósł następnie bez zakażenia wstrzyknięcie śródżylne TBC. Zaś świnka morska, zakażona tymi samymi TBC przez wstrzyknięcie do otrzewnej dostała gruźlicy, stwierdzonej sekcyą. W szczegóły tej nader ciekawej sprawy wchodzić nie będziemy; odsyłamy do źródła (160). Zaznaczamy tylko fakt, że człowiek zapomocą hodowli lasecznika ze zwierzęcia o zimnej krwi może się uodpornić na zakażenie ostre hodowlą TBC ludzką. Fakty te, wielkiej doniosłości, pozwalają na przypuszczenia pełne nadziei na przyszłość. Z nich zaś logicznie wyłania się w formie wniosku pytanie: czy tuberkulina ludzka jest właściwym środkiem przeciw gruźlicy ludzkiej?

Dlaczego nie wolno na podstawie przytoczonych doświadczeń przypuszczać, że swoistym środkiem może tu być bydlęca tuberkulina (Sporglera) lub hodowle żywych laseczników bydlęcych (Klemperer)? Albo, czyż nie wolno również przypuszczać, wobec autoimunizacyi Möllera, że swoistym środkiem na gruźlicę ludzką może być lasecznik jakiegoś z niższych gatunków zwierząt, bądź jako czysta hodowla, bądź w odpowiedni sposób na wzór tuberkulin przygotowany?

Wypada więc: 1) dowieść tożsamości lub nietożsamości TBC z PTBC i lasecznikami niższych gatunków; 2) dowieść, iż uodpornienie powinno się odbywać zapomocą toksyn identycznych lub antagonistycznych. Więc albo przyjąć dualistyczną teoryę lasecznika i wzajemny antagonizm toksyn (Spengler) albo unionistyczną (Behring), albo teoryę pośrednią »form przejściowych« Rabinowitschówny. A w takim razie wobec różnorodności typów lasecznika w gruźlicy u człowieka zjawiają się znów dwa pytania: 1) czy nie należałoby stosować preparatów z odpowiednich typów lasecznika, wywołującego daną sprawę chorobową lub do nich zbliżonych; 2) albo czy nie wypadałoby w każdym poszczególnym przypadku stosować preparaty z lasecznika, najbardziej oddalonego od tego, który wywołał daną sprawę gruźliczą. — Pytania te mimowoli powstają, jako wniosek z przytoczonych wyżej prób i doświadczeń nad człowiekiem i zwierzętami. Za pytaniami takiemi przemawia powinowactwo w wielu kierunkach pomiędzy całą grupą prątków kwasoopornych. Na te wszystkie pytania klinicysta nie znajduje dokładnej odpowiedzi. W umyśle jego wobec sprzecznych teoretycznych poglądów, wobec sprzecznych praktycznych wniosków poważnych autorów, wątpliwości powstają za wątpliwościami.

XIV.

Przypuśćmy, że sprawa uodpornienia człowieka na gruźlicę została rozstrzygnięta teoretycznie i praktycznie przez stosowanie tych lub innych preparatów z tych lub innych laseczników, w odpowiedni sposób przygotowanych. — Tu, przez porównanie, nasuwa się pytanie, o ile uodpornienie takie byłoby istotnie trwałe?

Widzieliśmy wyżej, że wyniki uodpornienia młodych cieląt przez Behringa miały być wedle niego tak trwałe, że mleko tychże cieląt już w wieku późniejszym, w kilka lat potem, miało zawierać sporo antytoksyn i służyć jako dzielny środek przeciw gruźlicy dzieci. Tymczasem doświadczenia Moussu, przeprowadzone na wielką skalę, oraz doświadczenia przytoczonych przez niego weterynarzy, twierdzenie o owej długotrwałości uodpornienia mocno zachwiały. Zresztą mniejsza o to. Rozmyślania takie dotyczą już dalszych wyników uodpornienia.

Wracamy do sprawy tuberkuliny, do pytań aktualnych, z kliniką swoistego leczenia związanych. Szeregi przykładów, przez nas wyżej przytoczonych, świadczą wymownie, że obok dodatniego działania tuberkuliny i to bardzo wyraźnego, w przypadkach bardzo ciężkich, widzimy z drugiej strony w przypadkach lekkich bardzo ujemne i niebezpieczne skutki. Stąd ta nieobliczalność działania, na którą słusznie kładą nacisk przeciwnicy tuberkuliny. Z nią

[24]) Przypominamy, że Bataillon, Moeller i Terre (35) opisali prątka u karpia, który pod wieloma względami jest podobny do lasecznika padalca. Oba wywołują zmiany gruźlicze u zimnokrwistych, lecz nic u ciepłokrwistych. Autorowie uważają oba te prątki za pewną odmianę lasecznika Kocha.

zaś wiąże się pytanie, które także rozstrzygnięte nie jest, a mianowicie, czy w ustroju odbywa się kumulacya dawek tuberkuliny ze wszystkiemi stąd wynikającemi następstwami — jak twierdzą Köhler, Schröder i t. d. — czy też ustrój — jak twierdzą Moeller i Löwenstein — odpowiada »nadwrażliwością«? Moeller i Löwenstein dla uzasadnienia swej tezy powołują się na wykryte przez Behringa zjawisko »nadwrażliwości« u koni wysoko uodpornionych na tężec pod wpływem wstrzykiwania nowych dawek toksyny. Ale u Behringa są dowody na cyfrach oparte, tu zaś ich niema. Natomiast żywcem przeniesioną jest nazwa zjawisk zbadanych i określonych do niezbadanych i dotąd nie ujętych. Istotnie, dlaczego nie możnaby przyjąć teoryi »kumulacyi« dawek, skoro sporo faktów klinicznych za tem przemawia? Sprawa ta ostatecznie wyjaśnioną nie jest, a jednak ze stanowiska interesu chorych, a więc z tego punktu widzenia, którym klinicysta przedewszystkiem kierować się winien, domaga się usilnie rozstrzygnięcia na drodze naukowej.

A dalej jeszcze nowe wątpliwości, z innej dziedziny myślenia, bezpośrednio tuberkuliny dotyczące, a podsuwające myśl, gdzie może należy szukać przyczyny niepewnych i nieobliczalnych jej skutków.

Koch, jak wiadomo, dla przygotowania T używał hodowli niezależnie od ich wieku i stopnia jadowitości, dla przygotowania zaś TR posługiwał się hodowlami tylko bardzo jadowitemi. Już ta okoliczność nasuwa pytanie, w jakich postaciach gruźlicy płuc lub innych narządów należy używać preparatów więcej, a kiedy mniej jadowitych?

Pytanie to, samo przez się bardzo ważne i bardzo złożone zarazem, przy swoistem leczeniu — o ile nam z dostępnej literatury wiadomo — nieuwzględnione. Pytanie to staje się jeszcze bardziej złożonem, jeśli zwrócimy uwagę na doświadczenia Moellera. Autor ten (163) w szeregu doświadczeń nad świnkami morskiemi stwierdził rzecz wielce ciekawą, a mianowicie, że stopień jadowitości TBC wcale nie zależy od ciężkości danej postaci gruźlicy i jej natężenia z punktu widzenia klinicznego. Laseczniki tocznia, tej najłagodniejszej formy, okazały się dla świnek morskich stanowczo jadowitszymi od laseczników chorego, dotkniętego gruźlicą prosówkową. Wynika więc stąd pytanie, jaką tuberkulinę i o jakim stopniu »toksyczności« wypada stosować w różnych lżejszych lub cięższych postaciach gruźlicy? Pytanie to przy uodpornieniu biernem na błonicę zostało już do pewnego stopnia wyjaśnione. Bakteryologia i medycyna doświadczalna powinny wyjaśnić takie pytanie w stosunku do gruźlicy. Niepodobna, aby przy leczeniu chorego na gruźlicę tuberkuliną nie było żadnych punktów wytycznych, na badaniach naukowych opartych. — Klinika powiada, że im sprawa uporczywsza, tem leczenie tuberkuliną dłużej odbywać się powinno, ale taka ogólna formuła jest niewystarczającą, jest poprostu empiryczną, bez ścisłego naukowego uzasadnienia.

Pomiędzy stopniem toksycznego działania tuberkuliny, a stopniem jadowitości lasecznika u chorego i stopniem jego intoksykacyi, wydaje się nam, powinien zachodzić jakiś mniej lub więcej określony stosunek. Weźmy np. dwóch chorych, leczonych wyłącznie metodą higieniczno-dyetetyczną, z których jeden ma rozległe zmiany w płucach, drugi napozór bardzo małe. Może on jednak być daleko cięższej chory od pierwszego. — Klinika nas poucza, że przebieg choroby, przy dobrych jednakich warunkach higienicznych może wypaść całkiem rozmaicie: u pierwszego pomyślnie, u drugiego — nie. Pomijając sprawę obciążenia dziedzicznego, konstytucyi chorego i t. d. przyczyny szukać należy, zdaje się, w większem zatruciu ustroju, w zależności od większej toksyczności laseczników. Czyż logicznie tylko rzecz biorąc, wypada stosować tuberkulinę tę samą, a więc o tym samym stopniu jadowitości, u obu chorych? Albo czy u chorego z lasecznikiem typu ptasiego lub lasecznikiem mastki wypada także stosować szablonowo tę samą tuberkulinę, co i u chorego z lasecznikami typu ludzkiego?

Ten szczegół wymaga wyjaśnienia, jak wogóle wymaga wyjaśnienia cały mechanizm złożonego działania tuberkuliny, do dziś pełen tajemniczości. A jednakże klinicysta powinien domagać się od teoretyków uchylenia tej tajemniczej zasłony.

Zdaje się ze stanowiska nauki o uodpornieniu, że działanie preparatów lasecznikowych da się sprowadzić w ogólnej formie do dwóch głównych punktów: do wytwarzania antytoksyn lub do wzmocnienia fagocytozy, uwzględniając przytem nową teoryę Wrighta o opsoninie.

Z tego ogólnego stanowiska dałyby się również wytłómaczyć znane fakty kliniczne, a mianowicie sprawa samowyleczenia się tych wszystkich lekkich, średnio-ciężkich, a nawet bardzo ciężkich przypadków, w których żadnych swoistych preparatów nie stosowano.

W takim razie ustrój okazuje się sam przez się zdolnym do wytworzenia odpowiednich środków ochronnych, bez podniety, wywoływanej preparatami lasecznikowymi. Zgodnie z wielokrotnie wypowiedzianem twierdzeniem Behringa, że wszelkie bakteryologiczne preparaty lecznicze działają w tym samym kierunku, co natura sama, należy złożone działanie tuberkulin wyjaśnić zapomocą znanych nam zasad nauki o uodpornieniu.

Znane są już doświadczenia, rzucające trochę światła w tym kierunku. Kentzler (126), badając krew suchotników w trzech okresach choroby, wykazał, że zawartość komplementów (aleksyn) w niej jest zupełnie taka sama, jak u zdrowych ludzi, a więc ilość tych ciał ochronnych jest zupełnie dla chorego na gruźlicę wystarczającą. Z tego wnosi on, że »amboceptory w przebiegu gruźlicy muszą doznawać takich zmian jakościowych, iż, pomimo istnienia ciał ochronnych, niszcząca działalność jadu gruźliczego nie może być wstrzymaną«.

Doświadczenia znów Gengou (83) wykazały, że wstrzykiwania świnkom morskim kwasooporných laseczników (człowieka, ryby, padalca, masła i t. d.) wywołują wytwarzanie się sensybilizatorów (czyli »amboceptorów« wedle Ehrlicha). Sensybilizatory te odgrywają rolę czynną, jako odtrutki, nietylko przeciw lasecznikom homologicznym, ale przeciw wszelkim innym, czy występują one jako chorobotwórcze u zimno- i ciepłokrwistych, czy też jako saprofity. Najbardziej jednak czynne są te sensybilizatory w stosunku do laseczników: człowieka, bydła rogatego i kozy.

Jak z tych doświadczeń wynika, sprawa gruźlicza wpływa przedewszystkiem ujemnie na amboceptory. Z drugiej strony wstrzykiwanie świnkom morskim odpowiedniej ilości laseczników nieodbarwiających się pobudza wytwarzanie się amboceptorów, które działają jako antytoksyny na odpowiednie laseczniki, a więc działają uodporniająco. Stąd przez analogię możnaby wyprowadzić wniosek, dotyczący człowieka. Jeżeli wstrzykiwanie laseczników świnkom morskim wiedzie do wytwarzania antytoksyn, to takie samo zjawisko przy danych określonych warunkach powinnoby nastąpić u człowieka. Więc chodzi o bliższe określenie tych warunków.

W dostępnej literaturze nigdzie nie mogliśmy znaleźć bezpośrednich, wyraźnych dowodów na wytwarzanie się antytoksyn u człowieka pod wpływem leczenia tuberkulinami Kocha lub innemi. Dowody, że wytwarzają się antytoksyny, czyli, że leczenie tuberkuliną idzie pomyślnie, zarówno u Kocha, jak i u uczniów jego, polegają zawsze na objawach klinicznych, jak: poprawa stanu ogólnego, zwiększenie wagi, lepsze samopoczucie, zniknięcie gorączki, złagodnienie lub ustąpienie objawów miejscowych w płucach, zniknięcie laseczników itd. Ale takie dowody, dostateczne dla klinicysty, ograniczającego się do stosowania metody higieniczno-dyetetycznej, nie mogą być dostateczne dla specyalisty, posługującego się »swoistem« leczeniem gruźlicy.

Tu muszą być stosowane metody ścisłe, zgodne z za-

sadami nauki o uodpornieniu i mające jako kryteryum nie poglądy osobiste lekarza o wartości podmiotowej, lecz cyfrę o wartości przedmiotowej.

Mamy przykłady ścisłego obliczenia ilości antytoksyny, wytworzonej przy uodpornieniu czynnem, w tężcu u koni. Knorr, przytoczony przez Aschoffa (4), oblicza, że jedna jednostka toksyczna może wytworzyć około 100.000 jednostek antytoksycznych. Istnieją również ścisłe obliczenia jednostek antytoksycznych, jakie używamy przy uodpornieniu biernem surowicą przeciwbłoniczą.

Salomon-Madsen, przytoczeni przez Aschoffa i Dungerna (44), stwierdzili znów z matematyczną ścisłością spadek ilości antytoksyn u koni wysoko uodpornionych na błonicę lub tężec, wskutek wstrzyknięcia nowej, niewielkiej ilości toksyny. Spadek taki może wynosić 12.000 jednostek na jedną jednostkę toksyczną.

Behring znów wykazuje, że ilość antytoksyny może w ciągu jednej godziny zwiększyć się 20 razy (8) (Heft 3).

Wreszcie rozmaite badania — jak dowodzi v. Dungern — przemawiają zatem, że ustrój, czynnie uodporniony, przez długi czas po wstrzyknięciu toksyny, pobudzającej go do wytwarzania antytoksyn, antytoksyny te sam przez się nadal wytwarzać może (44).

Jest więc cały szereg danych, wskazujących w jakim kierunku sprawa wytwarzania się antytoksyn przy swoistem leczeniu gruźlicy tuberkuliną mogłaby być wyjaśnioną. Tymczasem w dostępnej nam literaturze prac takich znaleźć nie mogliśmy.

XV.

Kończąc na tem nasze uwagi o tuberkulinach, możemy sformułować w kilku słowach ogólne wnioski. Widzieliśmy na początku naszej pracy, jakie zamieszanie panuje w zakresie stosowania tuberkuliny, zarówno rozpoznawczego, jak i leczniczego, jaki chaos we wskazaniach, jaka dowolność w stosowaniu T lub TR lub BE — bez żadnego usprawiedliwienia naukowego — jakie duże różnice w dawkowaniu, jakie jaskrawe różnice w czasie trwania leczenia. Statystyka nam wreszcie powiada, że wyniki leczenia tuberkulinami, w połączeniu z metodą higieniczno-dyetetyczną, wcale nie są lepsze od wyników wyłącznego stosowania tejże metody.

Jeśli bezstronnie uwzględnimy te wszystkie fakty, dojdziemy do wniosku, że punkt wyjścia w leczeniu tuberkuliną był genialny, ale w ciągu 17 lat nauka nie wyrobiła podstaw trwałych, nie sformułowała praw wyraźnych, które powinny panować nad całą swoistą metodą leczenia gruźlicy. Miejsce ich zajmują osobiste poglądy poszczególnych lekarzy, albo raczej poszczególnych grup: bezwzględni zwolennicy tuberkuliny, względni z zastrzeżeniami, wreszcie przeciwnicy. W praktycznem zaś stosowaniu niema również norm ustalonych, ani wyrobionej pewnej dyscypliny. Zamiast niej występuje na scenę osobiste doświadczenie lekarza. Ono, choć dużo znaczy, nie wystarcza jednak, gdzie chodzi o jad bardzo złożony, o działaniu niepewnem i nieobliczalnem. Człowiek, leczony swoiście na gruźlicę, powinien być przedmiotem takich ścisłych obliczeń dla jednostek toksycznych i antytoksycznych, jak koń przy uodpornieniu przeciwko tężcowi. Dotąd zaś jest polem doświadczalnem dla prób — na dnie których leżą jeszcze niedostatecznie wyświetlone tajniki wiedzy — czasem pomyślnych, czasem ryzykownych, a czasem zgubnych.

Z tego wszystkiego, cośmy powiedzieli, nie wypada jednak, aby od prób tych odstępować. Czynić je tylko należy z nadzwyczajną ostrożnością, mając ciągle na oku zdrowie i bezpieczeństwo chorego. Najlepszą wskazówką kliniczną w tym względzie jest metoda Sahliego, na wskróś przesiąknięta drobiazgowem przewidywaniem wszelkich możliwych powikłań, a więc pozbawiona niebezpieczeństwa dla chorego. Dzięki jego wielkiej uprzejmości — za którą na tem miejscu składam mu serdeczne podziękowanie — mogłem się przekonać w jego klinice, że wstrzykiwania tuberkuliny (TBK) ze ścisłem zachowaniem jego przepisów, szkodliwem nie jest, a w znacznej większości przypadków z powikłaniami gruźlicy płuc nawet w innych narządach zdaje się dawać pomyślne wyniki.

Ostatecznie, rozważając całą dotychczasową historyę tuberkuliny, rozważając całe mnóstwo prób i doświadczeń nad zwierzętami, wreszcie wyniki uodpornienia u ludzi i u zwierząt, mimowoli poddajemy się nadziei, że z panującego dziś chaosu wyłonić się z czasem powinna naukowo uzasadniona, swoista metoda leczenia gruźlicy ludzkiej w ścisłym sojuszu z panującą dziś metodą higieniczno-dyetetyczną.

Na zakończenie pragnąłbym w paru słowach tylko wspomnieć o próbach stosowania leczniczego tuberkuliny, w naszem Sanatoryum od początku r. b. Aż do tego czasu zachowywaliśmy w Zakładzie stanowisko wyczekujące względem tuberkuliny, nie mając ugruntowanego przekonania o wyższości swoistego leczenia nad metodą higieniczno-dyetetyczną. Ale wyniki, które widziałem w klinice prof. Sahliego, to przeświadczenie, że ścisłe stosowanie jego metody nie może być szkodliwe dla chorego, zachęciło mnie do prób w tym kierunku z tuberkuliną Beranecka. Materyał nasz bardzo skąpy, bo dotyczy tylko 7 chorych, a więc w żadnym razie nie może dawać miary. Na większy zdobyć się nie mogliśmy z tego powodu, iż chorzy bardzo niechętnie, a nawet z wielką obawą przyjmują propozycyę leczenia tuberkuliną, zachęcać zaś ich dla powodów wyżej przytoczonych nie mogliśmy. Z liczby tych 7 chorych, 3 należało do III okresu Turbana, 4 do II okresu. U 4 musieliśmy po kilku wstrzykiwaniach zaniechać dalszych, a to z przyczyny grypy, która na dotychczasowym pomyślnym przebiegu choroby odezwała się w sposób wyraźnie ujemny. W każdym razie u tych 4 chorych żadnych szkodliwych skutków tuberkuliny przy ścisłym nadzorze dostrzedz nie mogliśmy.

U pozostałych leczenie trwało $3^1/_2$—$4^1/_2$ miesięcy. U tych 3 spostrzegaliśmy wyraźną poprawę stanu płuc, zwłaszcza u jednej chorej w III okresie z rozległym naciekiem i rozpadem przynajmniej $^2/_3$ dolnych lewego płuca i stwardnieniem prawego szczytu. Stan ogólny jej także znakomicie się poprawił z przybytkiem przeszło 6 klgr. wagi i utratą gorączki. U 2 pozostałych (II okres) stan ogólny doznał także wyraźnej poprawy z przybytkiem wagi $2^1/_2$ i przeszło 6 kgr.

Jeszcze raz kładziemy mocny nacisk na to, że z tych kilku przykładów żadnych ogólnych wniosków wyciągać nie mamy zamiaru, wiemy bowiem dobrze, że metoda higieniczno-dyetetyczna w chorobie o przebiegu tak niepewnym i tak często nieprzewidzianym, jak gruźlica płuc, daje niejednokrotnie wyniki zupełnie niespodziane i zadaje kłam wszelkim klinicznym przypuszczeniom.

Jedno tylko wydaje się nam uzasadnionem, a mianowicie, że stosowanie TBK wedle metody Sahliego niebezpiecznem dla chorych, nawet ciężko, być nie może, jak o tem zresztą mieliśmy się możność przekonać na znanych nam przykładach z klinik szwajcarskich.

Piśmiennictwo.

1. Aufrecht: »Versammlung Deut. Naturf. und Aerzte in Meran, Sept. 1905« ref. w Münch. med. Woch. 1905, Nr. 42.
2. Axenfeld: »Oberrhein. Aerztetag. 5. VII. 1906« ref. Deut. m. Woch. 1906, Nr. 49.
3. Aronson Eduard: «Allgemeine Fieberlehre« Berlin 1906.
4. Aschoff Ludwig: »Ehrlich's Seitenkettentheorie« Jena 1905.
5. Alexander Arthur: »Praktische Ergebnisse aus dem Gebiete der Dermatologie« Berl. klin. Woch. 1907, Nr. 11, 12, 13.
6. Adler R.: »Drei Tuberkulin-Todesfälle« Prager med. Woch. 1904, Nr. 30.
7. Arnstein M.: »Przyczynek do leczenia gruźlicy metodą Kocha« (z klinik berlińskich) Medycyna 1891, Nr. 3
7b. Amrein: »Beiträge zur Tuberkulinenbehandlung der Tuberkulose« Beitr. zur Klinik der Tuberkulose Bd. IV, Heft II
8. v. Behring: »Beiträge zur exper. Therapie« Heft 3, 5, 8, 10.
9. — »Tuberculosis« September 1905.
10. — »Tuberkulosebekampfung« Berl. klin. Woch. 1903, Nr. 11.
11. Beck: »Ueber die diagn. Bedeutung des Koch'schen Tuberkulins« Deuts. Med. Woch. 1899, Nr. 9.

12. Beck und Lydia Rabinowitsch: »Weitere Untersuchungen über den Werth der Arloing-Courmont'schen Serumreaction bei Tuberkulose, speciell bei Rindtuberculose« D. m. W. 1901, Nr. 10.
13. Baginsky B.: »Berl. klin. Woch.« 1891, Nr. 3. Sitzung der Berl. Med. Ges. 14. I. 1891.
14. Bäumler: »Beobachtungen bei Anwendung des Koch'schen Heilverfahrens« D. m. W. 1891, Nr 2.
15. Baumgarten: »Ueber Immunisierungsversuche gegen Tuberkulose« Berl. klin. Woch. 1904, Nr. 43.
16. Bennert: (ref.) »Aerzt. Verein in Hamburg. Sitzung 21. II, 1905«. Berl. klin. Woch. 1905. Nr. 12.
17. Blum J.: »Zur Heilstättenbehandlung der Lungentuberkulose« Zeits. f. Tub. Bd. VIII, Heft 2.
18. Bujwid O.: »La tuberculine, sa préparation, ses effets sur l' organisme des animaux atteints de la tuberculose«. Archives des Sciences biologiques, publiées par l' Institut imperial de médicine exper. à St. Petersb. 1892, T. I, Nr 1 et 2.
19. — »Doświadczenia na zwierzętach z tuberkuliną« (Odb. z »Gazety Lek.« Nr. 30, 1891).
20. — »Erfahrungen über die Anwendung des Tuberkulins zur Diagnose der Rindtuberkulose«. Separ. aus »Monatschrift für Gesundheitspflege« Nr. 3, 1896.
21. — »Perłica u bydła i t. d.« Kraków 1897.
22. — »Dalsze wyniki badań nad stosowaniem tuberkuliny u zwierząt domowych i t. d.« Przegl. Lek. 1897, Nr. 45.
23. — »Massregeln gegen Verbreitung der Tuberkulose« Separ. aus »Das österr. Sanitätswesen« Nr. 41, 1898.
24. — »O zapobieganiu gruźlicy« (Prace sekcyi gruźliczej IX Zjazdu w Krakowie w 1900 r.).
25. — »Rozpoznawanie gruźlicy u bydła« Kraków 1905.
26. Bang B.: »La lutte contre la tuberculose du bétail en Danemark« Copenhague 1905.
27. Bahrdt H.: »Experimentelle Untersuchungen über die Tuberkulinreaktion« Deut. Arch. f. klin. Med. Bd. 86, Heft 4 und 5.
28. Beraneck: »Une nouvelle tuberculine« Revue méd. de la Suisse Romande« Nr. 8 et 10, 1905.
29. Bandelier: »Die Tuberkulindiagnostik in den Lungenheilstätten« Beitr. zur Klinik der Tuberkulose Bd. II, Hft 4.
30. — »Die Maximaldosis in der Tuberkulindiagnostik« Ibid. Bd. VI, Heft I.
31. — »Heilung eines Lupus durch Perlsuchtalttuberkulin« Ibid. Bd. VI, Heft I.
32. — »Ueber die Heilwirkung des Neutuberkulins (Bacillenemulsion)« Zeitsch. f. Hygiene etc. Bd. 43, 1903.
33. Binswanger: »Ueber probatorische Tuberkulininjektionen bei gesunden stillenden Frauen« Beitr. zur Klinik der Tuberkulose. Bd. IV, Heft I.
34. — »Ueber probatorische Tuberkulininjektionen bei Kindern« Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 43, 1906.
35. Batailon, A. Moeller und Terre; »Ueber die Identitat des Bacillus des Karpfens und des Bacillus der Blindschleiche« Zeits. f. Tub. Bd. III, Heft 6.
36. Biernacki E.: »Sprawa Sanatoryów« Medycyna Nr. 9, 10, 11, 1903.
37. Campana: (ref.) »Compt. rendus du XII congrès intern de médicine. Moscou« Vol. IV, str. 423—4.
38. Cornet: »Die Tuberculose« Wien, 1899 (Spec. Pathol. und Therapie-Nothnagel).
39. — »Die latenten Herde der Tuberculose und die Tub. diagnostik im Lichte neuer Forschungen« Berl. klin. Woch. 1904 Nr. 14 und 15.
40. Carrière H.: »La tuberculose et l'armement antituberculeux en Suisse«. Sonderabdruck aus »Tuberculosis« 1905.
41. Chełchowski K.: »O leczeniu gruźlicy płynem Kocha« Gaz. Lek. 1891, Nr. 12, 13 i 16.
42. Darier: »S-te française de Dermatologie et Syphiligraphie 2. III. 905« (ref. Mün. med. Woch. 1905, Nr. 16).
43. Dieudonné Adolph: »Immunität, Schutzimpfung und Serumtherapie« Leipzig 1905.
44. Dungern Emil: »Die Antikörper« Jena 1903.
45. Denys J.: »Le bouillon filtré« Louvain 1905.
46. Dettweiler: »Congr. für innere Medizin« Wiesbaden 1891.
47. Dębiński Bolesław: »O szczepieniu ochronnem przeciwko gruźlicy« odb. z Gaz. Lek. 1907.
48. Dunin T. i Dąbrowski W.: »Badanie histologiczne płuc w jednym przypadku, leczonym metodą Kocha« Gaz. Lek. 1891, Nr. 23.
49. Ewald: (ref.) »Berl. klin. Woch.« 1891, Nr. 4. Sitzung der Berl. med. Gesellschaft 21. I. 901
50. Eisenberg F. i Keller E: »O swoistości serodyagnostyki gruźlicy« Kraków 1902.
51. Erdmann (Altona): »Ueber eine erfolgreiche Behandlung von Tuberculose des Auges mit Tuberkulin« Münch. m. Woch. 1907, Nr. 14.
52. Eber A.: »Zwei Falle von erfolgreicher Uebertragung tuberculösen Materials von an Lungenphthise gestorbenen erwachsenen Menschen auf das Rind« Deut. m. Woch. 1907, Nr. 10.
53. Freymuth: »Ueber Anwendung von Tuberkulinpräparaten per os.« Münch. med. Woch. 1905, Nr. 2.
54. — »Diagnostische Erfahrungen mit Tuberkulin an Lungenkranken« Münch. med. Woch. 1903, Nr 19.
55. — »Peptoninjektionen« Autoreferat w Zeits. f. Tub. Bd. II, Hft IV.
56. Flatau: »Laryng. Beobachtungen zur Koch'schen Heilmethode« Berl. klin. Woch. 1891, Nr. 3.
57. — »Berl. klin. Woch.« 1891, Nr. 5, referat, Sitzung der Berl. med. Gesell. 28. I, 1891.
58. Fürbringer: »Zur Kenntniss des Gefahren der Tuberkulinkuren bei Lungenkranken« Berl. klin. Woch. 1891, Nr. 26.
59. — Ibid. 1891, Nr. 5. Sitzung der Berl. med. Gesell. 28. I. 1891.
60. Prof. Fraenkel A.: »Speziele Pathologie und Therapie der Lungenkrankheiten« Berlin 1905 pag. 842.
61. — (ref.) »Deut. med. Woch.« 1903, Nr. 5. Sitzung der Berl. med. Gesellschaft.
62. — »Berl. klin. Woch.« 1891, Nr. 3, (ref.). Sitzung der Berl. med. Gesellschaft 14. I. 1891.
63. — »Beobachtungen über die Anwendung des Koch'schen Heilverfahrens« D. m. W. 1890, Nr. 51.
64. Franz K.: »Wiener Brief« in Münch. med. Woch. 1902, Nr. 7.
65. — »Die Bedeutung des Tuberkulins für die Frühdiagnose der Tuberkulose« Wiener med. Woch. 1902, Nr. 36, 37, 38.
66. Fürst Ernst: »Zwei praktisch wichtige Fälle von Hysterie« Mün. med. Woch. 1900, Nr. 14.
67. Frenkel L. und Brenstein O.: »Exper. Beiträge zur Frage über Tuberkulöse Toxine und Antitoxine« Berl. klin. Woch. 1901, Nr. 3.
68. Friedmann Friedrich Franz: »Zur Frage der aktiven Immunisierung gegen Tuberculose« Deut. m. W. 1904, Nr. 5.
69. — »Ueber Immunisierung von Rindern gegen Tuberkulose (Perlsucht) und über Tuberculoserumversuche« Ibid. 1904, Nr. 46.
70. — »Spontane Lungentuberkulose mit grosser Kaverne bei einer Wasserschildkrötte« D. m. W. 1903, Nr. 2.
71. — »Der Schildkröttentuberkelbacillus, seine Züchtung, Biologie und Pathogenität« D. m. W. 1903. Nr. 26.
72. — »Immunisierung gegen Tuberculose« Deut. med. Woch. 1903, Nr. 50.
73. Fraenkel Albert (Badenweiler): »Das Tuberkulinum Kochii als Diagnosticum« Zeit. f. Tub. Bd. I. Hft IV.
74. Fischer Martin: »Ueber die Serumreaktion bei Tuberkulose« Zeit. f. Tub Ad. II, Hft IV.
75. Foss: »Beitrag zur Tuberkulinbehandlung« Zeitsch. f. Tuberk. Bd. VI, Heft 5.
76. Frey Hermann: »Ueber die specif. Behandlung der Tuberkulose" Leipzig 1905.
77. Feistmantel: »Die Tuberkulinreaktion« Centrbl. f. Bakteriologie Bd. 36 Nr. 2 und 3.
78. Goetsch: »Ueber die Behandlung der Lungentuberkulose mit Tuberkulin« D. m. W. 1901, Nr. 25.
79. Goldschmidt J.: »Bericht über 5 mit dem Koch'schen Heilmittel behandelte Fälle von Lepra« Berl. klin. Woch. 1891, Nr. 2.
80. Gluziński A.: »Einige Bemerkungen über das Koch'sche Heilverfahren gegen Tuberkulose, namentlich bei Lungenkranken« Wien. klin. Woch. 1891, Nr. 52.
81. — (to samo po polsku): »Kilka uwag nad działaniem etc.« Przegl. Lek. 1891, Nr. 51.
82. Ganghofer: (ref.) »Versammlung Deut. Naturf. und Aerzte in Meran 24—30. IX. 905«, Berl. klin. Woch. 905, Nr. 46.
83. Gengou: »Zur Kenntniss der antituberkulösen Sensibilisatoren« Berl. klin. Woch. 1906, Nr. 48.
84. Grünwald: »Ueber die Verwendung des alten Koch'schen Tuberkulins zur Erkennung der Lungentuberkulose« Münch. med. Woch. 1903, Nr. 43.
85. Gabriłowicz: »Leczenje czachotki tuberkulionom« Russkij Wracz, Nr. 26, 1906.
86. Grabowski M.: »O zwalczaniu i zapobieganiu gruźlicy bydła« (Prace sekcyi gruźliczej IX Zjazdu przyrodników i lekarzy polskich w Krakowie w r. 1900).
87. Holdheim: »Münch. med. Woch.« 1904. Nr. 40. Versammlung Deut. Naturf. und Aerzte in Breslau, Sept. 1904.
88. Hippel: »Sitzung der med. Gesellschaft in Goettingen 4. II. 904« ref. Deut. m. Woch. 1904, Nr. 28.
89. Hansemann D.: »Pathol., anat. und histologisch. Erfahrungen nach der Koch'schen Behandlungsmethode« Berl. klin. Woch. 1891, Nr. 5.
90. Hager: »Zur specifischen Behandlung der Tuberkulose« Münch. M. W. 1902, Nr. 48 u. 49.
91. — »II. Versammlung der Tuberkuloseärzte in Berlin 1904«.
92. Heubner: »Gesellschaft der Charitéaerzte in Berlin 31. V. 906« Berl. klin. Woch. 1906, Nr. 35.
93. — »Congress f. Innere Medizin« Wiesbaden 1891.
94. Hertwig O.: »Ueber die physiologische Grundlage der Tuberkulinwirkung« Jena 1891.
95. Humbert: »Quels résultats pouvons nous obtenir avec la tuberculine Bèraneck« Revue méd. de la Suisse Romande Nr. 10, 1906.
96. Hammer: »Die Tuberkulinbehandlung der Lungentuberkulose« Mün. m. Woch. 1906, Nr. 48.
97. — »Ueber die diagn. Tuberkulin-Injektion« Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. I, Hft 4.
98. Helman M.: »Des propriétés de la tuberculine provenant des bacilles tuberculeux cultivés sur pomme de terre« in Archives de Sciences biologiques publiées par l' Institut impérial de médecine exper. à St. Pétersbourg 1892, T. I, Nr. 1 et 1.
99. Jarisch: »Lupus vulgaris-Tod 36 Stunden nach Injektion von 2 miligr. Koch'scher Lymphe« Wien. klin. Woch. 1890, Nr. 50.
100. Junker: »Zur Tuberkulindiagnostik der Lungentuberkulose« Beiträge zur Klinik. der Tuberkulose Bd. VI, Hft 4.

101. — »Natur-histor. medizin. Verein in Heidelberg 26. VI. 1906« in Deut. med. Woch. 1906, Nr. 44.
102. Jurgens: »Experimentelle Untersuchungen über Tuberkulin« in Zeits. f. exper. Pathologie und Therapie. Bd. I, Hft III.
103. — »Tuberkulinbehandlung und Tuberkuloseimmunität« Berl. klin. Woch. 1905, Nr. 34.
104. Jacoby: (ref.) »Med. Sektion der schlesischen Gesellschaft f. vaterl. Kultur«. Sitzung 10. II. 905. In Berl. klin. Woch. 1905, Nr. 9.
105. v. Jaksch: »Congr. f. Innere Medizin« Wiesbaden 1891.
106. Jessen F.: »Ueber die Agglutination bei Lungentuberkulose« Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. VI, Hft II.
107. Jasiński K.: »Leczenie gruźlicy kości płynem Kocha« Gaz. Lekarska 1891, Nr. 2.
108. — »Pierwsze wyniki leczenia gruźlicy kostnej metodą Kocha« Ibid. Nr. 7, 1891.
109. Jeż Walenty: »Działanie nowej tuberkuliny (TR) Kocha na gruźlicę płuc« Przegl. Lek. 1897, Nr. 29 i 30.
110. Jakowski M.: »List otwarty do redakcyi« Gaz. Lek. 1897, Nr. 20.
111. Kraus F.: »Immunität bei Tuberkulose« Zeits. f. Tub. Bd. VII, Hft 3.
112. Krapf: »Nürnb. mediz. Gesellschaft«. Sitzung 20. IV, 1905 (ref.) in Mün. med. Woch. 1905, Nr. 28.
113. A. Kurzer (in Lorek): »Tod nach Tuberkulineinspritzung« Med. Corresp. Blatt des Würtemb. ärztlichen Landesvereins Nr. 18, 1904.
114. Krause: »Die Tuberkulintherapie in der ambulanten Behandlung und bei Fieberndenn« Mün. m. Woch. 1905, Nr. 52 und Deut. m. W. 1905, Nr. 51.
115. — »Bemerkungen zu Dr. G. Schröders Referat« Zeitschr. f. Tub. Bd. IX, Heft 4.
116. Koch R.: »Weitere Mittheilungen über ein Heilmittel gegen die Tuberkulose« Deut. med. Woch. 1890, Nr. 46a.
117. — »Nachschrift« do art. Goetscha D. m. W. 1901, Nr. 25.
118. — »Fortsetzung der Mittheilungen über ein Heilmittel gegen Tuberkulose« D. m. W. 1891, Nr. 3.
119. — »Weitere Mittheilungen über das Tuberkulin« D. m. W. 1891, Nr. 43.
120. — »Ueber die Agglutination der Tuberkelbacillen und über die Verwerthung dieser Agglutination« D. m. W. 1901, Nr. 48.
121. — »Ueber neue Tuberkulinpräparate« D. m. W. 1897, Nr. 14.
122. — »Die Bekämpfung der Tuberkulose unter Berücksichtigung der Erfahrungen, welche bei der erfolgreichen Bekämpfung anderer Infektionskrankheiten gemacht sind« D. m. W. 1901, Nr. 33.
123. Koczyński und Adamkiewicz: »Einige Bemerkungen über die Art und Weise wie gesunde und der Lungentuberkulose verdächtige Individuen auf Koch'sche Impfungen reagieren« Berl. klin. Woch. 1891, Nr. 4.
124. — (to samo po polsku): »Kilka uwag tymczasowych o sposobie w jaki zdrowi i t. d.« Przegl. Lek. 1891, Nr 2.
125. Korczyński: »O zmianach przelotnych jakie powstać mogą w płucach osób niegruźliczych pod wpływem płynu Kocha« Przegl. Lek. 1891, Nr. 3.
126. Kentzler: »Der Komplementgehalt des Blutes bei verschiedenen Formen der Lungentuberkulose« Berl. klin. Woch. 1905, Nr. 11.
127. Krehl und Matthes: »Wie entsteht die Temperatursteigerung des fiebernden Organismus« Archiv. f exper. Pathologie Bd. 36, 1897.
128a. Köhler F.: »Zur Tuberkulinfrage« Zeit. f. Tub. Bd. V, Hft III.
128b. — «Die Lungenheilstätte Holsterhausen bei Werden« Ibid. Bd. IV, Heft I.
129. — »Tuberkulin und Organismus« Jena 1905.
130. — »Tuberkulin per os« Zeit. f. Tub. Bd 10, Heft 4.
131. de Kursmaecker: »De la guérison de la cystite tuberculeuse«. Extr. des annales de la St. de médecine d' Anvers. Mars 1906.
131b. Köppen: Ueber die probatorische Tuberkulininjektion« Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. II, Hft 3.
132. Kossel: »Etude comparative des diverses tuberculines« Congrès Inter. de Tuberculose Paris 1905.
133. Kremser: ref. w Bericht über die I. Versammlung der Tuberculoseärzte in Berlin 1903 i II. Berlin 1904.
134. Klebs E.: »Ueber Entstehung und Behandlung der menschlichen Lungentuberkulose« D. m. W. 1907, Nr. 15.
135. Karwacki L.: »Sur un nouveau réactif pour l' agglutination tuberculeuse« Zeit. f. Tub. Bd. IX, Hft 3.
136. — »Ueber die specif. Eigenschaften des antitoxischen Serums von Maragliano« Ibid. Bd. VIII, Hft 1.
137. Klemperer F.: »Exper. Beitrag zur Tuberkulosefrage« Zeits. f. klin. Medizin Bd. 56, 1905, Hft 3 und 4.
138. v. Leyden: »Klinische Erfahrungen über die diagnostische Bedeutung der Koch'schen Lymphe« Berl. klin. Woch. 1891, Nr. 12 und 13.
139. Löwenstein und Kauffmann: »Ueber die Dosierung des Alttuberkulins zu diagn. Zwecken« Zeit. f. Tub. Bd. 10, Hft 1.
140. Löwenstein: »Tuberkulin per os.« Ibid. Bd. 9, Hft 4.
141. Löwenstein und Rappoport: »Ueber den Mechanismus der Tuberkulinimmunität« Ibid. Bd. V, Hft 6.
142. Löwenstein: »Ueber Septikämie bei Tuberkulose« Ibid. Bd. VII, Hft 6.
143. Lüdke: »Beobachtungen über 100 mit altem Koch'schen Tuberkulin behandelte Falle. Aus der mediz. Klinik in Würzburg« Zeit. f. Tub. Bd. 8, Hft 2.
144. — »Tuberkulinreaction und Tuberkulinimmunität« Beitr. zur Klinik der Tuberk. Bd. VI, Hft II.
145. Lewinson: (ref.) »Aerzt. Verein in Frankfurt 11. VI. 1906« in Deut. med. Woch 1906, Nr. 44.
146. Lannoise: »Organo-toxine« Zeits f. Tub. Bd. I, Hft 4.
147. Lévy Ludwig: »Blutdruckmessungen an Tuberkulösen« Beitr. zur Klinik der Tuberkulose, Bd IV, Hft I.
148. Mikulicz: »Die bisherigen Erfolge des Koch'schen Heilverfahrens gegen Tuberkulose« D. m. W. 1891, Nr. 10.
149. Mitulescu: »Die Ergebnisse der specif. Behandlung in der chronischen Lungentuberkulose« Zeit. f. Tub. Bd. 9, Hft 3 und 4.
150. — »Die Vortheile der kombinierten Behandlung der chronischen Tuberculose« Deut. med. Woch. 1903, Nr. 21.
151. Maragliano: »Kampf und Immunisation des Organismus gegen Tuberkulose« Berl. klin. Woch. 1903, Nr. 25 i 26.
152. — »Die specifische Therapie der Tuberkulose« Berl. Klin. Woch. 1906, Nr. 43, 44 u. 45.
153. — »Exper. Beiträge zur Kenntniss der tuberkulösen Toxhämie« Zeit. f. Tub. Bd. I, Hft IV.
154. Marmorek Aleksander: »Resorption toter Tuberkelbacillen« Berl. klin. Woch. 1906, Nr. 36.
155. — »Beiträge zur Kentniss der Virulenz der Tuberkelbacillen« Berl. klin. Woch. 1906, Nr. 11.
155bis. Moeller, Loewenstein et Ostrowsky: »Une nouvelle méthode de diagnostic de la tuberculose pulmonaire par la tuberculine de Koch, sa valeur clinique« Congrès Intern. de la Tuberculose a Paris 1905 T. I.
156. Moeller A.: »Zweiter ärztlicher Jahresbericht der Heilstätte Belzig.« Zeit. f. Tub. Bd. III, Hft III.
157. Moeller A. und Kayserling: »Uber die diagnostische und therapeutische Verwendung des Tuberkulins« Ibid. Bd. III, Hft 4.
158. — »Dritter ärzt. Bericht etc.« Ibid. Bd. IV. Hft IV.
159. — »Zur Frühdiagnose der Tuberkulose« Münch. med. Woch. 1901, Nr. 50.
160. — »Ueber aktive Immunisierung gegen Tuberkulose« Zeit. f. Tub. Bd. V, Hft III.
161. — »Verein fur innere Medizin in Berlin« Deut. med. Woch. 1907, Nr. 15.
162. — »Die specifische Therapie« Handbuch der Therapie der chronischen Lungenschwindsucht Schröder und Blumenfeld 1904.
163. — »Vergleichende exper. Studien über Virulenz verschiedener Tuberkelbacillenstämme menschlicher Herkunft« Zeitsch. f. Tub. Bd. V, Heft I.
164. Meissen: »Bericht über 208 seit 3—11 Jahren geheilt gebliebene Fälle von Lungentuberkulose« Zeit f. Tub. Bd. IV, Hft 2.
165. — »Betrachtungen über Tuberkulin« Ibid. Bd. 10, Hft 4.
166. — »Die Tuberkulinprobe« Heilkunde 1903, Nr. 11.
167. v. Mengershausen: »Bericht über die I. Versammlung der Tuberkuloseärzte in Berlin 1903«.
168. Mazzotti L.: »Della tubercolina ad operata a scopo diagnostico« (ref. Centr. f. Inn. Medizin 1902, Nr. 13).
169. Morgenroth J. und Rabinowitsch Lydia: »Die Immunitätsreactionen tuberkulösen Gewebes und deren Zusammenhang mit der Theorie der Tuberkulinwirkung« D. m. W. 1907, Nr. 18.
170. Moussu: »Le bilan actuel de la vaccination antituberculeuse« Semaine méd. Nr. 49, 1906.
170bis. Mettetal: Valeur de la tuberculine dans le diagnostic de la tuberculose de la première enfance« Paris 1900.
171. Nurney: (ref.) »Versammlung Deut. Naturf. und Aerzte in Breslau. September 1904« Münch. med. Woch. Nr. 40, 1904 und Zeit. f. Tub. Bd. VI, Hft 4.
172. Neufeld. »Ueber Immunisierung gegen Tuberkulose« D. M. W. 1903, Nr. 37.
173. — »Zur Geschichte der Entdeckung der Immunisierung gegen Tuberkulose« Ibid. 1904, Nr. 18 i 34.
174. Neisser E.: (ref.) »Bericht über die II. Versammlung der Tuberkuloseärzte in Berlin 1904«.
175. Nienhaus: »Jahresbericht Basler Heilstätte in Davos für das Jahr 1903«.
176. Naegeli Otto: »Ueber Haufigkeit, Localisation und Ausheilung der Tuberculose nach 500 Sectionen des Züricher'schen Patholog. Instituts« Virch. Archiv Bd. 160, 1900.
177. Nencki L., Mączewski Wł. i Łogucki A.: »W sprawie wyrobu i stosowania nowej tuberkuliny« Gaz. Lek. 1897, Nr. 19.
178. Oppenheim A.: »Beobachtungen bei Anwendung des Koch'schen Mittels« Berl. klin. Woch. 1891, Nr. 3.
179. Orth J.: »Zur Statistik der primären Darmtuberkulose« Berl. klin. W. 1907, Nr. 8.
180. Petruschky: »Die specifische Behandlung der Tuberkulose« Berl. klin. Woch. 1899, Nr. 51 und 52.
181. — (ref.) »Compt. rendus. Congr. Internat. à Moscou« rok II, str. 97—107.
182. — »Beobachtungen über Ehen und Nachkommenschaft Tuberkulöser die mit Tuberkulin behandelt worden« Zeitsch. f. Tub. Bd. VI, Heft 4.
183. — »Die Heilung bei Tuberkulose« Leipzig 1904.
184. — »Kriterien und Kontrolle der Heilung bei Lungentuberkulose« Jena 1903.
185. — »Tuberkulinbehandlung in Heilstätten« ref. I. Versammlung der Tuberkuloseärzte in Berlin 1903.
186. — »Vortrage zur Tuberkulose-Bekämpfung« Leipzig 1900 (Leineweber).

187. Prior J.: »Das Koch'sche Heilverfahren gegen Tuberkulosis in seiner Einwirkung auf den gesammten Organismus und den Sitz der Erkrankung« Mün. M. W. 1891, Nr. 3.
188. Pielicke und Senator: ref. w »Berl. klin. Woch.« 1904, Nr. 19, St. 508. Sitzung Berl. med. Gesellschaft 27. IV. 904.
189. Püppelmann: »Die Behandlung der Lungenschwindsucht mit Bacillen Emulsion Koch« Berl. klin. Woch. 1905, Or. 36.
190. Pickert: »Ueber den Werth der Tuberkulin-Diagnostik für die Heilstätten« Mün. M. W. 1903, Nr. 43.
191. — »Zur Tuberkulindiagnose in der Heilstätte« Zeit. f. Tuberkulose Berl. IV, Heft 1.
192. — »Bericht über die II. Versammlung der Tuberkuloseärzte in Berlin 1904.
193. Przedborski L.: »Wyniki stosowania płynu Kocha w szpitalu starozakonnych w Łodzi« Gaz. Lek. 1891, Nr. 34 i 35.
194. Rittmeyer: »Ein Fall von acuter Meningitis tuberculosa nach Koch'scher Behandlung einer Phithtis pulmonum« Berl. klin. Woch. 1891, Nr. 5.
195. Prof. Rumpf (Marburg): »Vorläufiger Bericht über 60 nach der Methode von R. Koch behandelte Krankheitsfälle« Deut. med. Woch. 1891, Nr. 3.
196. Dr. Rumpf (Friedrichsheim): II. Versammlung der Tuberkuloseärzte in Berlin 1904.
197. Romberg: »Zur Serumdiagnose der Tuberkulose« Deut. m. W. 1901. Nr. 18.
198. Roemisch W.: »Ueber Erfolge mit Tuberkulinbehandlung nach Goetsch'em Verfahren« Mün. med. Woch. 1902, Nr. 46 u. 47.
199. — »Ueber Dauererfolge mit Tuberkulinbehandlung« Ibid. 1907, Nr. 3.
200. Rudolph: »Kombinierte Behandlung der Lungentuberkulose mit Kalk und Tuberkulin« Mün. m. W. 1902, Nr. 48.
201. Renebold: »Zur Heilwirkung des Tuberkulins bei Lungentuberkulose« D. M. W. 1897, Nr. 36.
202. Roepke: »Ueber diagnostische Tuberkulindosen« Zeit. f. Tub. Bd. 10, Heft 5.
203. — »Das Tuberkulin in der Behandlung der Kehlkopftuberkulose« Beitr. zur Klinik der Tuberkulose Bd. IV, Heft I.
204. Rabinowitsch Lydia: »Die Beziehungen der menschlichen Tuberkulose zu der Perlsucht des Rindes« Berl. klin. Woch. 1906, Nr. 24.
205. — »Neue experimentelle Untersuchungen über Tuberkulose« Deut. med. Woch. 1906, Nr. 45.
206. — »Zur Frage latenter Tuberkulose« Berl. kl. Woch. 1907. Nr. 2.
207. Rosenberg F.: »Beobachtungen bei Behandlung von Phthisikern mit Tuberkulin« Zeit. f. inn. Medizin Nr. 19, 1903.
208. Rollier: ref. »Ste vendoise de médecine« Revue médicale de la Suisse Romande, Nr. 8, 1906.
208 bis. Rosenfeld: »Ueber Tuberkulineinspritzungen« Württemb. Corresp. Bd. 8, Nr. 28 Deut. m. Woch. 1904, Nr. 32.
209. Renzi: »Ueber einige Enttäuschungen und Hoffnungen bei der Behandlung der Tuberkulose« Berl. klin. Woch. 1906, Nr. 19.
210. Röth-Schulz: »Ueber den diagn. Werth des alten Koch'schen Tuberkulins« Beitr. zur Klinik der Tuberkulose Bd. VI, Heft II.
211. H. Schmidt: »Beiträge zur Beurtheilung der Tuberkulinreaction« Mün. m. W. Nr. 18, 1904.
212. Shöler: »Sitzung der Berl. Opht. Gesellschaft 19. V. 904« ref. Deut. med. Woch. 1904, Nr. 25.
213. Schlüter Robert: »Ueber den diagn. Werth der Tuberkulinreaktion« Deut. med. Woch. 1904, Nr. 8.
214. Stintzing: »Ueber Tuberkulinwirkungen in diagn. und therap. Beziehung« Mün. m. W. 1891, Nr. 9, 10, 11.
215. Sokołowski Alfred: »Suchoty płucne« T. III, Warszawa 1906.
216. — »Przypadek owrzodzenia gruźliczego wargi dolnej, leczony zapomocą wstrzykiwania płynu Kocha« Gaz. Lek. 1891, Nr. 24.
217. Spengler C.: »Therap. und diagn. Resultate der Tuberkulinbehandlung« Davos 1892.
218. — »Ueber Tuberkulinbehandlung« Davos 1897.
219. — »Zur Diagnose geschloss. Lungentuberkulose etc.« Davos 1900.
220. — »Klassenstadieneinteilung der Lungentuberkulose etc.« Jena 1903.
221. — Ein neues immunisierendes Heilverfahren etc.« Deut. M. Woch. 1904, Nr. 31.
222. — »Tuberkulinbehandlung im Hochgebirge« Davos 1904.
223. — »Ein neues immunisierendes Heilverfahren der Lungenschwindsucht mit Perlsuchttuberkulin« D. m. W. Nr. 31 und 34.
224. — »Die Doppelätiologie der tuberkulösen Phtise und die Vakzinationsbehandlung« Wien. klin. Rundschau 1906, Nr. 33.
225. Schmidt Adolph: »Bemerkungen zur Diagnose der Lungenschwindsucht« D. m. W. 1903, Nr. 40.
226. Stargard: »Mediz. Gesellschaft in Kiel 2. XII. 905« ref. Mün. med. Woch. 1906, Nr. 12.
227. Schnöller A.: »Theoretisches und praktisches über Immunisierung gegen Tuberkulose« Strassburg 1905.
228. Sahli: »Ueber Tuberkulinbehandlung« 2-te Auflage Basel 1907.
229. Straus: »La tuberculose et son bacille« Paris 1895.
230. Schreiber: »Ueber das Koch'sche Heilverfahren« Deut. med. Woch. 1891, Nr. 8.
231. Schick Bèla: »Die diagnostische Tuberkulinreaktion im Kindesalter« Jahrb. für Kinderheilkunde Bd 11, Heft 5.
232. Schmidt Moritz: »Congress für innere Medizin« Wiesbaden 1891.
233. Schrader: »Aerztl. Jahresbericht 1901 der Volksheilstätte. Loslau os.« Loslau 1902
233 bis. Schüle A.: »Ueber die probatorische Tuberkulininjektion« Beitr. z. Klinik der Tub. Bd. II, Heft I.
234. Schröder G.: »Ueber neuere Medikamente und Nährmittel bei der Behandlung der Tuberkulose« Zeit. f. Tub. Bd. III, Heft I.
235. — Ibidem Bd. VIII, Heft II.
236. — Ibidem Bd. VIII, Heft VI.
237. — Ibidem Bd. X, Heft III.
238. Schröder und Kaufmann: »VII Jahresbericht der neuen Heilanstalt für Lungenkranke zu Schömberg für das Jahr 1905«.
239. — »Ueber die Wirkungen der Alttuberkuline« Beitr. zur Klinik der Tuberkulose Bd. VI, Heft 4.
240. Srebrny Z.: »Sprawozdanie ze spostrzeżeń poczynionych w Berlinie nad działaniem płynu Kocha« Gaz. Lek. 1890, Nr. 48.
240 bis. Servaes: »Bemerkungen über die Gefährlichkeit der probatorischen Tuberkulinimpfung« Beitr. zur Klinik der Tub. Bd. II, Heft III.
241. Seemann E. A.: »Płyn Kocha w chorobach chirurgicznych« Gaz. Lek. 1891, Nr. 1.
242. Szumowski W.: »Przyczynek do badań toksykologicznych i chemicznych nad laseecznikiem gruźlicy« Medycyna Nr. 42 i 43, 1898.
243. Turban: »Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberkulose« Wiesbaden 1899.
244. — »Congress f. innere Medizin« Wiesbaden 1891.
245. Virchow: »Berl. klin. Woch« 1891, Nr. 3 i 4. Sitzung der Berl. med. Gesellschaft 14—21. I. 1891.
246. — Ibid. Nr. 5, 1891, Sitzung etc. 28. I. 1891.
247. — »Bericht über Tub. Kongress in Berlin 1899«.
248. — Weber: »Bericht über die Impfungen mit Koch'scher Lymphe in 1890 Jahre« D. m. W. 1891, Nr. 4.
249. Weicker Hans: »Tuberkulose-Heilstätten-Dauererfolge« Leipzig 1903 (Leineweber).
250. Wolff: (ref.) »Versammlung Deut. Naturf. und Aerzte in Stuttgart. Sitzung 21. IX. 906« Berl. klin. Woch. Nr. 41.
251. Weber A.: »Die Infektion des Menschen mit den Tuberkelbacillen des Rindes (Perlsuchtbacillen)« D. m. W. 1906, Nr. 49.
251 bis. Weischer T.: »Zur Tuberkulinbehandlung« Zeits. f. Tub. Bd. VII, Heft 3.
252. Wegener: »Ueber Tuberkulineispritzungen insbesondere die Zweckmässigkeit derselben in den Heilstätten der Versicherungsanstalten« Zeit. f. Tub. Bd. VI, Heft 5.
253. Wassermann: »Neuere experimentelle Untersuchungen über Tuberkulose« in Bericht über die III Versammlung der Tuberkuloseärzte in Berlin 1906.
254. Wassermann und Bruck: »Experimentelle Studien über die Wirkung der Tuberkelbacillenpräparate auf den tuberkulös-erkrankten Organismus« D. m. W. 1906, Nr. 12.
255. Weil Edmund: »Zur Erklärung der Tuberkulinreaction durch Antituberkulin im tuberkulösen Herde« Mün. med. Woch. 1907, Nr. 6.
256. Zupnik: »Ueber die Tuberkulinreaktion« Deut. Arch. f. klin. mediz. Bd. 76.
257. Ziegler: »Congress f. Innere Medizin« Wiesbaden 1891.

Oceny i sprawozdania.

Odpowiedź doc. A. Wrzoskowi

na jego recenzyę mojej rozprawy: »Galicya pod względem medycznym za Jędrzeja Krupińskiego, pierwszego protomedyka«.

Doc. A. Wrzosek zamieścił w Numerze 40 »Przeglądu« w swojej nader łaskawej ocenie mojej rozprawy kilka uwag krytycznych, które wymagają od autora odpowiedzi. Na wstępie jednak zastrzegam się, że nie dlatego odpowiadam, żebym mniemał, iż ja się nigdy nie mylę i że mnie trzeba wyłącznie chwalić, a nigdy ganić; przeciwnie, sam widzę liczne braki mojej rozprawy, sądzę też, że krytyka jest rzeczą nietylko pożądaną, ale wprost niezbędną. Jeżeli pragnę odpowiedzieć, to dlatego, że zarzuty recenzenta płyną z kwestyi ogólniejszych, których ja nie miałem sposobności w mojej rozprawie ani należycie przedstawić, ani nawet krótko wymienić. I to właśnie pragnę uczynić w niniejszej odpowiedzi. Chodzi nam o dwie sprawy: po pierwsze, o sprawę ujemnego charakteryzowania w historyi, powtóre, o zadania polskiej historyi medycyny, dotyczące Jędrzeja Śniadeckiego.

Co do pierwszego, to zdaje się nie ulegać wątpliwości, że recenzent jest więcej przeciwnikiem ujemnego charakteryzowania wogóle, niż charakteryzowania mało umotywowanego. Doc. Wrzosek jest zdania, »że historyk wtedy tylko może wydawać potępiający kogoś wyrok, gdy przytoczy niezbite dowody jego

winy«. Gdyby recenzent powiedział »jakikolwiek wyrok potępiający, czy pochwalny, byle niedostatecznie umotywowany«, to jabym w odpowiedzi starał się uzasadnić potrzebę stawiania hipotez w historyi. To jednak wydaje mi się niepotrzebnem, gdyż doc. Wrzoskowi chodzi przedewszystkiem, a bodaj nawet wyłącznie o sądy potępiające. Doc. Wrzosek staje w obronie Luza, którego ja przedstawiłem w niekorzystnem świetle. Wiadomo już oddawna, jakiej to konduity i jakiego charakteru cudzoziemcy przyjeżdżali w XVIII. wieku do Polski. Pisze też o nich dosyć i Krupiński. Już tedy z góry mielibyśmy prawo podejrzliwem okiem patrzeć na Włocha, który w swojej ojczyźnie nie mógł sobie miejsca znaleść i przyjechał szukać chleba aż w Polsce. A cóż dopiero miałem uczynić, gdym przeczytał jego memoryał, w którym autor pragnie, by ilość lekarzy w Galicyi się nie zwiększała, kiedy było ich razem, licząc w to i cyrulików, około 34 na 2 miliony ludności (str. 70). Pragnie też bardzo Luz, żeby każdy lekarz miał przyzwoite zyski i taki proponuje gubernatorowi modus, w którymby jemu (Luzowi) przyznano prawo nakładania pieniężnych kar na winnych. Jednocześnie w memoryale opowiada z patosem o swoich zasługach. Mimo to wszystko dr. Wrzosek Luza broni i jest z uznaniem dla niego za to, że leczył on darmo chorych w szpitalu Sióstr Miłosierdzia. Zapewne. Przypuszczam jednak na podstawie deklamatorskich ustępów memoryału Luza, że i o tem bezpłatnem leczeniu Luz sam trąbił szeroko a głośno.

Co do Krupińskiego, to z pewnością jego prawość, o której piszę na str. 205 mojej rozprawy, jest o wiele więcej hipotetyczna, niż ten jeden jedyny rys ujemny jego charakteru, który nazwałem próżnością. Prawości bowiem się domyślam, ale żaden z przytoczonych przezemnie tam argumentów nie dowodzi jej z bezwzględną pewnością. Natomiast próżność wynika chyba z tego, co przytoczyłem w mojej rozprawie, niezbicie. Oczywiście wynika nie z tego, że były portrety i tytuły, bo te dopuszczają i tłómaczenie recenzenta, ale z tego, że Krupiński obcą pracę podawał w swoich książkach za swoją (ten dowód próżności Krupińskiego znajduje się u mnie na str. 191 na pierwszem miejscu). Nie chodziło więc Krupińskiemu o rzecz, o której licho pisał, ale o własną jego osobę, której nazwisko w całej pełni figurowało na grubych książkach. Za ten ciężki grzech przywłaszczania sobie cudzej pracy, grzech bodaj w dziejach nauki najcięższy, jaki można popełnić, nazwałem Krupińskiego tylko próżnym. Czy recenzent istotnie sądzi, że mój sąd stanowczy jest tutaj przesadzony? Czy można było ten grzech nazwać inaczej? Czy zresztą człowiek nie próżny ośmieli się dedykować królowi bezwartościowe dzieło, w którem są całe rozdziały odpisane od innych i w dedykacyi napisać, że jest to dzieło »usilną pracą autora ułożone«? Sądzę, że nie. Jeśli dr. Wrzosek jest innego zdania, to chyba jedynie dlatego, że jest zasadniczym przeciwnikiem wszelkiego ujemnego charakteryzowania.

A teraz pytanie, czy jest słusznem w nauce stanowisko, na którem się czyni różnicę między sądem potępiającym a sądem pochwalnym? Zapewne, ojcowie naszej historyi medycyny, Arnold i Gąsiorowski, bardzo wiele chwalili, a bardzo mało ganili. Ale przecież historya medycyny nie może mieć swojej odrębnej historycznej metody, lecz musi naśladować swoją rodzicielkę-historyę. Zdaje mi się, że możnaby licznymi cytatami dowieść, że większość dzisiejszych historyków zupełnie tak samo otwarcie wydaje sądy potępiające, jak i sądy obojętne lub pochwalne. Proszę wziąć np. wykład historyi powszechnej Tadeusza Korzona, albo pisma historyczne Szymona Askenazego. Askenazy bardzo ostro się wyraża: Augusta II. nazywa »wielkim zbrodniarzem stanu«, Augusta III. »wielkim pasorzytem stanu« (Dwa stulecia, wyd. II, str. 165), Brühla »awanturnikiem, tchórzem, który miał lokajski spryt, ale ciasną głowę« (tamże str. 167), dyplomatę Moneta — wydrwigroszem (Wczasy historyczne, wyd. II, str. 13), lekarza Mitzlera de Koloff, nawet skądinąd zasłużonego — szarlatanem (tamże str. 30). Tadeusz Wojciechowski postawił w Szkicach z XI. wieku hipotezę, że św. Stanisław był zdrajcą. Nie dowiódł tego z bezwzględną pewnością, bo o wieku XI. trudno coś dzisiaj dowieść z bezwzględną pewnością. A jednak w imię prawdy nie oszczędził nawet świętego.

Jeśli mi ktoś powie, że wojowanie powagami, to jest metoda średniowieczna, to ja będę inaczej argumentował. Tylko nekrolog albo panegiryk może sztucznie podnosić zasługi, a zasłaniać lub pomijać winy, ale nie historya. Historya jest nauką, która bada. A dla nauki różnicy między dobrem, a złem, być nie może. Dodam też, że w mojem przekonaniu taki charakter wykładu podnosi jego barwność i czyni go bardziej zajmującym, taki bowiem wykład przemawia nietylko do umysłu, ale i do uczucia.

Przechodzę do drugiej sprawy, t. j. do naszych zadań względem Jędrzeja Śniadeckiego. Mnie się wydaje, że gdy historyk czy to medycyny, czy literatury, czy filozofii, czy jakiejkolwiek innej gałęzi wiedzy ma do opracowania plon myślowy, dzieło jakiejś wybitnej postaci, to praca jego może być pojęta jako trojakie zadanie. 1) Opis dzieła. 2) Wykazanie genezy dzieła. 3) Wykazanie wpływu dzieła. Zadanie pierwsze jest najłatwiejsze. Przeczytać, opowiedzieć, streścić i podkreślić punkta najważniejsze — oto i całe zadanie. Jakkolwiekbądź to zadanie powinno niewątpliwie należeć do historyka, to jednak prawdziwa sztuka historyczna występuje dopiero w zadaniu drugiem i trzeciem, w nich bowiem właśnie chodzi dopiero o ten idealny nieprzerwany łańcuch historyczny, w którym każde ogniwo łączy się z poprzedniem i następnem ogniwem. Ogniwo dostrzedz — nie sztuka; sztuka — dostrzedz połączenia.

»Teorya jestestw organicznych« Jędrzeja Śniadeckiego, jak każda rzecz na świecie, powstała pod różnorodnymi wpływami. W epoce, poprzedzającej powstanie »Teoryi jestestw organicznych«, pytanie »Czem jest życie« nader żywo zajmowało umysły. Leibnitz powiedział, że świat składają same monady, a z nich każda jest żywa. Dla Kanta żywy ustrój był cudem w świecie mechaniki. Pojęciem centralnem w filozofii przyrody Schellinga było życie. W przeciwieństwie do pomysłów witalistycznych zdawna istniały poglądy mechanistyczne i materyalistyczne. Lamettrie, Holbach, Helwecyusz, Condillac i bardzo wielu innych reprezentowali materyalizm we Francyi; Hartley i Priestley w Anglii. Na gruncie tych poglądów filozoficznych wyrastały świadomie lub nieświadomie teorye o życiu u przyrodników i lekarzy. We Francyi zdawna kwitła szkoła witalistyczna w Montpellier, gdzie reprezentowali ją Borden, Barther, Dumas, Grimaud. Pod wpływem szkoły Montpellierskiej powstały poglądy Pinela i Bichata. Nauka Hallera o czułości i drażliwości bądź tworzyła, bądź podsycała witalizm. Z tej nauki wyszła teorya Browna, której było sądzonem odegrać ważną rolę w rozwoju Śniadeckiego. We Włoszech miał pomysły o życiu Gallieri, w Anglii reprezentował witalizm Erazm Darwin i t. d. i t. d. Dzieła tych wszystkich uczonych mężów z pewnością poznał i przetrawił chciwy wiedzy umysł Śniadeckiego. Nie ulega też wątpliwości, że Śniadecki nie należał do tych lekarzy-przyrodników, dla których cała filozofia streszcza się w naukach przyrodniczych. Przeciwnie, rozprawa Śniadeckiego »O niepewności zdań i nauk na doświadczeniu fundowanych«, jak też i liczne miejsca »Teoryi jestestw organicznych« dowodzą, że Śniadeckiemu nie był obcym stan współczesnej filozofii (o tem pisze Struwe i inni). Kto wie, czy nie ma łączników między jego filozofią, a teoryą fizyologiczną? Co Śniadecki z cudzych poglądów przyjął, co odrzucił, co zmienił i wreszcie co sam stworzył, to wszystko z całą precyzyą wykazać powinien historyk, zajmujący się genezą teoryi Śniadeckiego. Na tym punkcie najwięcej u nas wypowiedziano frazesów. Jak się takie rzeczy robi, można się dowiedzieć z monografii, należących do historyi literatury lub historyi filozofii. W tej ostatniej gałęzi zasługuje na naśladowanie słynne dzieła Kuno Fischera.

Najważniejszem dla nas ze względu na znaczenie Śniadeckiego jest zadanie trzecie: wykazać wpływ jego teoryi na późniejszych biologów. Tu mogą być, biorąc rzecz z grubsza, dwie ewentualności. Może się okazać, że istotnie taki Müller, albo Liebig, albo Klaudyusz Bernard, tworzyli swoje poglądy pod wpływem teoryi Śniadeckiego. Ale może też być, że Śniadecki genialnym umysłem stworzył wielkie dzieło, które nie miało wcale spadkobierców. Byłoby to ogniwo, które w łańcuchu historycznym łączyło się z poprzedniemi, ale nie znalazło żadnych następnych ogniw. To samo dzieło stworzyli potem inni, może pod tymi samymi wpływami, co i Śniadecki, ale zupełnie niezależnie od niego. Żeby się dowiedzieć, jak było istotnie — i to jest właśnie owo kapitalne zagadnienie — trzeba na to badań nie biologicznych, ale badań historycznych. Byłoby rzeczą bardzo pożądaną wyświetlić historyę przekładów Śniadeckiego i same te przekłady dokładnie zebrać. Dlaczego były aż dwa przekłady niemieckie? Czy pierwsze wydanie się wyczerpało? O tem wszystkiem Baliński nie pisze. A jednak przecie z tych przekładów czerpali cudzoziemcy wiadomości o nauce Śniadeckiego. Kułakowski (Gazeta lekarska 1869, str. 360) przypuszcza, że Müller fałszywie pojmował teoryę Śniadeckiego i podejrzywa, że ten błąd wcisnął się w tłómaczenie niemieckie. Jednakże Kułakowski nie miał niemieckiego przekładu przed sobą, gdy pisał te słowa, i ostatecznie nie wiadomo, czy błąd faktycznie był, czy nie.

Tak ja pojmuję nasze zadania względem Jędrzeja Śniadeckiego. Pod wpływem tych przekonań i jednocześnie lektury naszych rozpraw powstały moje słowa, które potępił recenzent mojej rozprawy, doc. Wrzosek.

Oczywiście różnimy się w zdaniach i to różnimy bardzo poważnie. Za najlepszą rozprawę o Śniadeckim uważa doc. Wrzosek rozprawę Żulińskiego, nazywając ją jedną z najlepszych rozpraw, jakie zna w naszej historyi medycyny. Te słowa Wrzoska zwalniają mnie od obowiązku mówienia o innych autorach, którzy pisali o Śniadeckim, ci bowiem pisali gorzej, niż Żuliński. Mógłbym tylko ogólnikowo zaznaczyć, że wszyscy ci autorowie brali się głównie do zadania pierwszego, najmniej historycznego, streszczali dzieło i poglądy Śniadeckiego. Że i tu jednak nie było u autorów zgody, dowodzą spory Kramsztyka z Kułakowskim, Struwego z pozytywistami. Kto zaś się brał do badania genezy i wpływu dzieła, ten czynił to nader dorywczo, bez metody, nie mówiąc już o frazesach. Co zaś do Żulińskiego, to według mego zdania jego rozprawa jest dobrą rozprawą — biologiczną. Głównym celem rozprawy Żulińskiego jest wykazać, że witalizm Śniadeckiego jest w biologii poglądem jedynie dopuszczalnym. Zestawienie teoryi Liebiga z teoryą Śniadeckiego jest istotnie bardzo dobre, ale z tego rozbioru esencya dla historyi wynika więcej przygodnie, Żulińskiemu bowiem stale chodzi o to, że Śniadecki dziś jeszcze jest zapoznany. Rozumowanie Żulińskiego jest w krótkości następujące: Liebiga wysławiają wszyscy i na jego poglądy się godzą; teorya Liebiga jest bardzo podobna do teoryi Śniadeckiego: a więc wysławiajmy także Śniadeckiego i na jego poglądy się gódźmy (Roczn. Tow. Przyj. Nauk Pozn. str. 159). To jest główny motyw rozprawy Żulińskiego. Sprawę istotnej zależności Liebiga od Śniadeckiego, sprawę przecież dla historyi medycyny najważniejszą, Żuliński zostawia na uboczu, wyznając otwarcie, że »nie wchodzi, ani zagłębia się w to, czy istniał, czy nie, jaki stosunek duchowy między dziełem Śniadeckiego a pomysłami fizyologiczno-chemicznymi Liebiga« (str. 36). Czy takby postąpił historyk? Według mego zdania historyk nauki przedewszystkiem powinien się pytać, jaki wpływ wywarło dzieło na współczesnych, a pytanie, czy te same poglądy dadzą się jeszcze i dziś utrzymać, jest pytaniem drugorzędnem i raczej to pytanie, niż tamto, powinno być pominięte. Historya filozofii nie pyta się, czy poglądy np. Kartezyusza dadzą się dziś utrzymać. Dzisiejszy czytelnik z łatwością znajdzie u Kartezyusza pełno sprzeczności i paralogizmów i może poprostu z politowaniem wzruszać ramionami. Na stanowisku Żulińskiego trzebaby Kartezyusza odsądzić od wartości. Dopiero, gdy przyjdzie historyk i wykaże ogromny wpływ Kartezyusza na współczesne i następne pokolenia, wtedy dopiero się pokaże, że Kartezyusz zasługuje na miano »ojca nowożytnej filozofii«. Metoda, w której obronie ja tu staję, jest niezrównanie przeprowadzona w historyi filozofii Windelbanda.

Doc. Wrzosek w swojej recenzyi pisze jeszcze o Szokalskim. Mnie się wydaje, że to, co powiedział wtedy na Zjeździe Szokalski, jak to on rozpowiadał Liebigowi i Klaudyuszowi Bernardowi o teoryi Śniadeckiego, nie może być brane dosłownie. Pomimo całej czci dla Szokalskiego historyk takie osobiste wspomnienia musi przyjmować nader ostrożnie.

Powyższe wywody dostatecznie, jak sądzę, usprawiedliwiają moje przekonanie, że do tej pory nie mamy ani jednej rozprawy historycznej, któraby należycie wyświetlała wpływ Śniadeckiego. Nie mamy ani jednej rozprawy, któraby występowała z całą logiką i nadawała się do ogłoszenia w którym z języków międzynarodowych. Jeżeli zaś my sami nie wiemy, czy Śniadecki wywarł jaki wpływ na Müllera, Liebiga i innych, to trudno, żeby coś o tem pisali cudzoziemcy.

Na tem kończę moje wywody, raz jeszcze zaznaczając, że uważam je za pożądane oświetlenie moich sądów, wypowiedzianych w rozprawie »Galicya pod względem medycznym«, że jednak bynajmniej ani wtedy nie rościłem, ani dzisiaj nie roszczę sobie pretensyi do nieomylności. Przeciwnie, wszelką krytykę rzeczową przyjmuję z wdzięcznością. *Szumowski.*

Kilka uwag z powodu odpowiedzi dra Szumowskiego

na moją recenzyę jego dzieła: »Galicya pod względem medycznym za Jędrzeja Krupińskiego, pierwszego protomedyka«.

Dyskusya w sprawach naukowych, które nie są dostatecznie wyjaśnione, zawsze jest pożądaną. Ponieważ zaś sprawa wpływu, jaki miała »Teorya jestestw organicznych« na naukę, dotychczas jest bardzo mało wyjaśniona, przeto nie wadzi dodać o niej jeszcze słów kilka.

Żuliński stwierdził podobieństwo poglądów Liebiga i Klaudyusza Bernarda z poglądami Jędrzeja Śniadeckiego, wyłożonemi w »Teoryi jestestw organicznych«. Stąd nasuwa się poniewolnie przypuszczenie, że uczeni ci znali dzieło Śniadeckiego i że niektóre poglądy swoje jemu zawdzięczają. W tem przypuszczeniu utwierdzają nas jeszcze następujące słowa Szokalskiego, którym nie wierzyć żadnego powodu nie mamy: »Ciesząc się zażyłością wielu naukowych znakomitości, — mówi Szokalski (Dziennik czwartego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Poznań, 1884) — miałem ciągle pojęcia Śniadeckiego na myśli i miałem dość sposobności dostrzegać, że byłem głównym ich roznosicielem w Niemczech i Francyi i z przyjemnością uważałem, jak bezwiednie poniekąd w umysły wsiąkały. A rzecz prosta nader była, iż wszelkie naukowe postępy na tęż właśnie obróciły się drogę. Ponieważ mnie łączyły bardzo blizkie stosunki z Liebigiem, miałem sposobność o powinowatym mu duchem i zawodem Śniadeckim często rozpowiadać, a było to w roku 1836 w Giessen, kiedy wielki chemik niemiecki myślał dopiero o swem znakomitem dziele chemii organicznej, które w 1844 r. wyszło. Podarowałem mu nawet jeden egzemplarz tłómaczenia norymberskiego z r. 1821 i nie dziwi mnie wcale, że się teorya jestestw organicznych w jego chemii organicznej żywo odbija, jak to już zauważył p. Żuliński w swej wzorowej o »Teoryi jestestw organicznych« pracy, zamieszczonej w Pamiętnikach poznańs. Tow. Przyjaciół nauk. Że Liebig znał fizyologię Joh. Müllera, w której się tenże dosyć obszernie rozwodzi nad »teoryą jestestw«, żadnej wątpliwości podlegać nie może. Mogły zatem w jego umyśle pewne pozostać ślady, które się następnie uwydatniły. Podczas mojego dłuższego pobytu w Paryżu założyłem Towarzystwo lekarzy niemieckich, licznie uczęszczane, którego następnie Karol Vogt i Graefe prezydyum po mnie objęli. A w tem Towarzystwie, jak równie w licznych francuskich, miewałem nieraz wykłady. Toby może usprawiedliwiało uderzające podobieństwo pojęć Claude Bernarda z pojęciami naszego Jędrzeja....«

Z powyższego wynika, że dzięki Żulińskiemu i Szokalskiemu, wiemy już cokolwiek o wpływie »Teoryi jestestw organicznych« na naukę zachodnio-europejską, lubo zgodzić się trzeba na zdanie dra Szumowskiego, wyrażone w jego odpowiedzi, że do tego czasu nie mamy ani jednej rozprawy historycznej, któraby należycie wpływ dzieła Śniadeckiego na naukę wyświetlała.

W odpowiedzi swojej dr Szumowski poruszył niektóre sprawy ogólne. Z zapatrywaniami jego, mianowicie co do charakteryzowania w historyi i co do zadań historyi medycyny, w zupełności się zgadzam. Ta okoliczność zwalnia mię od obszernego dowodzenia, iż nie jestem »zasadniczym przeciwnikiem ujemnego charakteryzowania«. Jestem tylko przeciwnikiem wygłaszania sądów w formie stanowczej bez należytego ich umotywowania. Mówiłem w swojej recenzyi o sądach ujemnych, gdyż one przedewszystkiem uderzyły mię w rozprawie dra Szumowskiego. Jest to zresztą rzecz zrozumiała, iż łatwiej uderzają nas sądy o ludziach surowe, bezwzględne, aniżeli sądy pochwalne, na które zwykle baczniejszej uwagi nie zwracamy, jako na sądy, którymi się zbyt często, acz niesłusznie, szafuje. — O to, czy Luz był awanturnikiem, jeno o kieszeń własną dbającym, oraz czy Krupiński był w takim stopniu próżny, jak go dr Szumowski przedstawia, trudno się spierać, albowiem na zasadzie znanych nam dokumentów nie sposób sprawę tę z całą pewnością rozstrzygnąć. Co się tyczy osobliwie Krupińskiego, to na zasadzie pism jego można raczej wysnuć wniosek, iż był to nietyle człowiek próżny, ile nieudolny pisarz, nie pozbawiony jednak dobrych chęci. Pisał on swoje książki, chcąc przysporzyć piśmiennictwu polskiemu dzieł medycznych, których brak dawał się dotkliwie odczuwać. Popełnił on grzech, że w książkach swoich podawał ustępy z innych autorów, przełożywszy je na język polski lub streściwszy po polsku, nie podając źródła, skąd je brał. Atoli nie jest to, zdaniem mojem, tak wielki grzech, za jaki go dr Szumowski poczytuje. Należy bowiem uwzględnić niektóre okoliczności łagodzące.

Dzieła polskie Krupińskiego nie były to rozprawy naukowe, lecz raczej pisma, potrzebami chwili wywołane, pisane dorywczo, w pośpiechu. Podręcznik dla cyrulików, będący poniekąd powtórzeniem wykładów Krupińskiego (str. 247), został napisany, aczkolwiek nie na wyraźny rozkaz, to jednak zapewne na życzenie wyższych władz (str. 92). Dziełko zaś pod napisem: »Wiadomość o Rozciekach w powszechności, w szczególności zaś o wodzie mineralnej Kozińskiej« Krupiński napisał na żądanie kasztelana Tarnowskiego, właściciela Kozina.

Podręcznik swój Krupiński napisał »dla cyrulików i powszechnej potrzeby«. W książkach zaś popularno-naukowych, przeznaczonych nie dla specyalistów, lecz dla ogółu, dotychczas niema zwyczaju podawania źródeł, z których się czerpie; nie

było go tembardziej w wieku XVIII, w czasach, w których własność literacką daleko mniej ceniono, aniżeli obecnie. Krupiński, któremu sprawowanie urzędu protomedyka zapewne niemało czasu zabierało, pisał swoje książki bardzo niedbale i z wielkim pośpiechem, chcąc zaradzić naglącej potrzebie podręcznika polskiego dla cyrulików, a nie mając może wprost czasu na należyte wypełnienie tego zadania. Stąd, być może, powstały liczne usterki w książkach Krupińskiego, a między innemi i ta, że całe ustępy na prędce z obcych autorów przekładał i w swoich książkach bez podania źródła umieszczał. *A. Wrzosek.*

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Klapp. **Uśpienie przy sztucznie zmniejszonem krążeniu.** (*Therap. der Gegenw.* 1907, Z. 8). Uśpienie podane przez K. przeprowadza się po zawiązaniu wszystkich 4 kończyn. Przez to osiąga się zmniejszone krążenie, co powoduje mniejsze zużycie chloroformu lub eteru. W razie wystąpienia zamartwicy przez zdjęcie podwiązek z kończyn zobojętnia się za to szybko działanie środka usypiającego. *Klęsk.*

Honigmann i Schäffer. **Doświadczalne badania nad działaniem zastoiny Biera w procesach zapalnych.** (*Münch. mediz. Wochenschrift* 1907, Nr 36). H. i S. badali działanie zastoiny w procesach zapalnych, które wywoływali w tkankach zapomocą nitek, napojonych rozczynem azotanu srebra lub zawiesiną mikrobów i przekonali się, że zastoina wywołuje przedewszystkiem gromadzenie się surowicy i rozpad krwinek białych. Ewentualne nacieki zapalne pod wpływem zastoiny bywają wstrzymywane w rozwoju lub ulegają wessaniu. Im wcześniej stosuje się zastoinę, tem też wynik leczniczy jest większy i pewniejszy. Przy tworzeniu się więc zastoiny działa głównie leczniczo krew i surowica, a nie krwinki białe, które raczej działają może pośrednio z pomocą proteolitycznych fermentów, powstałych z ich rozpadu. *Klęsk.*

Kothe. **Zwiększona ilość krwinek białych przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* T. 88, Z. 4—6). Ilość krwinek białych nie zależy zupełnie od rodzaju zakażających drobnoustrojów, lecz od natężenia samego zapalenia: Zapalenie surowicze cechuje ciepłota poniżej 38, tętno poniżej 100 i ilość ciałek niżej 14.000. 20.000 ciałek białych dowodzi już przy równoczesnem podniesieniu się tętna nad 100 i ciepłoty ponad 38 sprawy cięższej, a przy 30.000 zwykle spotykamy już rozległe zapalenie otrzewnej. Po zabiegu powinna ilość krwinek opaść prędzej lub później. Nie opada w przypadkach, gdy jeszcze gdzieś została ropa. W przypadkach rozlanego zajęcia otrzewnej ilość krwinek białych może stale być nizką. *Klęsk.*

Fricker. **Przyczynki do sprawy leczniczych wyników, zwłaszcza leczenia surowicą w tężcu.** (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie* T. 88, Z. 4—6). Zestawienie 40 przypadków tężca. Z tego 18 leczono bez surowicy (88·8 prc. śmiert.), surowicą 22 (55·5 prc. śmiert.). Przy leczeniu surowicą stosowano jednak i energiczne leczenie miejscowe, co wyniki polepsza. Narkotyków powinno się też używać. Rokowanie zależy od nasilenia zakażenia, wystąpienia lub nie przypadłości przełykowych, długości okresu wylęgania i t. d. *Klęsk.*

Rieder. **O stosowaniu mniejszych ilości promieni Röntgena w terapii.** (*Münch. med. Wochs.* 1907 Nr 36). W miarę postępu techniki leczenia promieniami Röntgena zmniejszamy stale ilość naświetlania i staramy się dojść do minimum, któreby wpływało korzystnie na chorobę, a nie szkodziło ustrojowi. Jedynie w leczeniu nowotworów złośliwych używa się silnego naświetlania, uważa przytem jednak ściśle na resztę ustroju. W leczeniu natomiast chorób układu krwionośnego, chłonnego i skóry wystarczają zwykle naświetlania słabe. Przy białaczce n. p. powinno się zaraz zaprzestać naświetlań, skoro ilość krwinek białych zaczyna opadać. Przy leczeniu wola, choroby Basedowa, nerwobolu nerwu trójdzielnego i rwy kulszowej stosuje się prześwietlania 1—2 razy w tygodniu po 5 minut. Przy leczeniu chorób skóry działają najskuteczniej naświetlania słabe i krótkie, ale często powtarzane. Przy skórniakach wynik leczniczy bywa nie gorszy, niż operacyjny. Nowotwory złośliwe, głęboko położone, naświetlać należy silnie i twardemi lampami. Zwykle wynik leczniczy jest te tylko objawowy, chwilowy. Autor zaleca stosować naświetlania zaraz po operacyach guzów złośliwych celem zapobiegania tworzeniu się nawrotów. Naświetlać tu należy silnie twardą lampą i po kilkutygodniowej przerwie znowu kilka razy naświetlania powtórzyć. Promienie Röntgena są w ręku umiejętnego i fachowego lekarza dzielnym środkiem leczniczym, nie trzeba jednak ich używać szablonowo i za wiele. *Dr Klęsk.*

Körte. **W sprawie leczenia tętniaka groniastego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907 Nr 35). K. miał w leczeniu 8 przypadków tętniaka groniastego. Usadowienie przeważnie na głowie, raz na szyi, raz na stopie. Tętniak groniasty uważać należy za typowy nowotwór, ma on dążność do ciągłego szerzenia się i zajmowania nawet bardzo rozległych przestrzeni. W miarę wzrostu wzrasta też trudność doszczętnego zabiegu. Przypadłości, na które chorzy się skarżą, polegają na nieznośnym szumie i szmerach w naczyniach rozszerzonych, niemożebności czesania się, gdy tętniak zajmuje owłosioną część czaszki, a wreszcie na krwotokach. Najpewniejszym sposobem leczenia jest doszczętne wycięcie. Krwotok przytem naturalnie jest bardzo silny, dlatego też najlepiej jest podskórnie okłuć wokoło guza naczynia. Guz wycina się cięciem podkowiastem, odłącza od okostnej (przez którą zwykle nie przechodzi), a potem od skóry płata tak, że potem tym podkowiastym płatem można z powrotem ranę zakryć. Odpreparowywać tętniaka najpierw od pokrywającej go skóry nie można, bo krwotok jest za silny, a skóra w wielu miejscach jest bardzo cienka. Po wycięciu guza okoliczne rozszerzone tętnice maleją bardzo szybko. Z innych sposobów leczenia prowadzą również do celu, lecz nader wolno, i nie zawsze doszczętnie: nakłuwania elektryczne, wstrzykiwania wyskoku i sztyfciki magnezyowe Payera. Lieblein wyleczył chorego dopiero w 6 lat po zastosowaniu 402 wstrzykiwań wyskoku. *Klęsk.*

Heile. **Nowy przyczynek do etyologii i leczenia pooperacyjnych zaburzeń przewodu pokarmowego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907 Nr 34). Często po operacyach żołądkowo-kiszkowych występuje uporczywa biegunka, mogąca wyniszczyć zupełnie chorego, a nawet sprowadzić zejście śmiertelne. Przyczynę jej stanowi silna utrata istot zasadowych, które wobec podrażnienia kiszek nie mogą swobodnie uledz wessaniu, lecz wydalają się ciągle z ustroju. Zapobiegać temu, zwłaszcza u chorych wyniszczonych, powinniśmy energicznie przez podawanie dużych dawek makowca, bizmutu, a zwłaszcza przez śródżylne wstrzykiwania zasad. *K.*

Roith: **O znaczeniu lewego zagięcia okrężnicy** (*flexura coli sinistra*). (*Beitr. z. klin. Chir.*, 54, 2). Badania stwierdzają, że zstępująca część okrężnicy jest przeważnie próżna. Kał zbity zatrzymuje się tutaj bardzo krótko, wobec czego wessanie w tej części jelita prawie się nie odbywa, za czem przemawia także bardzo szczupły rozwój naczyń limfatycznych, stwierdzony już u noworodków. Ta okoliczność w związku ze silnem umocowaniem lewego zagięcia okrężnicy i z warunkami ciśnienia w jamie brzusznej (ciśnienie hydrostatyczne) ma pewne znaczenie przy zakładaniu enteroanastomozy i odbytu sztucznego. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Kaehler. **Trzy przypadki przedziurawienia durowego kiszek i zapalenia następowego otrzewnej, leczone chirurgicznie.** (*Deut. med. Wochs.* 1907 Nr 34). Przypadki, o których wspomina autor, dotyczyły wszystkie ludzi bardzo młodych. Przedziurawienie wystąpiło wśród nawrotu duru (w 3—6 tygodniu choroby). Przedziurawieniu nie zawsze towarzyszył ból. Mimo zajęcia otrzewnej nie zauważył autor napięcia mięśni brzusznych. Przedziurawienie występuje, rzecz dziwna, w przypadkach pozornie lekkich w przebiegu. Z operowanych trzech przypadków jeden wyzdrowiał. Wogóle osiągnięto dotąd 26—48 prc. wyleczeń, a to może dlatego, że z powodu trudności rozpoznania dopiero typowe zapalenie otrzewnej zmusza nas do operacyi. *K.*

Prof. Klapp i Dönitz. **Chirosoter.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907 Nr 34). Doświadczenie wykazało, że wszelkie sposoby odkażania skóry są niedostateczne, zwrócono się też do zupełnie odrębnej metody odkażania, a mianowicie do powlekania skóry powłoczką nieprzepuszczalną. Dla operatora wymyślono rękawiczki, dla skóry w miejscu operacyi gaudaninę, chirol itp. K. i D. starali się wynaleść sposób, któryby równocześnie dozwalał osłaniać tak rękę chirurga, jak i pole operacyjne i to nie przez tworzenie się powłoczki, lecz wprost przez impregnowanie skóry. Do tego celu K. i D. używają preparatu, nazwanego przez nich chirosoter, w skład którego wchodzi wosk rozpuszczony w czterochlorku węgla. Płyn ten rozpyla się na skórę pola ope-

racyjnego i na ręce chirurga po poprzedniem zwykłem odkażeniu skóry i osuszeniu z pomocą 96—99 prc. wyskoku. Przy codziennem używaniu chirosoteru ręka pozostaje stale wywoskowana, przyczem skóra nie traci nic na elastyczności, ani czuciu, a konserwuje się przytem bardzo dobrze, tak, że chirosoter jest zarazem idealnym kosmetykiem. Usunąć wosk można każdej chwili ze skóry z pomocą wacika, zmoczonego w eterze. *Klęsk.*

Meissner. **Odkażanie rąk zapomocą chirosoteru.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 54, Z. 3). Chirosoter nadaje się głównie po odkażeniu rąk spirytusem mydlanym. Używanie tegoż wypada bez porównania taniej, niż rękawiczek gumowych. Wstrzymuje on dostatecznie przedostawanie się drobnoustrojów na wierzch i w zupełności nadaje się do stosowania go przy nagłych operacyach i na wojnie. Wadą chirosoteru jest to, że czyni ręce oślizgłemi. *Klęsk.*

Langemak. **W sprawie leczenia thiosinaminą Dupuytrenowskiego przykurczenia powięzi.** (*Münch. med. Wochs.*, 1907, Nr 28). Thiosinaminę próbowano już stosować w leczeniu przykurczeń ręki, ale niestety leczenie było bardzo długie i żmudne, a do tego i bolesne tak, że niewielu chorych zgadza się na sumienne jego przeprowadzenie. By usunąć te wady leczenia, wstrzykuje L. w oszołomieniu eterowem 2 ccm. 10 prc. wodnego roztworu thiosinaminy podskórnie, przyczem rozciąga o ile się da przemocą przykurczenie. Potem przez kilka dni umieszcza codziennie rękę na godzinę w przyrządzie z gorącem powietrzem, poczem rękę energicznie miesi. W razie potrzeby dodaje w pewien czas drugie wstrzyknięcie. Mocz zawsze zbadać trzeba przedtem co do cukru, bo przy cukrzycy leczenie takie nie jest wskazane. Po ukończeniu leczenia powinien chory przez długi czas jeszcze brać ciepłe mydlane kąpiele i rękę sam przeginać w stronę zdrową. *Klęsk.*

Schanz. **Szkoła i boczne skrzywienie kręgosłupa.** (*Zts. f. orth. Chir.*, T. XVII). S. dochodzi do wniosku, że szkoła nie odgrywa w tak znacznym stopniu roli etyologicznej w skrzywieniach bocznych kręgosłupa, jak się to ogólnie, nawet między laikami, mniema. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Hoffa. **Uruchomienie kostnych zesztywnień stawów.** (*Zeits. f. orth. Chir.*, T. XVII). Zestawiwszy wszystkie przypadki znane z piśmiennictwa i ich wyniki, przytacza H. cały szereg własnych spostrzeżeń, odnoszących się do najrozmaitszych stawów i różnych sposobów postępowania. Leczenie zrostów łącznotkankowych daje zawsze dobre wyniki. Przy zrostach zaś kostnych radzi H. we wszystkich stawach z wyjątkiem stawu kolanowego przystępować do uruchomienia drogą krwawą z następowem wsuwaniem między powierzchnie stawowe płatów tłuszczowo-mięśniowych. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Reiner. **Wskazania do resekcyi przy gruźlicy stawu biodrowego.** (*Zeits. f. orthop. Chir.*, T. XVII). Wiadomo, że rokowanie w gruźlicy stawu biodrowego pogarsza się: a) z chwilą wystąpienia ropienia, b) z wiekiem; — stąd płyną wskazania do zabiegów doszczętnych. R. radzi resekować: 1) W każdej postaci gruźlicy, gdy wytworzy się ropień stawu i wystąpią gwałtowne objawy, nie ustępujące przy zwykłem leczeniu. 2) W postaciach wiotkich: a) u dzieci, gdy obrzęk ma skłonność do szybkiego rozpadu i ropienia i ogólny stan jest groźny, b) u starszych w każdym przypadku jak najwcześniej. 3) Przy zmianach ogniskowych: a) przy t. zw. zawałach klinowych, gdy inne ogniska są nieznaczne lub b) gdy ogniska szybko się szerzą. 4) Przy istniejącem lub grożącem przebiciu panewki. 5) Przy martwakach. 6) Gdy przetoki uległy zakażeniu mieszanemu lnb powstała nadżerka kości, o ile jednak stan ogólny chorego jest stosunkowo dobry. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Lorenz. **O końcowych wynikach i najprostszych zabiegach przy zapaleniu stawu biodrowego.** (*Zeits. f. orthop. Chir.*, T. XVII). Przeglądając 315 przypadków ze swej 20-letniej praktyki, leczonych zapomocą wyciągania i ustalenia i porównując ostateczne wyniki z wynikami przypadków wcale nieleczonych, dochodzi L. do przekonania, że te drugie są o wiele lepsze. Chorzy bowiem nieleczeni tylko przez krótki czas nie używają kończyny, wobec czego przy wytworzeniu się zrostu kostnego nie występuje zanik mięśni i kończyna pod względem siły i sprawności odpowiada prawie zupełnie swemu celowi. Konsekwentne i długie leczenie przyrządami, wyłączające wszelką czynność kończyny i skierowane przeciw wadliwemu ustawianiu się kończyny, jest nieodpowiednie, gdyż wywołuje zanik całego narządu ruchowego i zatrzymanie się wzrostu kończyny, a wadliwe ustawienie po skończonem leczeniu i odrzuceniu przyrządów wcześniej lub później wraca. W końcu postępowaniem tem, a zwłaszcza zabiegami, mającymi przywrócić ruchomość stawu, przeszkadza się wytworzeniu się zrostu kostnego, jako najpożądańszego wyniku. Cel, do którego obecne leczenie zmierza (t. j. przywrócenie ruchomości stawu) jest zupełnie chybiony, gdyż gruźlica pozostawia zawsze po sobie mniejsze lub większe spustoszenia w stawie i zgrubienia torebki, wywołując pewne przesunięcie się odpowiednich części wobec siebie, a co za tem idzie, nieprawidłowy przebieg mięśni. Zmieniony kierunek działania mięśni i zgrubienia okołostawowe, nadto niezwykła wrażliwość stawu na ruchy po wygaśnięciu całej sprawy, oto warunki, tłómaczące dostatecznie, dlaczego po latach leczenia kończyna bez przyrządów pomocniczych tylko w małym stopniu nadaje się do użytku. Bolesność przy zapaleniu stawu biodrowego występuje przy ruchach, a rzadko tylko przy ucisku i to na krótki czas, stąd zasada leczenia: »ustalać, a obciążać«. L. radzi więc zakładać opatrunek ustalający po kolano i polecać choremu chodzić, o ile tylko może; w okresie ostrym jedynie na czas pewien uwalnia kończynę od ucisku, wyjątkowo zaleca łóżko. Ropnie zimne leczy nakłuciem, nie używając żadnych wstrzykiwań. Po wygojeniu się całej sprawy i wytworzeniu się zrostu kostnego, przywraca L. prawidłowe ułożenie kończyny, stosując wyłącznie tylko osteotomię międzykrętarzową. Wszystkie inne w tym celu polecane zabiegi uważa albo za bezowocne, albo za szkodliwe. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Dambrin. **Uwagi o zwichnięciu chrząstek półksiężycowatych kolana.** (*Révue de Chir.*, 1907, zesz. 3—4). Zwichnięcia zupełne chrząstek półksiężycowatych kolana spotyka się rzadko, częściej natomiast nadwichnięcia i to dotyczące chrząstki półksiężycowatej wewnętrznej, która jest luźniej przyczepiona i cieńsza od zewnętrznej. Zmiany urazowe mogą występować tutaj jako: 1) rozluźnienia, wywołujące przesuwanie się chrząstek przy ruchach, 2) oderwania przednie, tylne lub boczne (torebkowe) i wreszcie jako 3) pęknięcia podłużne lub poprzeczne. Po gwałtownym skoku lub ruchu występuje dotkliwy ból, upośledzenie czynności, niekiedy ustawienie się kończyny w zgięciu, następnie zwolna występujący obrzęk (różnica od krwiaka śródstawowego), bolesność dotykowa w linii międzystawowej do przodu od więzadeł bocznych. Należy pamiętać, że przy oderwaniu się więzadeł, bolesność występuje przy ucisku na dolny przyczep więzadeł bocznych, wreszcie występuje ruchomość boczna w stawie kolanowym przy wyprostowaniu kończyny, podobnie jak przy przerwaniu więzadeł skrzydłowych (*lig. alaria*). Wyłączyć również należy pęknięcia kości okołostawowe. — W przypadkach przewlekłych występują od czasu do czasu nagłe zaburzenia w chodzeniu, ból, nadto można często stwierdzić ciało obce w stawie, zawsze na jednem miejscu. Do tych objawów dołącza się często obrzmienie i objawy lekkiego zapalenia (*meniscitis traumatica* — Roux). Leczenie w świeżych przypadkach polega na ustaleniu stawu przez 2 tygodnie, poczem stosuje się miesienie i ostrożne ruchy, przy odpowiednim opatrunku lub przyrządzie ograniczającym ruchy. W razie nieudałego odprowadzenia, przy nawrotach i w stanach przewlekłych wskazane jest wycięcie lub umocowanie chrząstek półksiężycowatych. Ze względu na łatwość, łagodność i wynik operacyi należy pierwszeństwo przyznać częściowemu lub całkowitemu wycięciu chrząstek. Przyszycie natomiast można stosować przy oderwaniach częściowych bocznych lub przednich i przy rozluźnieniach. W 122 przypadkach śmiertelność $0^0/_0$, 8 razy lekkie zakażenie, ostateczny jednak wynik czynnościowy dobry. Badanie w dłuższy czas po zabiegu stwierdziło pod względem czynnościowym wyniki następujące: w 74 przypadkach czynność zupełnie prawidłowa, w 36 stosunkowo dobra, w 6 mierna (pewne osłabienie), w 1 zła (zesztywnienie stawu). König (Deuts. Zeits. f. Chir., T. 88, 4—6) omawia stare zmiany oderwanych chrząstek. W świeżych przypadkach radzi leczyć spokojem, miesieniem i ruchami, u starszych przystępować do zabiegu krwawego. Na 8 przypadków, tylko w jednym stwierdził zupełne wyleczenie, we wszystkich innych zaś pozostała pewna bolesność i znużenie przy dłuższem chodzeniu. Do podobnych wyników doszedł również Martina. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Hilgenreiner. **Badania doświadczalne nad wpływem przekrwienia biernego na gojenie się złamań kości.** (*Beitr. z. kl. Chir.*, 1907, T. 54, Z. 3). Liczne doświadczenia na psach dowiodły, że przekrwienie sposobem Biera ma stanowczy wpływ na tworzenie się kostniny, wymaga jednak indywidualizowania, stosownie do przypadku i zamierzanego skutku. I tak wskazane są: 1) celem pobudzenia odradzania się: lekkie zaciskania, posiedzenia długie z krótkiemi przerwami, — przy leniwem kostnieniu, stawach rzekomych, przy świeżem złamaniu, jeżeli nie ma obawy, że nadmierna kostnina wywoła pewne zaburzenia i prze-

dłuży leczenie końcowe; 2) celem pobudzenia wessania: zaciskania silne, krótko trwające, — dla usunięcia zaburzeń czynnościowych lub zapobieżenia im w następstwie nadmiernej kostniny, przy złamaniach w okolicy stawów i dla skrócenia czasu leczenia końcowego. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Jensen. **Złamania guzowatości kości piszczelowej.** (*Arch. f. klin. Chir.*, t. 83, Z. 1). Guzowatość piszczeli posiada własne jądro kostne, a oderwanie jej zależy od rodzaju i stanu skostnienia, występuje zaś prawie wyłącznie u młodzieńców w wieku pokwitania. Silne mięśnie i urazy pośrednie stanowią bezpośrednią przyczynę złamań. Rzadko spotyka się oderwania zupełne, które połączone są z natychmiastową niezdolnością używania kończyny, znacznym bolem i rozległą wybroczyną. Przemieszczenie może być nieznaczne. Częściej, niż się ogólnie przyjmuje, zdarza się częściowe oderwanie guzowatości, zwłaszcza u grających w piłkę nożną. Oderwanie częściowe bywa najczęściej nierozpoznane lub mylnie brane za najrozmaitsze zmiany okołostawowe i wewnątrzstawowe, a zwłaszcza za zapalenie okostnej. Pochodzi to stąd, że objawy nie są wybitne, a działanie mięśnia czworogłowego mało upośledzone z powodu szczególnych stosunków anatomicznych w przyczepie ścięgien mięśni bocznych uda do przedniej strony piszczeli i więzadła rzepki. Przy leczeniu częściowych złamań wskazany jest spokój około 10 dni, poczem miesienie i ostrożne chodzenie, przy zupełnych oderwaniach z silnem przemieszczeniem nawet zabiegi krwawe. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Sudeck. **O zaniku mięśni; teorya odruchu i nieczynności.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 22). Zanik mięśni, występujący po obwodowych urazach, tłómaczą dwiema teoryami: odruchu i nieczynności. Jedni sądzą, że mięśnie zanikają wskutek nieczynności, n. p. jeżeli staw jest nieruchomy; inni natomiast dopatrują się jedynie odruchowych nerwowych zaburzeń odżywiania. S. jest zwolennikiem tej drugiej teoryi, a to z następujących powodów. Zanik nie stoi w żadnym związku z siłą urazu. Nawet po najlżejszych urazach występuje czasem zanik bardzo znaczny. Zanikowi mięśni towarzyszą często: zanik kości, zmiany naczynioruchowe skóry, pękanie paznokci, zwiększony porost włosów. Zanik mięśni po urazie nie rozpoczyna się powoli, ale zwykle ostro i nagle. Zanik z nieczynności powinien ustępować przy stosowaniu ćwiczeń, gimnastyki i miesienia, a właśnie zanik po urazach często przy tych zabiegach pogarsza się i postępuje. Zanik kości dowodzi także zaburzeń nerwowych, nie występuje on bowiem nigdy przy nieczynności (n. p. po założeniu opatrunku gipsowego lub przy porażeniach kurczowych). Przy histerycznych porażeniach nie spotykamy go też nigdy. Wszystkie te fakta są ważną wskazówką przy orzeczeniach sądowo-lekarskich. W leczeniu pamiętać też należy o tem, że miesienie i forsowne ruchy pogarszają jeszcze często zanik pourazowy mięśni. *Klęsk.*

Kümmell. **O doszczętnem wyłuszczeniu gruczołu krokowego.** (*Arch. f. klin. Chir.*, tom 82, zesz. 4). Omawiając wszystkie zabiegi, stosowane przy przeroście gruczołu krokowego, uważa K. na podstawie własnych licznych spostrzeżeń, z częściowych zabiegów za najodpowiedniejszy sposób Bottiniego. O ile jednak siły chorego pozwalają, a nerki są zdrowe, o ile nie ma objawów porażenia pęcherza, znacznego stwardnienia tętnic i zapalenia oskrzeli, powinno się zawsze usuwać cały stercz, gdyż przez to usuwa się na stałe przeszkodę dla odpływu moczu i przyczynę wszystkich następowych schorzeń, a w razie raka sterczu (wcale nie rzadkiego) tylko wczesny zabieg doszczętny jest usprawiedliwiony. Przy powiększeniach sterczu ku tyłowi, jak również u osób otyłych, należy stosować cięcie od strony krocza. Częściej jednak będzie wchodzić w rachubę cięcie nadłonowe; jakkolwiek bowiem obydwa sposoby pod względem wyniku są równoznaczne, to jednak cięcie od strony przedniej jest technicznie łatwiejsze, czas leczenia po niem krótszy, niebezpieczeństwo przetok mniejsze. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Reitter. **Gruźlica nerek i zmniejszenie tętniczego ciśnienia krwi. Objaw różniczkowo-rozpoznawczy.** (*Zeitsch. f. klin. Med.*, T. LXII). W jednym przypadku choroby nerek, która później okazała się gruźlicą, zauważył R., że skurczowe ciśnienie krwi było przez cały czas bardzo nizkie. Spostrzeżenie to dało R. pochop do badania ciśnienia krwi w przypadkach, w których przypuszczano gruźlicę nerek, tem bardziej, że podobny spadek ciśnienia zauważyli inni autorowie także w gruźlicy płuc. I rzeczywiście było w dziesięciu przypadkach stwierdzonej gruźlicy nerek ciśnienie tętnicze bardzo zmniejszone, a tylko w jednym przypadku była inna sprawa chorobowa powodem zwiększenia się ciśnienia przy równocześnie istniejącej gruźlicy nerek. Badania kontrolne w przypadkach niegruźliczych zmian nerek stwierdzały zawsze brak zmniejszenia ciśnienia. R. jest zdania, że spadek ciśnienia tętniczego jest wskazówką, w których przypadkach chorób nerkowych powinniśmy pamiętać o gruźlicy nerek i szukać w moczu prątków gruźliczych. *B. Żmigród* (Rymanów).

Doc. Dr Suter. **O wartości próby indygokarminowej w rozpoznawaniu chirurgicznych chorób nerek na podstawie 37 operowanych przypadków.** (*Corrbl. für schw. Ärzte*, 1907, Nr 15). S. dochodzi do następujących wniosków: 1) Nerki zdrowe wydzielają indygokarmin w 8—12 godzin po wstrzyknięciu podskórnem. 2) W chirurgicznych chorobach nerek stosownie do anatomicznego stanu barwik albo wcale się nie wydziela, albo w ilości zmniejszonej lub później, niż zwykle. Zmniejszenie się zdolności wydzielania barwika idzie poniekąd równolegle z rozległością zmian nerki. 3) Wartości próby indygokarminowej dowodzi 35 przypadków wycięcia nerki, z których żaden nie skończył się śmiercią, a w których mocz z każdej nerki z osobna po zadaniu indygokarminu badano zapomocą rozdzielacza Luysa. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Seyberth. **W sprawie nowotworów pęcherza u robotników w fabrykach aniliny.** (*Münch. med. Wochs.*, 1907, Nr 34). Zatrucie aniliną występuje ostro (sinica, zawroty głowy, duszność, utrata przytomności) lub też przewlekle (lekka sinica, mocz ciemny, a potem i krwiomocz). Nowotwory pęcherza rozwijają się u robotników, pozornie na działanie aniliny odpornych. Obraz chorobowy przypomina żywo cierpienie pęcherza na tle motylicy. Nowotwory sadowią się w tych przypadkach z reguły w dnie pęcherza koło ujścia moczowodów. Autor spostrzegał 5 przypadków takich nowotworów, z tych 3 brodawczaki, a 2 złośliwe raki. Objawy były we wszystkich przypadkach podobne. Nowotwory usunął Dr Schwerin przez cięcie nadłonowe. Jeden z chorych, u którego stwierdzono raka, umarł w pewien czas na nawrót choroby. *Klęsk.*

Markus. **Jałowy kateteryzator.** (*Münch. med. Wochs.*, 1907, Nr 26). Aparacik, podany przez autora, składa się z małej puszki, w której środku tkwi miękki kateter. Puszkę tę nosi chory w kieszeni kamizelki, wygotowawszy ją poprzednio. W razie potrzeby wyjmuje i z pomocą elastycznych łapek wysuwa cewnik wprost z puszki do cewki, nie dotykając się wcale cewnika palcami. *Klęsk.*

Bogdanik. **Przyczynek do podskórnych pęknięć cewki moczowej.** (*Wiener med. Presse* 1907, Nr 38). Po skreśleniu najważniejszych sposobów powstawania pęknięć cewki moczowej i objawów jego opisuje B. sposób postępowania w swoich 4 ciekawych przypadkach. Dążeniem naszem powinno być wprowadzenie miękkiego cewnika. O ile jednak przypuszczamy pęknięcie zupełne, cewnikowanie jest bardzo trudne, chory krwawi ciągle, lub krwiak na kroczu rośnie, należy zaraz przystąpić do zewnętrznego rozcięcia cewki. Wyszukanie dośrodkowego końca cewki jest nieraz, zwłaszcza w zadawnionych przypadkach, bardzo trudne, podobnie wprowadzenie cewnika. B. postępuje przytem w ten sposób, że wprowadza cewnik od rany na kroczu, koniec do pęcherza, a nasadę wyciąga od rany przez prącie od tyłu zapomocą włosowatej świeczki, wprowadzonej do cewki przez ujście zewnętrzne. Przetoki moczowe w wypadkach nie leczonych tworzyć się mogą w różnych miejscach. B spostrzegał jedną w okolicy lewego pośladka. Ideałem leczenia pęknięć cewki powinien być szew lub choćby zbliżenie obu rozerwanych końców. *Klęsk.*

Feigl. **Nowy sposób leczenia dymienic.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 37). Sposób, stosowany przez autora, ma na celu uwolnienie chorego od długiego leżenia w łóżku, pozostawienie po sobie małej blizny i skrócenie czasu leczenia. Polega on na tem, że przy największem nawet zajęciu gruczołów pachwinowych robi się cięcie 8—10 mm. długie ponad najwięcej zropiałym gruczołem, małą łyżeczką rozluźnia się zropiałe masy, poczem wypłukuje 2 prc. lyzolem, a jamę tamponuje się paskiem gazy umaczanym w rozczynie lyzolformaliny o składzie: *Lysol* (2%) *50,0*, *Formalin* (*40%*), *6—10 kropli*. Następnie kładzie się na ranę suchą gazę, a potem okład kwaśny. Cały zabieg trwa 2—3 minut, wykonuje się w zamrożeniu. Z początku opatrunek zmienia się codzień, w drugim tygodniu co drugi, w danym razie w trzecim, co trzeci. Poprawa jest bardzo szybko widoczną; gruczoły rychło maleją, zaczerwieniona skóra przybiera barwę naturalną. W ten sposób leczył F. 6 przypadków, z których 4 były

bardzo ciężkie. Podobnie stosował lyzolformalinę z dobrym skutkiem przy wrzodziankach i ropowicach. *Klęsk.*

Dermatologia.

Świątkiewicz. **Leczenie tocznia eugallolem.** (*Tygodnik lek.* 1906, Nr 42. *Allg. med. Ztrl. Ztg.* 1907, Nr 27). Na podstawie przypadków tocznia, leczonych eugalloiem w klinice dermatologicznej lwowskiej, stwierdza S., co następuje: 1) Słabe rozczyny eugallolu nia mają żadnego działania, mocniejsze (20 do 30 prc.) działają na miejsca zmienione żrąco, ale zbyt powierzchownie, jeszcze mocniejsze (66 prc.) wywołują silny odczyn, który jednak pod wpływem płynu Burowa szybko ustępuje, nie sprawiając choremu znaczniejszych dolegliwości. Niewielkie podrażnienie sąsiedniej zdrowej skóry nie ma znaczenia. 2) Eugallol działa dostatecznie silnie na to, aby zniszczyć nawet głębokie nacieki (*scrofuloderma*). 3) Działanie jest dobre także pod względem kosmetycznym, bo zdrowa skóra nie ulega większym zmianom. 4) Zaletą środka jest działanie bezbolesne; jeżeli nawet ból się zjawi, to trwa bardzo krótko. 5) Leczenie nie trwa przy eugallolu nadmiernie długo, a w każdym razie nie dłużej, niż przy użyciu innych środków i sposobów. 6) Eugallolu można użyć także w przypadkach tocznia błony śluzowej nosa i warg. 7) Lek ten nie wywołuje żadnych powikłań, nie drażni nerek i t. p. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Winkler. **O trującem działaniu chryzarobiny na nerki i jej wydzielaniu.** (*Corr. Bl. für schw. Ärzte* 1907, Nr 18). Dla lekarza-praktyka ważną jest rzeczą, czy przy zwykłem leczeniu chryzarobiną, jakie stosuje się np. przy łuszczycy, zagraża niebezpieczeństwo zapalenia nerek. Na podstawie swych badań dochodzi W. do wniosku, że przy takiem zwykłem leczeniu chryzarobiną nie należy obawiać się podrażnienia nerek. Nawet przy ciężkiem zapaleniu skóry, wywołanem przez chryzarobinę, wessanie tego środka jest tak nieznaczne, że tylko bardzo rzadko zdarzyć się może białkomocz. Niemniej nie należy nigdy zaniedbywać starannego badania moczu co do białka zarówno przed, jak i podczas leczenia chryzarobiną.

Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

Herzheimer. **Przyczynek do leczenia trądzika zwykłego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1967, Nr 37). Przyczyna trądzika zwykłego (*acne vulgaris*) nie jest jeszcze dokładnie wyjaśniona. Spotykane w guzkach drobnoustroje (gronkowiec złoty, biały, prątek okrężnicy i t. d.) odgrywają, zdaje się, drugorzędną rolę. Pewne chemiczne środki wywołują bezwątpienia trądzik, jak np. jod, brom, zażywane wewnętrznie, a smołowiec, parafina i inne tłuszcze, działające od zewnątrz. Znaną też jest postać trądzika, występująca głównie na twarzy, czole, skroniach i nosie przy zaparciu stolca. Występuje ona głównie u ludzi starszych. Trądzik występuje też często u osób młodych niedokrwistych lub u osobników, cierpiących na łojotok. Wynika z tego, że w leczeniu trądzika prócz leczenia miejscowego powinniśmy też mieć stan ogólny na uwadze. Spożywanie tłuszczów nie ma żadnego wpływu na to cierpienie, jak się mylnie powszechnie sądzi. Co do leczenia, to dobre wyniki dają często drożdże, ale świeże, a nie ich przetwory, jak cerolina, levuretina lub zymina. Leczenie miejscowe jest dość żmudne i wymaga ze strony chorego cierpliwości. Najlepszym środkiem jest siarka, którą dodaje się do pasty cynkowej w ilości 1—30 prc. jako maść na noc i to w zimie stosowana. W lecie poleca autor mazidło, składające się z 15 części strąconej siarki, 45 części wody wapiennej i 10 części wody migdałów gorzkich. Dobrym też środkiem leczniczym jest rezorcyna; zapisywać ją należy w małych ilościach z proszkiem łojku, a nie pudrem zwykłym, bo plami skórę. Autor zapisuje zwykle: *resorcin. albissim. 10,0, zinc. oxyd. 10,0, talc. venet. 10,0, paraffin. liquid. 20,0.* Ewentualnie stosować też można nadboran sodowy. Dobre wyniki osiąga się też przy stosowaniu gorącej pary. W wypadkach lżejszych próbować można tymolrezorcyny, spirytusu salicylowego, okładów z octanu glinowego lub mydeł, n. p. salicylowo-rezorcynowo-siarkowego i t. p. *Klęsk.*

Tausig. **Hamujące działanie preparatów estonu na wydzielanie i wpływ tegoż na potnienie nóg.** (*Oesterreich. Ärzte-Zeitung* Nr 12). Pocenie się nóg jest cierpieniem bardzo zgubnie oddziaływającem na zdolność do marszu u żołnierzy. Polecano przeciw niemu dużo środków, jak puder salicylowy, 2—10 prc. rozczyn kwasu chromowego, formalinę i t. p. Rozczyn kwasu chromowego działa dobrze, lecz stwierdzano przytem podrażnienia nerek i wypryski, a samo stosowanie często jest bolesne. Podobnie formalina w rozczynie działa dość dobrze, ale transport jej na wojnie jest trudny, a pędzlowanie wywołuje między palcami często silne pieczenie. Autor próbował preparatu octanu glinowego, puszczonego w handel pod nazwą eston, jakoteż połączenia tegoż z kwasem mrówkowym, t. zw. formestonu. Eston jest białym proszkiem, działa pewnie, lecz łagodnie i nie wywołuje bolu. Stosował go autor w postaci pudru, dalej 20—50% maści itp. Wynik leczniczy był zawsze i wszędzie bardzo pomyślny. Wydzielanie potu ustępowało, odór nóg znikał, owrzodzenia i szczeliny goiły się. Prócz pocenia się nóg, stosował T. eston także przy innych cierpieniach skóry z dobrym wynikiem, jak przy wrzodzie miękkim, wrzodach goleni, przewlekłych wypryskach i t. p. Transport na manewrach i wojnie bardzo wygodny, bo w postaci proszku, maści lub kremu w tutkach blaszanych z lanoliną. *Klęsk.*

Lams. **Znaczenie eozynofilii.** (*Revue de médecine* 1907, Nr 5—6). Z punktu widzenia dyagnostyki dermatologicznej eozynofilia niema żadnego znaczenia, gdyż często jej brak — bardzo często bywa liczba krwinek eozynochłonnych prawidłowa, a prawie we wszystkich chorobach skórnych można napotkać zwiększenie liczby eozynofilów. Natomiast w chorobach zakaźnych krwinki eozynochłonne znikają w okresie ostrego zakażenia, pojawienie się ich ponowne każe dobrze rokować, gdyż oznacza wyzdrawianie. — Pojawianie się większej ilości eozynochłonnych ciałek w przebiegu różnych chorób (płonica, dur, gorączka połogowa, tasiemiec, glistnice, tęgoryjec, torbiel wodzinkowa, choroby skóry) jest wyrazem stanu wprawdzie chorobowego, lecz niezbyt ciężkiego i niegroźnego; przeciwnie mała ich liczba lub brak, t. j. hypeozynofilia i aneozynofilia każą nieraz źle rokować (mocznica, rzucawka porodowa). *Dr Blassberg.*

Okulistyka.

Tooke. **Przypadek „keratitis e lagophthalmo", badany anatomo-patologicznie.** (*Ophthalmology* vol. III, 1907, Nr 4). U osobnika, który zmarł na nowotwór móżdżku, miał autor sposobność spostrzegać wybitną *keratitis e lagophthalmo.* W kilka godzin po śmierci wyłuszczone gałki oczne poddał badaniu anatomicznemu. Na podstawie porównania swych wyników z opisanymi pod względem anatomicznym przypadkami *keratitis neuroparalytica* skłania się autor do zapatrywania tych, którzy uważają te dwie postacie jako odrębne jednostki chorobowe. Mimo różnic w etyologii odznaczają się tą wspólną własnością, że pierwszym ich objawem jest wysychanie nabłonka rogówkowego. Omawiając szczegóły anatomiczne przy *keratitis e lagophthalmo* podkreśla autor bujanie i podział karyokinetyczny komórek warstwy właściwej rogówki i brak w głębszych warstwach drobnoustrojów. *K. W. Majewski.*

J. Charles. **Keratitis dendritica.** (*Ophthalmology* 1907, Nr 4). Istnieją dwie postacie drzewkowate zapalenia rogówki. Jedna pochodzi z pęcherzyków, które pękając tworzą drobne ubytki, zlewające się ze sobą dendrytycznie. Jest to najczęściej *herpes corneae*, który występuje zwykle w przebiegu różnych zakaźnych chorób gorączkowych. Drupa postać przychodzi do skutku przez rozpad drobnych guzków na powierzchni rogówki. Wedle doświadczenia autora to guzkowe zapalenie rogówki występuje wyłącznie prawie w przebiegu zimnicy. Przypuszcza on, że wskutek działania toksyn przychodzi do zwyrodnienia zakończeń nerwowych, co prowadzi do odczynu zapalnego ze strony tkanki, otaczającej te zakończenia. Możebną jest także, zdaniem jego, rzeczywista *neuritis* drobnych rozgałęzień nerwowych, która prowadzi do zmian odżywczych i do zatkania kanalików i przestworów chłonnych, upośledza odżywienie i prowadzi w pewnych miejscach do powierzchownego rozpadu tkanki rogówkowej. *K. W. Majewski.*

Lagleyze. **Oko bielców.** (*Archives d'Ophtalmologie* 1907, Nr 6). Na szczególną uwagę zasługuje zapatrywanie autora odnośnie do etyologii *albinismus*, że wada ta występu e często u potomków rodziców o bliskim stopniu pokrewieństwa. Wykazuje mianowicie, że w niektórych okolicach, gdzie z jakichkolwiek przyczyn małżeństwa między krewnymi częściej się zdarzają, bielactwo wogóle, a w szczególności *albinismus oculorum* częściej się spotyka. W rozdziale o rokowaniu przytacza następujące przypadki, gdzie w oczach, od urodzenia pozbawionych barwika, wyjątkowo pojawiał się tenże w latach późniejszych. Wypadki takie są jednak niezmiernie rzadkie.

K. W. Majewski.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dn. 17. września 1907.

Kopczyński St. przedstawił przypadek **nowotworu mostu Warola.** Chory F. M., lat 30, lokaj, przybył do szpitala ze skargami na kaszel, drętwienie w prawej połowie ciała i dwojenie się w oczach. W wywiadach przed 9 laty — przymiot, dość gruntownie leczony. Badanie przedmiotowe wówczas wykazało: zmiany rozpadowe w prawem płucu i osłabienie pobudliwości na dotyk i ból na prawej połowie klatki piersiowej. W ciągu następnych pięciu miesięcy stopniowo występowały objawy ze strony nerwów czaszkowych i obecnie obraz chorobowy przedstawia się w następujący sposób: T = 72, ciepłota od czasu do czasu podniesiona, chory nie ma nudności, wymiotów, bolów głowy, czyli objawów wzmożonego ciśnienia wewnątrz czaszki. Siła ruchowa osłabiona w prawych kończynach, odruchy ścięgniste w nich wzmożone. Objaw Babińskiego obustronny, wyraźniejszy po stronie prawej. Zniesienie pobudliwości na wszystkie rodzaje czucia na całej prawej połowie ciała. Bezład i zupełne zniesienie zmysłu mięśniowego w prawych kończynach. Ze strony nerwów czaszkowych: na lewem oku keratitis neuroparalytica, na prawem zwężenie źrenicy przy zupełnym braku oddziaływania (myosis spastica). Ruchy gałek ocznych, jedynie ku górze i ku dołowi. Zez zbieżny. Porażenie zupełne obu nerwów odwodzących. Szczękościsk, co wobec zaburzeń czucia na twarzy świadczy o uszkodzeniu obu nerwów trójdzielnych. Zupełne porażenie obu nerwów twarzowych — twarz maska. Zniesienie niemal zupełne słuchu po stronie lewej. Niedowład łuku podniebiennego lewego, nieruchomość i zupełne znieczulenie nagłośni. Chory wysuwa język z trudnością.

Prelegent umiejscowia cierpienie w tylnośrodkowej części mostu Warola w górnem piętrze z przewagą po stronie lewej. Zajmuje ono lewą pętlę (drogi czuciowe dla prawej połowy ciała), oba jądra nerwów V, VI, VII i lewy nerw VIII, jego drogę centralną, jak również drogi centralne do nerwów IX, X, XI po stronie lewej.

3) Kopczyński St. przedstawił przypadek **akromegalii.**

4) Rzętkowski K. odczytał rzecz **O odczynie ocznym Calmettea u suchotników,** w której omówił wogóle sprawę stosowania tuberkuliny w celach rozpoznawczych, podał wiadomości o metodzie naskórnego szczepienia tuberkuliny v. Pirqueta, oraz o metodzie Calmettea, którą na zasadzie badań, podjętych w swym oddziale szpitalnym, uważa za pożyteczną i zasługującą na szersze rozpowszechnienie.

W dyskusyi podaje Zembrzuski St., że stosował szczepienie tuberkuliny sposobem Pirqueta u 200 dzieci: 150 niemowląt do roku i 50 od roku do 7 lat. U żadnego z niemowląt nie było miejscowego odczynu, ze starszych — połowa nie oddziaływała. Wszystkie te dzieci miały objawy zołzów. Dzieci nawet z niewątpliwą gruźlicą — nie oddziaływały. — Sokołowski, opierając się na kilku odpowiednich publikacyach, obawia się, czy rozpoznawczy zabieg sposobem Calmettea nie może czasem wywołać poważniejszych, a niepożądanych następstw; uważa także za konieczne, aby metodę tę skontrolowali okuliści. — Łuczycki przytacza 4 przypadki Wagnera, w których po zastosowaniu tuberkuliny miały wystąpić objawy choroby umysłowej (w jednym przypadku bezmysł z omamami (*amentia hallucinatoria*). — Karwacki zaś odwrotnie przytacza badania Lepina na obłąkanych, gdzie ani razu szkodliwych następstw nie spostrzegano (14 przypadków). — Landau Anastazy nie sądzi, aby wpuszczenie jednej kropli 1 prc. roztworu tuberkuliny mogło przynieść szkodę choremu, przynajmniej odpowiednie badania na oddziale dra Dunina nic takiego nie stwierdziły. — Wreszcie w odpowiedzi Sokołowskiemu zaznacza Rzętkowski, że obawy co do szkodliwości wkraplania tuberkuliny do worka spojówkowego są zupełnie płonne. Zarówno wszyscy autorowie, którzy metodę Calmettea stosowali, jak i Rz., nie zauważyli żadnych poważniejszych następstw dla oka. *J. L.*

Posiedzenie kliniczne dnia 24. września 1907.

1) Kozerski przedstawił przypadek **lupus erythematodes** nosa i okolic licowych, **wyleczony zapomocą promieni radu.** Naświetlano wielokrotnie wszystkie zajęte miejsca w odstępach kilkotygodniowych.

2) Janowski Wł. wygłosił rzecz: **Ciśnienie krwi i prawdziwa wielkość, oraz szybkość tętna w różnych stanach chorobowych.** (Rzecz ta drukuje się właśnie w »Przeglądzie lekarskim«). Na zasadzie szczegółowego rozpatrzenia materyału, zdobytego przez systematyczne badania 364 chorych, dochodzi J. do wniosku, że dotychczasowe sposoby badania i określania ciśnienia krwi nie dają dostatecznych danych dla oryentowania się w sprawności serca w poszczególnych stanach chorobowych.

Jaworski podnosi, że prelegent przy badaniach swych nie uwzględnił wszystkich stanów chorobowych, jakie na wahania w ciśnieniu krwi wpływają. Do stanów tych należą między innemi i okresy przełomowe w życiu kobiety: okresy dojrzewania i przekwitu płciowego. Szczególnie właśnie okres przekwitu wyciska swe piętno na układzie krwionośnym. *J. L.*

W sprawie ustawy o chorobach zakaźnych.

Napisał

Prof. Dr Ciechanowski.

(Ciąg dalszy).

Zarządzenia przy pojawieniu się chorób zakaźnych w granicach państwa (stosowane obecnie z zasady zaraz po stwierdzeniu pierwszego przypadku bez wyczekiwania na rzeczywistą »epidemię«) dotyczą: *a)* obowiązku donoszenia o tych chorobach, *b)* odosobnienia chorych.

a) Prawną podstawę w całem państwie ma tylko obowiązek donoszenia o przypadkach moru, ospy i cholery. Co do innych chorób zakaźnych istnieją w różnych krajach koronnych różne rozporządzenia politycznej władzy tych krajów, wszelako w ostatnich czasach podano w wątpliwość moc prawną takich rozporządzeń, o ile nie opierają się one na rzeczywistej ustawie, któraby przynajmniej w zasadzie zobowiązywała obywateli państwa do donoszenia o zachorowaniach na choroby zakaźne. Ministerstwo żąda przeto od Najw. Rady zdrowia orzeczenia, co do których chorób zakaźnych należałoby w ustawie nałożyć obowiązek donoszenia, istniejące bowiem obecnie rozporządzenia różnią się między sobą pod tym względem. Obowiązek donoszenia ciąży według § 4 a) państwowej ustawy sanitarnej na gminach, te jednak mogą o zachorowaniach zakaźnych dowiedzieć się tylko od lekarzy, od rodziny chorego, od duchownych, w szkołach od nauczycieli i t. d. i istniejące obecnie przepisy przenoszą istotnie ten obowiązek na wymienione osoby. Należy przeto określić, czy w przyszłej ustawie epidemicznej ma się obowiązek donoszenia rozciągać na te wszystkie osoby, czy może jeszcze na inne, i w jakim stopniu, dalej, czy doniesienia zawsze mają się odbywać za pośrednictwem gmin, ponieważ obecnie wiele zarządów gminnych, nie rozumiejąc doniosłości sprawy, doniesienia takie przetrzymuje lub z zarządzeniem stosownych środków zwleka, dopóki nie wkroczy władza polityczna. Wreszcie należałoby określić obowiązkowy termin doniesień.

b) Odosobnienie chorych zakaźnych, aczkolwiek w rzeczywistości obecnie zarządzane i dokonywane, nie polega jednak na wyraźnym przepisie ustawowym. Ponieważ zaś takie odosobnienie jest ograniczeniem wolności osobistej, przeto ustawa epidemiczna musi zawierać wyraźne postanowienia, także i na ten wypadek, gdyby odosobnienie trzeba było przeprowadzić przymusowo. Odosabniać chorych zakaźnych można albo w szpitalu epidemicznym, albo w ich własnych mieszkaniach. W pierwszym przypadku musiałby być na gminy nałożony obowiązek utrzymywania szpitali epidemicznych, jako odrębnych budynków, dziś bowiem są gminy obowiązane tylko do utrzymywania lub dostarczenia odpowiedniego lokalu, co w praktyce często oznacza jedną, nieodpowiadającą celowi izbę w jakimś budynku gminnym, gdzie o rzeczywistem odosobnieniu i mowy być nie może. Odosobnienie chorych w ich własnych mieszkaniach natrafia w większych miastach na wielkie trudności. Usuwanie z mieszkań zakażonych tych mieszkańców, którzy pozostali jeszcze zdrowi, zagraża niebezpieczeństwem rozwleczenia zarazy; przy użyciu więc tego sposobu odosobnienia potrzeba przez odpowiednie przepisy ustawy niebezpieczeństwo to uchylić, a w pewnych przypadkach (znaczne rozszerzenie się cholery, moru) konieczne są osobne domy izolacyjne. Istniejący gdzieniegdzie zakaz przewożenia chorych zakaźnych z jednego domu do drugiego i z jednej gminy do drugiej bez pozwolenia władzy politycznej, nie ma również dotąd podstawy w wyraźnem postanowieniu ustawowem. Przewożenie chorych zakaźnych koleją podlega obecnie rozporządzeniom ministeryalnym (§ 20. 1. al. rozp. min. handlu z 10. XII. 1892 Dpp. Nr. 207 i rozp. min. kolej. z 24. IX. 1901 Dpp. Nr. 143). Odosobnienie chorych zakaźnych w ich mieszkaniach wymaga

znowu pewnych osobnych zarządzeń, jeżeli to mieszkanie z powodu wykonywanych w niem rzemiosł lub zajęć odwiedzać muszą obce osoby. Zazwyczaj władze sanitarne zakazują wykonywania rzemiosła i t. d. (np. kramy, gospody), dopóki chory przebywa w tem mieszkaniu i dopóki nie dokonano odkażenia. Dawniejszy przepis, aby na domach, nawiedzonych ospą, umieszczać napisy ostrzegające, co za granicą stosuje się przy wielu chorobach zakaźnych, został w Austryi w pewnym przypadku zniesiony przez ministerstwo. Najw. Rada zdrowia powinna orzec, w jakim zakresie ma ustawa epidemiczna uprawniać władze polityczne do podobnych zarządzeń, przyczem rozważyć należy sprawę odszkodowania stron.

Powinna też być rozpatrzona dokładnie sprawa kontroli sanitarnej nad osobami, wyjeżdżającemi z gniazd zarazy do innych miejscowości państwa i w ten sposób rozwłóczących zarazę (jak to np. często się zdarza co do krztuśca). Niemniej powinna przyszła ustawa określić, w jakich warunkach mogą być ze względu na epidemię zakazywane pielgrzymki, odpusty, jarmarki i t. p. zgromadzenia, jakoteż zamykane szkoły, ponieważ takie zarządzenia ograniczają niekiedy swobodę bardzo szerokich kół ludności. Należy również zwrócić uwagę na wędrownych kramarzy, domokrążców i t. d. Wszelkie jednak zarządzenia w tym zakresie, t. j. co do ruchu ludności, mogą być skuteczne tylko wtedy, jeżeli uregulowane będą sprawy meldunkowe, które dziś nawet w miastach wiele pozostawiają do życzenia, a po wsiach prawie wszędzie zupełnie leżą odłogiem. Referent ministerstwa uważa za rzecz konieczną uprawnienie władz do tego, aby mogły konieczne środki stosować w razie potrzeby nawet przymusowo.

Bardzo skutecznem okazało się w Austryi stosowanie w razie wybuchu epidemii środków zaradczych w szerszym zakresie pod rygorem § 393 ustawy karnej, przyczem ustanawia się odrębnych lekarzy, płatnych przez rząd. (To t. zw. »Epidemieverfahren« uważa referent ministerstwa za urządzenie wyłącznie austryackie, choć było ono stosowane i w innych państwach). To powoływanie do zwalczania epidemii osobnych lekarzy zalecałoby się i nadal, po wprowadzeniu ustawy o chorobach zakaźnych, gdyż gminna służba zdrowia mało gdzie jest tak zorganizowana, aby jej samej można pozostawić całą akcyę zwalczania chorób nagminnych.

W rozporządzeniu wykonawczem do ustawy zaleca referent ministerstwa pomieścić przepisy, zapewniające stwierdzenie przyrody i ustalenie rozpoznania danej choroby zakaźnej.

Niszczenie zarazków mają na celu przepisy o odkażaniu z r. 1887 wraz z późniejszemi dopełnieniami, wogóle dostatecznie ścisłe, ale nie dość ściśle przestrzegane; należałoby je z małemi zmianami wcielić do ustawy. Im więcej dbać się będzie o odkażenie bielizny, pościeli i t. p. już w pokoju chorego, o odkażenie osób, z chorym się stykających, tem bardziej zmniejszy się niebezpieczeństwo rozwleczenia zarazy, choćby zastosowanie środków zapobiegawczych poza pokojem chorego pozostawiało nieco do życzenia. Wielkiem niebezpieczeństwem rozwleczenia zarazy zagrażają odpadki, nieużyteczne w domu, np. gałgany. Zakaz zbierania gałganów w zakażonych gminach nie wystarcza wobec tego, że zarazki nieraz długo nie tracą swej jadowitości; prawdziwie skutecznym środkiem może być tylko niszczenie takich przedmiotów lub zupełne ich odkażenie już w mieszkaniu chorego. Jednakże obecnie wykonywane to bywa niedostatecznie nawet w większych miastach, gdzie istnieją wprawdzie przyrządy odkażające, ale są nieumiejętnie i szablonowo używane. To też, zdaniem referenta ministerstwa, w obecnych warunkach należy żądać, aby odkażanie odbywało się bezwarunkowo pod osobistym nadzorem lekarza urzędowego. Wreszcie powinny być do ustawy wcielone przepisy o postępowaniu ze zwłokami osób, zmarłych na choroby zakaźne, aby w razie potrzeby można było i w tych przypadkach zastosować przymus.

Koszta zarządzeń z powodu epidemii ponosi obecnie skarb państwa. Dotyczy to mianowicie kosztów komisyi urzędowych, wysyłanych dla zbadania sprawy, oraz kosztów zarządzeń ochronnych na granicach państwa. Dawniej koszta tych zarządzeń ochronnych pokrywać musiały gminy nadgraniczne. Również pokrywa skarb koszta lekarzy epidemicznych, a prawie wszędzie także i koszta leków, rozdawanych w czasie epidemii chorym ubogim. Ustawa powinna jasno określić, w jakich przypadkach ma nadal koszta epidemiczne pokrywać skarb państwa, a w jakich gminy, a to co do kosztów: *a)* sprawdzania epidemii, *b)* zarządzeń ochronnych, *c)* leków dla ubogich i t. d., *d)* odszkodowania osób prywatnych za utratę zarobku, ograniczenie swobody podróżowania, zniszczone przy odkażaniu przedmioty i t. p. Dalej żąda referent ministerstwa, by Najw. Rada zdrowia określiła, które czyny i zaniedbania i w jakim stopniu należy ze stanowiska ustawy epidemicznej uznać za karygodne.

Choroby, których dotyczy ustawa, powinny być w niej albo poszczególnie wymienione, albo przynajmniej ogólnie nacechowane jasnem określeniem (zaraźliwe, przenośne), przyczem rozważyć należy, czy ustawa ma się odnosić, jak dotychczasowe przepisy, tylko do chorób zakaźnych ostrych, czy też i do niektórych przewlekłych. Ogólnikowe określenie (»gemeingefährlich«), użyte w ustawie niemieckiej nie zaleca się. Rozmaite choroby zakaźne wymagają odmiennych zarządzeń; odnosi się to zwłaszcza do środków ochronnych, co do których ustawa musi zawierać jasne postanowienia. Przedewszystkiem chodzi tu o przymus szczepienia przeciw ospie, obecnie w Austryi istniejący tylko pośrednio. Ustawa powinna uwzględnić także i leczenie (w danym razie przymusowe) pewnych chorób pewnemi metodami (błonica, wodowstręt). Oprócz tych chorób, których zwalczanie zapomocą osobnych zarządzeń uważano dotąd za potrzebne (błonica, krztusiec, dur, cholera, mór), należy uwzględnić cały szereg innych, przeciw którym dotąd nie było w Austryi zarządzeń sanitarnych (np. gruźlica, zimnica). (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Sprawozdania Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej ustaną od Nowego Roku 1908 wychodzić jako osobne wydawnictwo, a będą ogłaszane w »Głosie lekarzy«, któremu Izba udzieli na ten cel 500 koron rocznie. Lekarze, należący do okręgu tej Izby, a nie prenumerujący »Głosu lek.«, otrzymywać będą sprawozdania osobno przez administracyę tego pisma. *R.*

Z Towarzystwa Samopomocy lekarzy. Wydział Towarzystwa, wybrany na ostatniem Walnem Zgromadzeniu, odbył 4 posiedzenia, a mianowicie 28. VI., 5. VIII., 30. IX. i 11. X. b. r. Na posiedzeniach tych załatwiono m. i. sprawy następujące: kierownictwo »Oddziału należytości« poruczono nadal drowi Jaugustynowi, sprawy »Kasy pogrzebowej« objął dr Murczyński, a »Biuro pośrednictwa i antykwaryat« dr Sokołowski; administracyą znaczków receptowych kieruje nadal dr Żydłowicz; zastępcą skarbnika obrano dra Weinsberga. Uchwalono przyłączyć się do akcyi Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w sprawie szpitalnictwa. Przyjęto rezygnacyę prof. Nowaka ze stanowiska prezesa, uchwalając ponowny wybór zarządzić po nadejściu odpowiedzi z Ministerstwa co do uchwalonego na ostatniem Walnem Zgromadzeniu nowego statutu. Przyjęto do wiadomości, że Miejska Kasa chorych nadesłała przez dra Stahra zamiast wieńca na trumnę ś. p. Langiego 50 K., dr Pelczar nieprzyjęte honoraryum 100 K., grono lekarzy szpitala św. Łazarza przez dra Owsińskiego 30 Kor., p. Władysław Popiel 341 Kor. jako odsetkę od biletów kąpielowych, sprzedanych w ostatnim sezonie w Lubieniu. Ofiarodawcom uchwalono wyrazić podziękowanie. Wreszcie postanowiono zająć się sprawą niewłaściwego postępowania pewnej gminy galicyjskiej wobec lekarza gminnego. *R.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	po 1 h.
Od r. 1904 do końca r. 1906	314,765	112,950
W r. 1907 do 31. VIII.	33,448	31,900
W miesiącu wrześniu 1907 sprzedano . .	3,000	300
razem .	351,213	145,150

Dr Żydłowicz, administrator.

Państwowy Związek organiz. lek. austr. podaje do wiadomości: 1) że organizacya lekarzy w Dalmacyi ukonstytuowała się 25. VIII., wybierając przewodniczącym dra Mazzi; 2) że przewodniczącym organizacyi w Salzburgu wybrany został dr Angelberger; 3) że w Tryeście rozpoczęła się organizacya, do której przystąpiło 100 lekarzy z ogólnej liczby 175. — Prezes: *Dr Janeczek.*

Emerytura lekarzy gminnych dolno-austryackich. Sejm dolno-austryacki wyznaczył już w r. 1902 po 10.000 K. rocznie na zaopatrzenie wdów po lekarzach gminnych, a w roku 1904 drugie tyle na emerytury (1200 K.) dla lekarzy, którzy przekroczyli 60 r. ż. i są niezdolni do pracy, polecając zarazem Wydziałowi krajowemu opracować całkowitą ustawę emerytalną. Ta ustawa, obecnie właśnie przez Sejm dolno-austr. uchwalona, ustanawia służbę 30-letnią, która daje prawo do pełnej emery-

tury 1500 K. Praw do emerytury nabywa lekarz po 10 latach służby w Dolnej Austryi (prócz Wiednia) i wtedy, jeżeli stanie się niezdolnym do pracy, otrzymuje 40 prc. pełnej emerytury; każdy dalszy rok służby nadaje prawo do 3 prc. więcej. Gdyby lekarz zdolność do pracy odzyskał, to wraca do służby, a emerytura jest tylko czasową. Niezdolność do pracy przed upływem 10 lat służby daje prawo do jednorazowej odprawy w wysokości jednorocznej płacy. Wdowy po lekarzach otrzymują połowę emerytury, którąby przypadała mężowi, najmniej jednak 400 K., sieroty zaś do ukończenia 24 lat $^1/_5$ pensyi wdowiej, gdyby zaś utraciły i matkę, połowę pensyi wdowiej. Tytułem zwrotu kosztów ostatniej choroby i pogrzebu otrzymuje rodzina zmarłego lekarza 25 prc. jego emerytury, jeżeli zaś lekarz nie miał jeszcze do niej prawa, otrzymuje rodzina odprawę w kwocie 500 K. Wszystkie te wydatki pokrywa osobny fundusz pensyjny, do którego wpływają taksy przy zamianowaniu lekarza (100 K.), opłaty od lekarzy, (po 3 prc. pełnej emerytury rocznie), grzywny dyscyplinarne, a resztę dopłaca kraj. — Zresztą zawiera ustawa szereg postanowień, dotyczących mianowania i dymisyonowania lekarzy gminnych i t. d. Zasługują na uwagę przepisy o karach dyscyplinarnych (1. upomnienie, 2. grzywna aż do 300 K., 3. dymisya), które nałożone być mogą tylko na zasadzie ostatecznego wyroku komisyi dyscyplinarnej, złożonej z 4 członków pod przewodnictwem marszałka krajowego lub jego zastępcy. (U nas inaczej! inaczej!). Ale w zamian za emeryturę nakłada projekt dolno-austryacki na lekarzy gminnych (§. 24) obowiązek bezpłatnego szczepienia, bezpłatnego badania szupaśników i bezpłatnego leczenia ubogich aż do 10 rodzin; dalsze rodziny ubogich i podrzutków ma lekarz leczyć za osobnem wynagrodzeniem z miejscowego funduszu ubogich lub z funduszów krajowych, oznaczonem przez Wydział krajowy po zasięgnięciu zdania Izby lekarskiej. — Wydatek roczny na emerytury i pensye wdów według tej ustawy oblicza Wydział krajowy dolno-austr. przy 480 lekarzach gminnych na 155.000 K., z czego 21.600 K. dostarczyłyby opłaty od lekarzy, 35.000 oszczędność na kosztach szczepienia, a około 100.000 K. dopłacałby kraj. (Öst. Sanit. 40). *R.*

W sprawie ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych, która wbrew przyrzeczeniom nie została wniesiona w ostatniej sesyi Sejmu galic., wniosło grono posłów z prof. Marsem na czele interpelacyę do Wydziału krajowego (»Tyg. lek.« 41). *R.*

Dyrektorowie i prymaryusze szpitali krakowskiego i lwowskiego uzyskali przez swą tegoroczną petycyę uchwałę Sejmu (12. X.), że statut emerytalny dla urzędników Wydziału krajowego z r. 1898 ma się odtąd i do nich stosować. *R.*

Sejmowy mandat lekarski w Galicyi. Subkomitet reformy wyborczej proponuje podobno 2 kurye: powszechną (102 mandaty) i zawodową (102 mandaty), przyczem w kuryi zawodowej jeden mandat Izbom lekarskim. (Jeżeli chodzi o zapewnienie przyszłemu Sejmowi dostatecznej liczby zawodowych znawców różnych działów gospodarstwa krajowego, to jeden mandat lekarski nie wystarczy, zwłaszcza jeśli się zważy, że dział sanitarny stanowi przeszło $^1/_{10}$ budżetu krajowego, i jeśli się zestawi ów jedyny mandat lekarski z obu Izb lekarskich z 3 mandatami, proponowanymi dla Izb adwokackich i notaryalnych. Ale zdaje się, że podział mandatów zawodowych jest tylko pogłoską dziennikarską i że sprawie tej daleko do załatwienia, nawet co do samej zasady). *R.*

Lekarze choleryczni mogą być potrzebni z powodu niebezpieczeństwa zawleczenia cholery z Rosyi do Galicyi. Lekarze, którzyby zamierzali podjąć się tego zadania, zechcą się zgłosić osobiście lub pisemnie do biura sanitarnego Namiestnictwa we Lwowie w celu podpisania odpowiedniej deklaracyi. Lekarze choleryczni pobierać będą po 20 K. dyet dziennych i zwrot kosztów podróży. (Rozp. Namiestn. z 17. IX. 1907 L. 114.461). *R.*

Braki czasopiśmiennictwa lekarskiego polskiego i potrzebne w niem reformy omawia Dr J. Jaworski w »Gazecie lek.« (37) według referatu, który przedstawił na X. Zjeździe lek. i przyr. polskich we Lwowie. Ograniczając się do rozpatrzenia stosunków w Królestwie i w Poznańskiem, stwierdza dr J., że brak uniwersytetów polskich w Warszawie i w Poznaniu sprawia, iż produkujemy w nauce naszej mniej i gorzej, niż nam na to nasze zasoby duchowe pozwalają. Drugą przeszkodą w rozwoju naszego czasopiśmiennictwa lekarskiego jest brak środków materyalnych, ponieważ byt większości czasopism naszych opiera się tylko na ofiarności nielicznych grup lub jednostek, a nie wszyscy lekarze polscy prenumerują nasze czasopisma; trzecią przeszkodą są różne braki samychże naszych czasopism. Omawiając kolejno wszystkie czasopisma, wychodzące w Królestwie, streszcza dr J. główne, czynione im zarzuty, a to że: 1) prace oryginalne, w nich drukowane, bywają za specyalne, za obszerne, bywa ich za dużo z jednego i tego samego działu; 2) pośród nich mało jest pisanych »z praktyki dla praktyki«; 3) wyciągi z prac zagranicznych wcale nie dają całego obrazu postępów medycyny; 4) pewne pisma za mało uwzględniają sprawy zawodowe. Jednakże w odpowiedzi na te zarzuty zauważa dr J., że pisanie »z praktyki dla praktyki« obniża poziom wykształcenia i że praktyka od teoryi nie da się rozłączyć, że prace oryginalne, oparte na samodzielnych badaniach, są środkiem dydaktycznym, uczącym metody pracy, zastępującym poniekąd pracownie i kliniki, że sprawy społeczno-lekarskie są stopniowo coraz więcej uwzględniane, a sprawa odpowiednich, szczególnie poglądowych sprawozdań jest kwestyą środków pieniężnych danego czasopisma. Zamknięcie któregokolwiek z czasopism nie zaradziłoby jednak złemu; natomiast zlanie się i połączenie niektórych czasopism warszawskich wpłynąć może dodatnio na układ i treść zreformowanego pisma, przyczem jednak dr J. zastrzega się, że jest przeciwnym nadmiernej koncentracyi pism, uważając, że każde z nich przy braku wydziału lekarskiego jest ogniskiem ruchu naukowego.

Pomimo przytoczonych okoliczności łagodzących, wypada sąd dr Jaworskiego o czasopiśmiennictwie naszem dość surowo, a zdaniem naszem wcale jednak nie za surowo. Jak temu daliśmy wyraz, przedstawiając obok dr Jaworskiego referat w tej sprawie w sekcyi prasowej tegorocznego Zjazdu, stan całego naszego czasopiśmiennictwa we wszystkich trzech zaborach jest niezadowalniający, gorszy, niż być może i powinien. Z 9 pism o typie archiwalnym tylko 3 wychodzą prawidłowo i stoją na wysokości zadania; nawet gdyby wszystkie 9 wychodziły prawidłowo, to jeszcze brakłoby w nich przy dzisiejszym ich programie wielu i to wielkich działów nauk lekarskich. Wobec tego, że tylko pisma tego typu można uważać za czynnik, oddziaływający dodatnio na wzrost i pogłębienie ruchu naukowego, uznać trzeba, że przy wspomnianych brakach nasze pisma archiwalne nawet tego wytwórczego zadania należycie wypełnić nie mogą. Uzupełnienie zaś tych braków możliwe byłoby jedynie przez materyalną pomoc instytucyi, które wzięły sobie za zadanie popierać naukę polską.

Z 7 pism naszych o typie tygodnikowym żadne — zważywszy, że ich pierwszem i najważniejszem zadaniem jest służba dla ogółu lekarzy, — nie zaspokaja należycie nawet części potrzeb swych czytelników. Przechodząc kolejno różne rubryki tych pism, staraliśmy się w sekcyi prasowej udowodnić to liczbami. Cóż dziwnego, że niejeden z lekarzy naszych, chcący jako tako iść z postępem, nie może się obejść bez pism obcych, zawierających 3—5 razy bogatszą, znacznie zupełniejszą i aktualniejszą treść; nawet prenumerując wszystkie nasze pisma o typie tygodnikowym, nie otrzymuje lekarz nasz takiego materyału, jaki daje każde lepsze pismo zagraniczne, kosztujące prawie tylko tyle, co jedno nasze. Poprawy jakości naszych pism o typie tygodnikowym nie można sobie wyobrazić bez znacznego rozszerzenia ich ram. Środków na to powinny dostarczyć same pisma, gdyż jedynie zdrową podstawą ich bytu i rozwoju może być tylko obywanie się bez subwencyi i zwracanie się zupełne kosztów. Ponieważ zaś, jak dowodziliśmy w sekcyi prasowej zapomocą obliczeń, w dzisiejszym stanie rzeczy żadne z pism naszych o typie tygodnikowym nie może liczyć na zdobycie sobie dalszych kół czytelników, dopóki liczba pism pozostanie taką, jak dzisiaj, przeto warunkiem poprawy i dalszego rozwoju tego działu naszego czasopiśmiennictwa jest skupienie rozstrzelonych dotąd sił i środków zapomocą dobrowolnego łączenia się czasopism ze sobą w potężniejsze wydawnictwa.

Toteż sekcya prasy lekarskiej, przychylając się do wywodów dr J. Jaworskiego i naszych, uchwaliła wspólny nasz i dr J. Jaworskiego wniosek: »W interesie czasopiśmiennictwa lekarskiego polskiego i ogółu lekarzy polskich należy obecnie dążyć do liczebnego ograniczenia wydawnictw peryodycznych o typie tygodnikowym, ile możności do stworzenia wspólnych organów o znacznie zwiększonej objętości, wypełniających zadania, stawiane przez współczesne wymogi nauki naszej i potrzeby lekarzy polskich«. *C.*

Projekt Kasy chorych lekarzy w Warszawie, opracowany przez dra J. Zawadzkiego (»Kron. lek.« 17) roztrząsa dr Z. Kramsztyk w »Krytyce lek.« (10), zarzucając projektowi m. i., że do Kasy przyjmowani być mogą wyłącznie członkowie »Stowarzyszenia lekarzy polskich«; że nakłada na każdego chorego członka obowiązek zawiadamiania Kasy o chorobie, choć

zatajenie choroby nikomu nie przyniosłoby szkody, jakoteż obowiązek przyjmowania odszkodowania, nie dozwalając się go zrzekać; że korzyści (3—5 rbs. odszkodowania dziennie) zapewnia równe, nakładając nierówne ciężary (3 do 100 rbs. rocznej opłaty); że składanie opłat zapomocą znaczków receptowych jest zawiłym, nieszczerym i niesprawiedliwym sposobem, bo liczba wydanych recept nie stoi w stosunku do istotnego dochodu z praktyki; że kontrola chorych przez delegatów Kasy świadczy o nieufności Stowarzyszenia, złożonego z lekarzy, względem samychże lekarzy, choć proste świadectwa lekarskie wszędzie zresztą budzą zaufanie. — Z odpowiedzi, której autor projektu Kasy zapewne nie zaniedba, zdamy w swoim czasie sprawę. *R.*

Niemieckie Kasy chorych miały w roku 1905 dochodu 266,9 milionów marek (w r. 1904 246 mil.), wydatków 253,8 milionów, z czego 232,2 mil. kosztów choroby. Z tego wydano na zapomogi 102,8 mil., leczenie (ärztliche Behandlung) 53,1 mil., leki 34,6 mil., leczenie szpitalne 30,6 mil., pogrzebowe 6,4 mil., dla położnic i ciężarnych 4,6 mil., na opiekę nad ozdrowieńcami tylko 164,601 marek. *R.*

Międzynarodowy komitet dla zwalczania partactwa, utworzony w r. 1905, postanowił (w d. 7. IX. w Berlinie) utworzenie międzynarodowego związku dla tej sprawy. Związek ten ma zmierzać do wprowadzenia jednakowych międzynarodowych postanowień przeciw partactwu, do uzyskania międzynarodowych ustaw celem zwalczania partaczych ogłoszeń dziennikarskich, broszur i t. d. *R.*

Ciekawy proces o obrazę rozegrał się w Czeskiej Lipie 18. IX. b. r. Fabrykant środków tajnych L. Bauer oskarżał prym. dra Kantera, który w swojem czasopiśmie »Gesundheitslehrer« potępił »Antidiabeticum« Bauera i zarzucił mu wprowadzanie publiczności w błąd. Dr Kanter przeprowadził dowód prawdy i został przez sąd przysięgłych uwolniony. *R.*

„Wzajemną pomoc kobiet“, jako samodzielny osobny oddział »Związku lipskiego«, jednoczący żony i siostry lekarzy celem zbierania funduszów dla zabezpieczenia pensyi wdowom i sierotom po lekarzach, proponuje utworzyć w Niemczech dr Sprenger ze Szczecina. Zdając z tego sprawę, rzuca dr Mikołajski (»Głos lek.« 19) myśl, że może i u nas podobne stowarzyszenie byłoby pożyteczne. *R.*

Uzębienie dzieci w lwowskich szkołach miejskich badał dr B. Kaczorowski u 3458 dzieci (»Przegl. hig.«) i znalazł zęby zepsute u 95·35 prc., zdrowe tylko u 4·65 prc. Stan uzębienia u dziewcząt jest nieco gorszy, niż u chłopców. Ten stan uzębienia naszej dziatwy nie jest jednak wiele gorszy, niż w innych krajach (Austrya 99 prc., Niemcy 92—99, Anglia 77—95 i t. d.). Zęby swe pielęgnowało należycie 23·1 prc. dzieci szkolnych lwowskich (znacznie częściej dziewczęta, niż chłopcy), niedostatecznie 50·7 prc., wcale nie 26·2 prc. *R.*

O filtrach utleniających ogłosił dr T. Gryglewicz obszerniejszą rozprawę w »Przeglądzie technicznym« warszawskim, na którą należy zwrócić uwagę naszych lekarzy wobec coraz silniejszego ruchu asanizacyjnego w naszych miastach i miasteczkach. Sprawa postępowania z cieczami kanałowemi stanowi nieraz niełatwe zagadnienie higieniczne, to też praca dra Gryglewicza ukazuje się bardzo na czasie. *R.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 6. do 12. X. 1907 urodziło się dzieci żywo 42, nieżywo 4; zmarło osób 48, (w tem obcych 20), z nich z gruźlicy 8 (3), zapalenia pluc 1, błonicy 1 (1), płonicy 3. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 29. IX. do 5. X. 1907 było przypadków: płonicy 14 († 3), odry 2, krztuśca 1, duru brzusznego 2, ospianki 2, błonicy 1. — Od 6. do 12. X. 1907 zaś: płonicy 11 († 3), choleryny dzieci 4 († 4), odry 1, duru brzusznego 4, błonicy 4, krztuśca 2, róży 4. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 6. do 12. X. 1907 było przypadków: błonicy 1 (obcy), krztuśca 8, płonicy 9 † 2, odry 3, duru brzusznego 5 (w tem obcych 2). *L.*

Z ruchu ludności w Warszawie. W r. 1906 urodziło się 25.225 dzieci, zmarło 16.081 osób, t. j. 21·54‰ mieszkańców. Z prawosławnej ludności zmarło tylko 10·7‰, z żydowskiej 17·35‰, z katolickiej 25·15‰. Dzieci do lat 5 zmarło 52·91 prc. liczby ogólnej. Nagłych śmierci było 676, z nich 109 samobójstw i 128 zabójstw (w dziesięcioleciu poprzednim bywało zabójstw średnio 27 rocznie). *R.*

Z ruchu ludności w Łodzi. Od 14. VII. do 14. VIII. b. r. zmarło 978 osób, z tego 763 dzieci do lat 10. — Z ospy zmarło osób 70, z odry 51, z zapalenia opon 37, płonicy 10, krztuśca 9, duru brzusznego 16, tężca 2; z ran postrzałowych zginęło 29 (=12·5 prc. wszystkich zejść śmiertelnych!). *R.*

Ospa w Warszawie nie słabnie. W szpitalu zapasowym św. Stanisława znajduje się obecnie 49 chorych na ospę.

Cholera szerzy się gwałtownie w Kijowie.

Wiadomości bieżące.

Kraków. W Prezydyum Rady Miasta zapowiada się zmiana, która może nie pozostać bez wpływu i na sprawy sanitarne Krakowa. Sprawami temi zawiadywał bowiem dotąd pierwszy wiceprezydent Rady, a gdy obecnie przez nowy jego wybór zmieni się, być może, skład i podział czynności Prezydyum, przeto chwila zdawałaby się sposobna, aby przytem uwzględnić doniosłość higieniczno-społecznych zadań gminy w tem większej mierze, im bardziej była ona niedocenianą przez dawniejsze Rady i im więcej przez to pozostało do naprawienia zaniedbań i braków. Słusznemu temu ze stanowiska sanitarnych interesów ludności postulatowi stałby się mogło zadość, gdyby ważny ten dział miał w Prezydyum miasta zawodowego przedstawiciela, gdyby jednym z wiceprezydentów mógł być lekarz. W każdym razie powinnoby przynajmniej sprawom sanitarnym w agendach Prezydyum wyznaczone być miejsce, odpowiadające ich doniosłości, co wobec prac asanizacyjnych, wiążących się z przyłączeniem do Krakowa gmin podmiejskich, jest szczególniena dobie.

— W ostatnich czasach rozchodziły się niepokojące wieści o epidemii płonicy w Krakowie. Z tego powodu zdawał fizyk miejski szczegółowo sprawę w tym przedmiocie na posiedzeniu komisyi sanitarnej (o którem, nawiasem mówiąc, nie otrzymaliśmy, wbrew zwyczajowi, urzędowego komunikatu) w dniu 10. X. — Według sprawozdania fizyka zachorowało na płonicę we wrześniu 30 osób, z nich zmarło 6; w d. 10. X. było chorych 33 osób, nie więcej, niż o tej porze w latach poprzednich. Komisya sanitarna wyraziła opinię, że ani ilość zachorowań, ani przebieg nie wskazuje na to, aby płonica panowała obecnie w Krakowie epidemicznie.

— Sprawa zakładu dla obłąkanych w zachodniej Galicyi została rozstrzygnięta. Na ostatniem swem posiedzeniu w dniu 12. b. m. uchwalił Sejm wnioski Wydziału krajowego, polecając mu, aby budowa zakładu w Kobierzynie została rozpoczętą w r. 1908.

— W klinice lekarskiej utworzone zostało osobne dyspensatoryum dla ubogich chorych piersiowych, które pod kierownictwem prof. Jaworskiego prowadzić będzie asystent kliniki dr Korolewicz.

— Płace służby klinicznej, poprzednio niewystarczające, zostały przez ministerstwo oświaty uregulowane z d. 1. X. b. r. wskutek starań, podjętych przez odpowiednie czynniki. Służba otrzymywać będzie wynagrodzenie niemal w dwójnasób większe od dotychczasowego i wzrastające w miarę lat pracy.

— Komisya słownikowa Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, gromadząc materyał do uzupełniającego zeszytu »Słownika lekarskiego«, uprasza o nadsyłanie uwag, spostrzeżeń i propozycyi terminologicznych pod adresem: »Towarzystwo lekarskie (Kraków, Radziwiłłowska 4) dla komisyi słownikowej«. Redakcye polskich pism raczą powtórzyć tę prośbę komisyi, skierowaną do wszystkich, których obchodzi polskie słownictwo lekarskie.

— R. dw. prof. dr Wicherkiewicz mianowany został przez Królewskie węgierskie Towarzystwo lekarskie członkiem korespondentem.

— Doc. dr Ksawery Lewkowicz mianowany został profesorem nadzwyczajnym i dyrektorem kliniki chorób dzieci w Krakowie.

— Doc. drowi Dobrowolskiemu powierzone zostało zastępcze kierownictwo szkoły położnych w Krakowie.

— Tłómaczenia prac naukowych na niemieckie i francuskie podejmuje się wszechstronnie wykształcony lekarz. Wiadomości udziela Redakcya »Przeglądu lekarskiego«.

Lwów. Ministerstwo oświaty zatwierdziło umowę między Towarzystwem szpitala św. Zofii, a rządem, o budowę i utrzymanie kliniki pedyatrycznej, a Towarzystwo rozpoczęło bezzwło-

cznie budowę, która ma być zupełnie ukończoną na jesień r. 1908. (»Tyg. lek.« 41).

Warszawa. Komisya, zajmująca się sprawą przekazania szpitali miasta, wybrała ze swego grona 4 podkomisye, które mają się zająć poszczególnymi działami, mianowicie podkomisyę gospodarczą, organizacyjną, majątkową i finansową. Nadto wyznaczono i podkomisyę piątą, higieniczną, do której powołano samych tylko lekarzy. Ma ona zająć się zbadaniem warunków zdrowotnych naszych szpitali.

Powstające tu »Towarzystwo zwolenników przyrodolecznictwa« będzie zakładało jadłodajnie jarskie, będzie otwierało zakłady lecznicze, szpitale, przytułki, urządzało kąpiele powietrzne, słoneczne, parowe i wodne, jakoteż i place do zabaw i gier dla dzieci i dorosłych. Działalność tę rozciąga Towarzystwo na całe Królestwo Polskie. Utworzyło się również »Towarzystwo wychowawcze«, ktorego założycielami są: Maurycy hr. Zamojski, dr K. Lutosławski i p. K. Buczyński, a które zmierza do wytworzenia typu szkół, odpowiadającego indywidualności dzieci, budowie ich ciała i wychowaniu. Władze jednak zastrzegły sobie, że Towarzystwo to tylko wtedy będzie uprawnione do działania, gdy wyłączy ze swego programu ćwiczenia gimnastyczne, oraz gry sportowe. Dziwne zastrzeżenie! Wszak wiadomo powszechnie, jak bardzo takie ćwiczenia i gry są dla zdrowia pożyteczne.

Z powodu szerzącej się coraz bardziej ospy władze szkolne, zarówno szkół rządowych, jakoteż i Polskiej Macierzy Szkolnej poleciły swoim lekarzom dopilnować, aby wszystkie dzieci powyżej lat 10, uczęszczające do szkół, poddane były powtórnemu szczepieniu ochronnemu. *Dr L.*

— Czytamy w dziennikach warszawskich: »Jakkolwiek zwyczajny termin zapisów na uniwersytety galicyjskie już się skończył, jednakże uniwersytetowi lwowskiemu i krakowskiemu przysługuje prawo czynienia pewnych ulg w tym względzie. Mianowicie dziekani razem z gronem profesorów na poszczególnych wydziałach mogą przedłużyć czas wpisów do końca bieżącego miesiąca; o późniejszych zapisach decyduje rektor z senatem całego uniwersytetu. Wobec gorących uczuć obywatelskich profesorów wszechnic galicyjskich, oraz serdecznej ich troskliwości o dobro wszystkiej młodzieży polskiej, wolno żywić przekonanie, że, co tylko od ciała profesorskiego tych wszechnic wogóle, a od senatu, rektora, dziekanatów w szczególności zależeć może, niechybnie uczynione będzie dla ułatwienia naszej młodzieży przystępu do tych jedynych obecnie ognisk nauki uniwersyteckiej polskiej. Życzyćby sobie tylko należało, aby nasza młodzież skorzystała w szerokiej mierze z tych udogodnień, zamiast przebywać bezczynnie w Królestwie lub też wyjeżdżać na obczyznę«.

— Niedobór szpitali warszawskich za r. 1906 obliczono na 591.548 rb. Na pokrycie długów ma Miejska Rada dobr. z opłat od widowisk 400.538 rb., a resztę wraz z niedoborami z r. b. będzie musiał pokryć magistrat, obejmujący szpitale w swój zarząd.

— Dr T. Heryng, wybrany świeżo korespondentem Królewskiego Towarzystwa lekarskiego w Londynie, otrzymał pierwszą nagrodę im. Helbicha za dzieło p. t. »Metody badania i leczenia chorób krtani«.

— Dr. A. Sokołowski otrzymał nagrodę im. Helbicha za III. tom dzieła »O chorobach narządów oddechowych«, nagrodzonego już przez krakowską Akademię Umiejętności.

— Komitet opieki nad rodzinami lekarzy, powołanych na wojnę japońsko-rosyjską, złożył resztę funduszów, 1448 rb., do Kasy wsparcia wdów i sierót po lekarzach.

Z różnych stron. Wydatki na dobroczynność publiczną wzrosły w Anglii z 211 milionów franków w r. 1890 na 360 milionów w r. 1905 i wynoszą po 10·50 franków na każdego mieszkańca.

Mianowani: Prof. v. Franqué z Pragi profesorem położnictwa w Giessen; Dr Jan Grek asystentem kliniki lekarskiej, dr Władysław Wiszniewski asystentem przy katedrze histologii i embr. we Lwowie, dr Tytus Buraczyński ze Lwowa sekundaryuszem szpitala kraj. w Czerniowcach.

Powołani: Prof. Stöckel z Gryfii na katedrę położnictwa do Marburga (po Ahlfeldzie), prof. Westenhoeffer z Berlina na katedrę anatomii patol. do Santiago.

Zmarli: Bakteryolog Dr James Carroll w Washingtonie, higienista dr Grandhomme we Frankfurcie n. M.;

Dr Stanisław Kopeć, b. lekarz miejski w 69 r. ż. w Warszawie, dr Izydor Czekierski z Warszawy w 83 r. ż. w Krakowie, dr Teodor Rakowski, wielce zasłużony działacz społeczny, założyciel Banku ludowego, Towarzystw przemysłowego i rolniczego, Czytelni polskiej i t. d. w Inowrocławiu w 73 r. ż.; dr Gracyan Pisarzewski, lekarz m. Częstochowy w 44 r. ż. Ś. p. Pisarzewski był jednym z najgorliwszych członków w młodem Towarzystwie lekarskiem w Częstochowie; drukiem ogłosił szereg prac, głównie kazuistycznych.

Redakcya otrzymała: Dr T. Gryglewicz: Stacye filtrów utleniających, ich urządzenie i działanie. Odb. »Przegląd techniczny«. Warszawa, 1907. — Bogdanik: Ein Beitrag zur subkutanen Zerreissung der Harnröhre. Odb. »Wiener med. Presse«. — Prożański: K farmakologii spermina-Pela. Petersburg, 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Rok XLVI. Kraków, dnia 26. października 1907. Nr 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Resekcya kątnicy.

Zarys techniki operacyjnej [1]).

Podał

Dr Z. Radliński.

Sprawa poruszona przezemnie zajmuje dotychczas osobne miejsce w dziedzinie resekcyi jelit. Warunki anatomiczne i swoista częstość schorzeń z jednej strony, a z drugiej wyniki pooperacyjne nadają resekcyi kątnicy odrębne cechy. Wyniki bezpośrednie z lat ostatnich ciągle jeszcze zaszeregowują omawiany zabieg do rzędu zabiegów ciężkich; niezadawalniające wyniki dawniejsze powodowały powstawanie coraz nowych sposobów operacyjnych, dążących do zmniejszenia bezpośredniego niebezpieczeństwa. Obecnie, zdaje się, wyszliśmy poza okres nowych metod, przeciwnie, w szkicu moim przedstawię niejako powrót do pierwotnej zasadniczej idei, do której dodano zastosowanie zdobyczy technicznych i doświadczenia lat ostatnich.

Za bardzo ważny krok naprzód uważam przedewszystkiem stopniowo zmieniający się pogląd na pojęcie o »ciężkiej operacyi« wogóle. Do niedawna na szalę padała zawsze konieczność utrzymywania chorego przez czas krótszy lub dłuższy w uśpieniu. Samo uśpienie (chloroform, eter), szczególnie długotrwałe, może być dla operowanego groźne i doświadczenie osobiste, a także piśmiennictwo chirurgiczne dostarcza wiele przykładów zejścia śmiertelnego w sam dzień lub nazajutrz po trudnym i długotrwałym zabiegu. Przyczynę takich przypadków odnosimy często do nic niemówiącego określenia »zapad«; niejednokrotnie jest to jednak zatrucie środkiem znieczulającym, lub co najmniej, znaczne uszkodzenie organizmu tymi środkami. Nie mówię o t. zw. »późnej śmierci od chloroformu«, która daje się już anatomicznie stwierdzić pod postacią zmian w wątrobie, nerkach i t. d. w postaci stłuszczenia.

Pod wpływem systematycznego stosowania od szeregu lat w klinice krakowskiej znieczulenia lędźwiowego, pojęcie o zabiegu »ciężkim« ulega ograniczeniu. Ciężkie zabiegi trzeba dokonywać przeważnie u chorych osłabionych i wycieńczonych. O ile dla takich właśnie chorych uśpienie samo przedstawiało dawniej poważne niebezpieczeństwo, niebezpieczeństwo z tej strony zdaje się być mniejsze przy znieczuleniu lędźwiowem. Nawet w razie zabiegu bardzo długotrwałego, przy konieczności przedłużenia znieczulenia przez powtórne wstrzyknięcie lędźwiowe, nie widziałem poważnych powikłań.

Żywo stoi mi w pamięci ogromnie wyniszczony, jak cień wyglądający chłopak, któremu musiano usunąć jedną nerkę, zmienioną nowotworowo wraz ze zmienionymi gruczołami chłonnymi wzdłuż tętnicy głównej, a drugą nerkę naciąć z powodu roponercza i przywrócić drożność przewężonego tuż przy pęcherzu moczowodu. Ten ogromny uraz i dwukrotne wstrzyknięcie lędźwiowe tropokokainy pacyent zniósł nadspodziewanie dobrze, choć zabieg trwał ponad 2 godziny.

O ile dalsze doświadczenia ze znieczuleniem lędźwiowem pozwolą nam pozostać na stanowisku, do którego doprowadziła nas wymowna siła rzeczy, będziemy mogli uważać grozę wielu ciężkich zabiegów w odpowiednim stopniu za zmniejszoną.

Dotyczy to w całej rozciągłości dotychczas tak ciężkiego zabiegu, jak resekcya kątnicy.

W ostatniem dziesięcioleciu zjawiła się dążność wykonywania resekcyi kątnicy i wogóle jelita grubego wieloczasowo. Wymienię tu wieloczasowy sposób Mikulicza, mający szeroki i słuszny rozgłos, oraz mniej znany, ale również na logicznych przesłankach oparty sposób Schloffera. Sposoby te dążyły do tego, aby pomiędzy pierwszym a drugim aktem dać możność choremu odzyskać siły i poprawić swój stan ogólny, przeważnie upośledzony przed pierwszym zabiegiem i nie narażać go jednorazowo na zbyt ciężki zabieg; powtóre, aby wytworzyć dla zabiegu takie warunki, w którychby możliwie najmniejszem było niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej. Niebezpieczeństwo to było istotnie znaczne, ponieważ często wypadało operować na jelitach mało ruchomych, których nie umiano uruchomić, w głębi jamy brzusznej; prócz tego sam rodzaj i ukształtowanie choroby może tu być powodem zakażenia.

Zalecenie zabiegu wieloczasowego chirurgowie powitali bardzo przychylnie i należy przyznać, że wyniki pooperacyjne poprawiły się i że sposoby te w tych lub innych odmianach obecnie jeszcze są rozpowszechnione.

Gdy jednak rozważymy, że przy sposobach wieloczasowych musimy chorego kilkakrotnie poddawać zabiegom, z których każdy sam przez się przedstawia pewne niebezpieczeństwo (w cyfrach wygląda ono dość poważnie — p. niżej), dalej, że przy większości z tych sposobów chory musi przejść przez bardzo uciążliwy okres obarczenia odbytem sztucznym, wreszcie, że się leczenie rozkłada na szeregi tygodni, jeżeli nie miesięcy (przeciętnie 3 miesiące —

[1]) Rzecz częściowo wygłoszona w sekcyi chirurgicznej X. Zjazdu lek. i przyr. polskich we Lwowie, VII. 1907.

Anschütz), to chyba zupełnie usprawiedliwionem będzie dążenie do przywrócenia metodzie jednoczasowej jej dawnych praw. Do walki o te prawa stajemy z dużym zasobem nowych zdobyczy w dziedzinie wykonawstwa chirurgicznego. Jedną z placówek, które tę myśl systematycznie przeprowadzają, stanowi od roku 1900 krakowska klinika chirurgiczna.

Wskazania.

Z chorób, które dają wskazanie do resekcyi kątnicy, na pierwszem miejscu stoją: gruźlica i rak. Na 145 przypadków chirurgicznych schorzeń jelita ślepego, zestawionych przez Macharda (1899), na gruźlicę przypada 63, na nowotwory 53, a tylko 29 na inne sprawy (wgłobienie, przetoki kałowe, nacieki zapalne). W zestawieniu Körtego (1895) na 76 przypadków guzów kątnicy nowotwory i gruźlica dają razem 53, inne schorzenia 23 przypadki. Jak z tego widzimy, najczęściej wypada operować z powodu gruźlicy i raka; mięsak, przeważnie limfatyczny, w grupie nowotworów złośliwych tej okolicy spotyka się rzadko. Do roku 1898 zestawiono 4 przypadki (Krüger, Carrington — cyt. u Conratha); poza tem znajdujemy w piśmiennictwie zaledwie jeszcze parę; jeden spostrzegaliśmy sami.

Gruźlica kątnicy w postaci przewlekłej miejscowej, t. zw. *tumor ileo-coecalis*, stanowi bezwzględne wskazanie do leczenia chirurgicznego. Liczyć na wygojenie sprawy samorodne, lub przy pomocy jakiegokolwiek leczenia środkami leczniczymi lub dyetetycznymi zupełnie nie można. Pomyślne względnie wyniki leczenia zachowawczego gruźlicy innych narządów nie powinny nas w tych przypadkach łudzić. Bez zabiegu nie jesteśmy w możności schorzałemu, owrzodziałemu odcinkowi jelita dać warunków, które są do wyleczenia niezbędne, a mianowicie spokoju i usunięcia drażniącego wpływu krążenia kału. Twierdzenie to znajduje poparcie w badaniach Eisenhardta, Frerichsa, Girode, którzy na wielkiej ilości przypadków stwierdzili, że nie wyżej, jak $2^1/_2{}^0/_0$ przypadków zaznacza skłonność do samorodnego zabliźnienia owrzodzeń jelitowych na tle gruźliczem, i to zaledwie na poszczególnych wrzodach; — zupełnego zabliźnienia wszystkich owrzodzeń nie widziano nigdy (Conrath).

Z drugiej strony siły obronne ustroju, dążąc do odosobnienia ogniska gruźliczego drogą zwykłą, t. j. wytwarzaniem dokoła tkanki łącznej (mówię specyalnie o kątnicy), powodują początkowo zgrubienia ściany, a w następstwie zwężenia.

Jedną z postaci tych zwężeń dobrze, o ile się zdaje, wyjaśnia Busse (36 zjazd chirurgów w Berlinie 1907 r.) w ten sposób, że ognisko gruźlicze (najczęściej podśluzówkowe), dążąc po zniszczeniu warstwy mięsnej pod błonę surowiczą, powoduje jej ściąganie się nad ogniskiem podobne do tego, jakie wytwarzamy sztucznie przy zeszywaniu otworu w ścianie jelita, t. j. drogą zbliżenia i zrastania się zdrowej otrzewnej dokoła ogniska po nad niem; wskutek tego do światła jelita wpukla się coraz większa wyniosłość, aż powstaje zwężenie. Ten sposób powstawania zwężeń objaśnia istnienie wewnątrz resekowanego z powodu gruźlicy odcinka kątniczego jelit wysokich fałdów śluzówki, nieraz w postaci zastawek, na zgrubiałej i nacieczonej ścianie, fałdów, które długością swą (po wyprostowaniu) o wiele przenoszą odpowiedni odcinek otrzewnej jelitowej.

Tak więc na samorodne zagojenie gruźlicy kątnicy żadnych nie ma widoków; pozostawienie sprawy samej sobie prowadzi do rozprzestrzenienia się sprawy, powstania zwężeń, gruźlicy otrzewnej, czasem nawet przedziurawienia jelita do otrzewnej (Hartmann).

Dalej doświadczenie poucza, że w wielu przypadkach, gdzie przy zabiegu operacyjnym zaniechano z jakiegokolwiek powodu postępowania doszczętnego i jelito schorzałe usunięto tylko z pod wpływu krążenia kału, czy to zapomocą okolnego zespolenia jelit (enteroanastomozy), czy którym z innych sposobów wyłączenia, często następowało znaczne, nieraz z zupełnem wyleczeniem graniczące, polepszenie. To jest jedyny typ poniekąd samorodnego wygojenia gruźlicy, jak widzimy, niedosięgalny w warunkach naturalnych, bez operacyi.

Z drugiej strony musimy rozważyć widoki wyleczenia chorego na drodze operacyjnej. Przedewszystkiem usunięciem ogniska choroby zapobiegamy bezpośrednim z niego pochodzącym niebezpieczeństwom, które wyżej wymieniłem. Dalej, o ileby wraz z usunięciem ogniska w kątnicy nie zostały usunięte wszystkie gniazda gruźlicze ustroju, n. p. w razie zajęcia płuc [2]), w każdym razie, jak poucza doświadczenie kliniczne, wytężone ku walce z kilku ogniskami siły ustroju, po usunięciu jednego z wielkich ognisk, z pozostałemi prowadzą walkę znacznie skuteczniejszą z widokami zupełnego nawet wyleczenia i nieraz widzimy, jak wycieńczeni chorzy po zabiegu szybko wracają do sił i nabierają wyglądu niemal kwitnącego.

Kątnica i koniec jelita biodrowego stanowią ulubione umiejscowienie gruźlicy. Fenwick i Dodwell stwierdzili, że w przypadkach gruźlicy jelit tylko w $15^0/_0$ nie ma jej w kątnicy, natomiast prawie w $10^0/_0$ ma ona w kątnicy wyłączne umiejscowienie. Dalej wiemy, że gruźlica umiejscowiwszy się w kątnicy, przez czas dłuższy nie posuwa się na dalsze odcinki jelit. Daje ona tu nawet swoisty obraz kliniczny gruźlicy przewlekłej umiejscowionej. Hartman odróżnia 2 odmiany tej postaci, dającej obraz guza kątnicy, mianowicie jelitowo-otrzewną z wytworzeniem guza przeważnie utworzonego przez zrosty, zgrubienia, zserowacenia i nacieki otrzewnej, i odmianę przerostową z powstawaniem nacieku i zgrubienia w samej ścianie kątnicy, przy zachowaniu jej prawidłowych lub niewiele rozszerzonych konturów. Dopóki umiejscowienie sprawy w jelitach ogranicza się do kątnicy i jej najbliższego otoczenia, dopóty mamy możność wyleczenia doszczętnego. Jeżeli uwzględnimy, że chorzy wskutek powolnego i podstępnego przebiegu cierpienia i niewyraźnych na ogół objawów, przeważnie późno zgłaszają się do chirurga i to wtedy, kiedy albo sami już guz w dole biodrowym wyczuli, albo w czasie lub po przebyciu napadu z powodu zwężenia jelita, musimy względem takich chorych odrazu zająć pozycyę stanowczą i doradzać zabieg bez zwłoki. W przeciwnym razie łatwo możemy przeoczyć chwilę, gdy zabieg może być jeszcze doszczętnym i wyleczenie zupełnem i skazujemy chorego na długie męczarnie, w przebiegu których objawy zwężenia lub zupełnej niedrożności zmuszą nas w końcu do niesienia ulgi choremu operacyami paliatywnemi. Wspomnia-

[2]) Gruźlica jelit przeważnie stanowi schorzenie, towarzyszące gruźlicy płuc, i powstaje na drodze zakażenia przez połykanie wydzieliny płucnej.

łem wprawdzie wyżej, że przy gruźlicy zabieg paliatywny również czasem daje wynik pomyślny i znaczne polepszenie, nie może on jednak współzawodniczyć z zabiegiem doszczętnym.

Śmiertelność bezpośrednia po resekcyi kątnicy gruźliczej wynosi podług Körtego 13,6%, podług Conratha 16,7%, podług Macharda — 22,5% W najnowszem z większych zestawień szczegółowych (Brunner 1907), obejmujących lata 1883—1904, widzimy na 125 przyp. — 24 zejścia śmiertelne (20%). Hartman (1907) podaje ogólnikowo śmiertelność po r. 1900 na 12%. Co do cyfr przytoczonych (z wyjątkiem Hartmana) zaznaczyć muszę, że zestawieniami temi są objęte również lata dawne, mające wogóle dla chirurgii brzusznej wyższe odsetki śmiertelności. Na ogół więc resekcyę kątnicy gruźliczej uważać możemy za zabieg niezbyt niebezpieczny, co stanowi pomyślną okoliczność zwłaszcza, że jest on bezwarunkowo konieczny.

Wyniki ostateczne, zupełne wyleczenie bez nawrotu choroby przy gruźlicy pozwalają dane Macharda określić po resekcyi kątnicy na 61,9%. Dane Conratha pozwalają wyprowadzić cyfrę 43%, przyczem nie wyosobnione są przypadki samej resekcyi, a obliczone wszystkie dokonane zabiegi operacyjne; tę ostatnią cyfrę obniżają zatem przypadki, operowane w póżnych i ciężkich okresach choroby sposobami paljatywnymi. Widzimy, że ostateczne wyniki w stosunku do beznadziejnego losu chorych nie operowanych są zachęcające. (C. d. n.)

Ciśnienie krwi, prawdziwa wielkość tętna, oraz szybkość tętna w różnych stanach chorobowych.

Podał

Władysław Janowski

Docent Akademii i ordynator Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Odczyt, wygłoszony w Tow. Lek. Warszawskiem dnia 24. września 1907).

(Ciąg dalszy.)

We wszystkich tych przypadkach PD stanowiło 20%—35% całkowitego ciśnienia krwi (Mx), opadając do 12% (w 3 przypadkach) tylko przy wyjątkowo ciężkim stanie chorych, co do których, naturalnie, nie są wykluczone błędy techniczne przy określaniu PD.

Z różnych wad serca zachowanie się PD jest znamienne tylko dla niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Mianowicie przy tej wadzie spotykałem w 11 przypadkach PD od 60 do 132 mm Hg, tylko 2 razy 50, resp. 54 mm Hg, a tylko raz 40 mm Hg, i to tylko chwilowo przy ciężkiem niewyrównaniu. Muszę więc twierdzić, zgodnie ze zdaniem Strasburgera (66), Fellnera (16, 17), Janewaya (31) F. Klemperera (37) i Fleischera (18), że znaczna wysokość PD jest dla niedomykalności zastawek tętnicy głównej cechującą. W stosunku do Mx przy tej wadzie PD wahało się w moim materyale w granicach od 42% do 66%. Tak znaczna wielkość PD przy niedomykalności zastawek aorty zależy z jednej strony od przerostu lewego serca, wyrzucającego podczas swego skurczu ilość krwi bardzo dużą, mianowicie powiększoną o tę, która wraca do komory serca podczas rozkurczu (Hensen), z drugiej zaś strony — od ułatwionego dośrodkowo odpływu krwi.

Znaczny przerost serca przy niedomykalności zastawek tętnicy głównej jest też powodem, dla którego przy niedomykalności zastawek tętnicy głównej znajdujemy znaczne powiększenie nietylko PD, lecz i Mx. Z moich 14 spostrzeżeń w 7 przypadkach, dotyczących osobników, liczących lat 15 do 39, bez widocznego stwardnienia naczyń, znajdowałem Mx powyżej normy, a mianowicie 2 razy po 160 mm, w pozostałych zaś 172 do 208 mm. Zgadza się to z danemi innych autorów, mianowicie Cyplajewa (11), Janewaya (31), który znajdywał przy tem cierpieniu Mx = 155 do 260, Hensena (25) — 170 do 235 mm (w 9 przyp. z 15) i Fellnera (16, 17). Ten znaczny wysiłek serca przy omawianej wadzie jest zapewne powodem, dla którego spotykałem przy niej dość często tętno nierówne (*pulsus inaequalis*), dające się stwierdzić zarówno na krzywej sfigmograficznej, jak i przy określeniu ciśnienia krwi. Tonometr Gaertnera stwierdzał w moich przypadkach niedomykalności zastawek tętnicy głównej ciśnienie powyżej normy tylko 2 razy przy wysokiem Mx, a mianowicie PG = 135 przy Mx 160 i PG 170 przy Mx 203, oraz 2 razy przy Mx w granicach normy, mianowicie PG 150 przy Mx 112 i PG 130 przy Mx 130. Jest to łatwo zrozumiałe: wobec ułatwionego odpływu krwi dośrodkowego istnieją wszelkie warunki dla utrzymania PG w granicach normy nawet przy wzmożonej pracy serca. Jednakże PG poniżej normy w żadnym ze swoich przypadków niedomykalności zastawek tętnicy głównej nie spostrzegałem.

Z pozostałych wad serca nie stwierdziłem przy żadnej nic znamiennego dla Mx, PD ani PG. Zachowanie się tych wielkości zależało tylko od stanu krążenia w danej chwili, oraz od stopnia przerostu lewej komory serca, temu zaś przerostowi towarzyszy powiększenie PD, a często i Mx. To samo dotyczyło nawet 2 przypadków zwężenia ujścia tętnicy głównej, czystego oraz złączonego z niedomykalnością jej zastawek.

Co do szybkości tętna, to dla zoryentowania się w niej używam z powodów, które w innej pracy (32) omówiłem, obliczania jej współczynnika. Obliczam go obecnie podług średniej geometrycznej z przeciętnej szybkości wznoszenia się tętna $\frac{PD}{TAP}$, oraz przeciętnej szybkości jego opadania $\frac{PD}{TDP}$

Czyli CCP $= \sqrt{\frac{PD^2}{TAP \, . \, TDP}}$ [4]). Otrzymane przytem liczby wiodą do zupełnie tych samych wniosków, które w tylko co przytoczonej swej pracy (32) podałem, ale są mniejsze, więc bardziej do siebie zbliżone. W dotychczasowym moim materyale, dotyczącym zdrowych, CCP waha się w granicach od 1,5 do 3.8, zależąc, jak widać ze wzoru, głównie od wielkości PD, mniej, ale wyraźnie, od TAP, a najmniej od TDP.

Otóż co się tyczy chorych na serce, to, z wyjątkiem cierpiących na niedomykalność zastawek tętnicy głównej, w ich CCP nie ma równie nic znamiennego, jak w Mx, PD oraz PG. Szybkość tętna waha się tu w każdym przypadku

[4]) TAP — czas wstępowania tętna, TDP — czas opadania tętna.

w zależności od tego, czy i w jakim kierunku zmienia się PD i TAP. Przy wyjątkowo małem PD znajdywałem w niewyrównaniach serca CCP poniżej normy: 1,3, a nawet 1, 1. Przeciwnie, w przypadkach, w których wadę serca lub zapalenie jego mięśnia spotykałem u chorych z sercem przerosłem, a więc najczęściej z powiększonem PD, (głównie towarzyszącem stwardnieniu naczyń) stwierdzałem znaczne powiększenie CCP, nawet podczas niewyrównania serca. Np. spotykałem przytem CCP = 6,9 przy TAP = 0,06 sek. i PD = 60 mm, lub CCP = 6,7 przy TAP = 0,08 sek. i PD = 85 mm. a nawet raz (*insuff. v. mitr.*) CCP = 7,6 przy PD = 70 mm i TAP = 0,055 sek. Słowem, z wielkości CCP, taksamo i z wielkości Mx i PD, nie można nic wnosić ani rodzaju wady serca, ani o stanie krążenia w danej chwli. Wyjątek stanowi niedomykalność zastawek tętnicy głównej, przy której, po za przypadkami bardzo daleko posuniętego niewyrównania, wywołującego znaczny spadek PD, CCP jest zazwyczaj powyżej normy' dochodząc do liczb, których, dotąd przynajmniej, przy żadnem innem cierpieniu nie spotykałem. W dotychczasowych mych przypadkach niedomykalności zastawek aorty CCP był tylko raz (przy daleko posuniętem niewyrównaniu) normalny (3,4). Zresztą zaś był zawsze ponad normę, dochodząc do 14,9; 17,5; 19,3, a raz nawet do 22,0. Sądzę nawet, że liczby ponad 14 mogę uważać za cechujące dla niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Na tak znaczną ich wielkość przy tem cierpieniu składają się, jak pisałem (32), znaczne PD oraz bardzo małe TAP.

2. Przechodzę do cierpień naczyń. Zaliczam do nich:

a) 50 przypadków stwardnienia naczyń.

Co się tyczy przedewszystkiem Mx, to w 18 przypadkach znajdywałem je przy stwardnieniu tętnic stale w granicach normy, t. j. poniżej 140 mm Hg. Z tych 11 dotyczyło chorych, którzy przebyli w szpitalu niewyrównanie serca, po którego ustąpieniu jednak Mx normy nigdy nie przekroczyło. Z pozostałych przypadków w 14 Mx wahało się w granicach od 146 do 180; z tych 14 chorych trzech przybyło do szpitala z objawami daleko posuniętego niewyrównania serca. U 7 chorych (z nich dwóch z niewyrównaniem) Mx wahało się pomiędzy 182 mm i 200 mm, a u jednego od 210—248 mm Hg.

W 14 przypadkach przekonałem się, że niewyrównanie wpływać może chwilowo na znaczne obniżenie Mx. Po jej ustąpieniu Mx podnosić się może o 40 i więcej milimetrów. Nadto odniosłem wrażenie, że właśnie ci z chorych na stwardnienie tętnic, którzy mają Mx w granicach normy, łatwiej zapadają na niewyrównanie serca. Przynajmniej z 16 chorych na stwardnienie tętnic, którzy przebywali na moim oddziale niewyrównanie serca, aż 11 miało, po zupełnem uregulowaniu ich krążenia, Mx poniżej 140 mm Hg. Zjawisko to wydaje się paradoksalnem, gdyż przy mniejszem Mx serce powinnoby łatwiej swemu zadaniu podołać. Być może jednak, że są to właśnie przypadki, w których stan mięśnia sercowego jest już taki, że nie może on utrzymać Mx na należytej wysokości, jak to przypuszczali już Sasaparel (61) oraz Geisboeck (21). Twierdzić jednak tego stanowczo nie mogę, gdyż materyał mój jest zbyt mały. Upoważnia mnie on jednak do przyłączenia się do zdania tych autorów (Masing, Romberg, Bittorf, Sawada, Broecking, Muenzer), którzy twierdzą, że pewna część przypadków stwardnienia tętnic, jak w moim materyale 36%, przebiegać może bez wzmożenia ciśnienia krwi i że dotyczyć to może nawet takich przypadków, w których stwardnienie i wężykowatość tętnic są dla gołego oka bardzo widoczne.

Po za tem godzić się muszę, na zasadzie pozostałych swoich przypadków, ze zdaniem innych autorów (Potain, Huchard, Hensen, Bittorf, Schuele, v. Schroetter, Sasaparel, Cyplajew i wielu innych), że podniesienie Mx jest jedną z ważniejszych cech stwardnienia naczyń, o ile, obok pni obwodowych, zajmuje ono i gałązki trzewne. Dla takich przypadków podniesienie ciśnienia krwi może być, jak słusznie twierdzą Potain i inni, jednym z ważniejszych objawów, pozwalających na wczesne rozpoznanie stwardnienia naczyń. Ażeby jednak podniesienie Mx stawiać w podobnych przypadkach napewno w związku ze stwardnieniem tętnic, trzeba w nich zawsze przed tem wyłączyć możliwy wpływ znacznych zastojów na Mx (Hochdruckstauung). Wiadomo bowiem (Sahli, Fellner, Raab oraz inni), że znaczne zastoje wywoływać mogą u osobników starszych wysokie Mx (do 200 i wyżej) i PG (do 160), które po poprawie stanu krążenia spadają o 50 mm Hg i więcej, dowodząc najlepiej, że nie zależały od stałych zmian w naczyniach.

O ile cierpiały jednocześnie nerki (*nephritis arteriosclerotica*), to Mx było w moich 9 należących tu przypadkach stale bardzo wysokie, wahając się od 180 do 250 mm i wyżej, i opadając tylko w jednym przypadku czasowo do 170. Tylko w jednym podobnym przypadku Mx wahało się od 110 do 164. Chory ten miał jednak jednocześnie objawy daleko posuniętego zapalenia mięśnia sercowego.

Nadto liczbom, otrzymywanym dla Mx przy stwardnieniu tętnic, nie można nadawać znaczenia, jako określającym ciśnienie krwi w całym układzie krążenia, z dwóch powodów. Po pierwsze na wysokość podlegającego określeniu ciśnienia krwi wpływa niewątpliwie stopień zmian we własnościach fizycznych samej tętnicy ramieniowej, na której owo ciśnienie określamy, od których to zmian zmiany w innych tętnicach mogą się bardzo różnić. Po drugie, właśnie przy stwardnieniu tętnic zdarza się stosunkowo często niemiarowość tętna, w wysokim stopniu przeszkadzająca dokładnemu określeniu Mx, jak i PD. Przekonałem się mianowicie na swoim materyale, że w podobnych przypadkach ciśnienie krwi może się wahać dla poszczególnych fal w granicach od 10 do 40 mm Hg, co całą wartość praktyczną porównawczych określeń Mx i PD w ciągu szeregu dni w poszczególnych przypadkach oraz przy zestawieniu tych danych z liczbami, otrzymanemi dla innych przypadków, unicestwia. Na okoliczność tę zwracali słusznie już przed tem uwagę Hensen i Fellner[5]).

Co się tyczy PD, to zachowuje się ono przy stwardnieniu tętnic rozmaicie, głównie w zależności od fizycznego stanu naczyń, od stopnia ich kurczu, dalej od stopnia przerostu lewej komory serca, oraz ewentualnie od stopnia niewyrównania serca. Stosunkowo najwyższem było

[5]) Ten brak w dotychczasowych metodach badania został usunięty w opisanym w najświeższym czasie (10/IX) przez Münzera (47 a) turgosfigmografie, pozwalającym na dokładne zapisywanie przedmiotowe wahań w ciśnieniu nawet bardzo niemiarowego tętna.

ono (72 do 118 mm Hg) przy cierpieniu nerek na tle stwardnienia, jak to w ostatnich czasach spostrzegał i Fleischer (18). Co do stosunku PD do Mx w ostatnim przypadku, to zachodzą tu wszystkie, wyżej przy chorobach serca omówione kombinacye. Wynika stąd, że kierunek, w którym zmienia się PD, bynajmniej nie przesądza, czy i w jakim stopniu zmienia się działalność serca. Podkreślam to z naciskiem, gdyż wniosek ten z rozpatrzenia moich 50 przypadków stwardnienia naczyń zupełnie stanowczo wypływa. Granica wahań w PD wynosiła w moim materyale od 29 do 118 mm, przyczem liczby 100 i 110 otrzymywałem kilkakrotnie u 4 chorych, u których dowodów jednoczesnego cierpienia nerek nie było. W jednym zaś takim przypadku PD wynosiło w ciągu kilku tygodni z rzędu 105 do 118 mm Hg. Przy jakiej wysokości PD i Mx dany osobnik będzie się czuł najlepiej, to daje się ustalić dopiero po dłuższym nadzorze. Jedni bowiem chorzy, dotknięci stwardnieniem tętnic, czują się dobrze przy spadku Mx i PD, drudzy — przy ich podniesieniu, i to n. p. przy Mx około 180. Okoliczność tę słusznie, zdaniem mojem, podkreśla w swojej ostatniej pracy Bittorf (6).

Co się tyczy zachowania się PG, to z 24 przypadków stwardnienia naczyń, nie powikłanych ani zaburzeniami sprawności serca, ani zapaleniem nerek, PG było powyżej normy tylko w 4 przypadkach (średnio 138, 138, 140 i 185). Przy niewyrównaniu serca (16 przyp.) PG było tylko raz nieco powyżej normy (135 Hg). Z 10 zaś przypadków, powikłanych zapaleniem nerek, w 5 PG przekraczało znacznie normę, wahając się w granicach od 160 do 250 mm. Pod względem więc zachowania się PG przy stwardnieniu naczyń wogóle doświadczenie moje rozbiega się zupełnie z doświadczeniem Dunina (8), który u 80% swoich chorych znalazł PG podniesione, gdy natomiast w moim materyale stosunek ten nie przekraczał 20%. Zależeć to może od bardzo znacznej różnicy pomiędzy materyałem przychodnim domowym, a szpitalnym, oraz od dogodniejszych w ostatnim przypadku warunków spokoju, niezbędnych dla badania.

Poruszywszy wielkość PG przy stwardnieniu naczyń, muszę podkreślić tu ważność porównywania w każdym takim przypadku PG i PRr, na co z takim naciskiem zwrócił uwagę w swojej pięknej pracy Sihle (65), którego wnioski mogę na zasadzie swego materyału potwierdzić. Normalnie różnica pomiędzy PRr i PG wynosiła w moim materyale 20 do 50 mm, podług Sihle wynosi ona zaś 30 do 40 mm. Otóż w wieku późniejszym różnica ta się powiększa. W 12 moich przypadkach stwardnienia tętnic różnica pomiędzy PRr i PG wynosiła 58—95 mm, co dowodzi, że w drodze od tętnicy ramieniowej do palcowej opór dla krążenia był zwiększony. Sihle spostrzegał podobnych przypadków 18, przyczem różnica PRr — PG wahała się od 60—120 mm. Zdarzają się przypadki (spostrzegałem ich 4), w których, pomimo daleko posuniętego stwardnienia tętnic, PG jest poniżej normy, wahając się, jak w moich przypadkach, w granicach od 64—76 mm. Różnica PRr — PG może być wtedy bardzo wielka, jak w moich spostrzeżeniach 64—82 mm. O takich przypadkach Sihle sądzi, że, o ile pomimo takiego oporu od tętnicy ramieniowej do palcowej, PRr waha się jednak w granicach normy, to należy przypuszczać, że siła serca jest zmniejszona. Fakt, że zdarzają się przypadki z wysokiem PRr przy jednocześnie nizkiem PG, powinien być ostrzeżeniem, aby z samego zachowania się PG żadnych wniosków o stopniu stwardnienia tętnic wogóle nie wysnuwać. Chory może bowiem mieć zmniejszone PG, wskutek tego, że odpływ krwi w drogach najbardziej obwodowych jest jeszcze swobodny, a mimo to może być dotknięty znacznem stwardnieniem naczyń wyżej położonych, wskutek czego różnica PRr — PG będzie powiększona. Rokowanie jednak w takich przypadkach jest dla chorych również niepomyślne. Jak bowiem słusznie twierdzi Sihle, bez względu na to, jakiej będziemy się trzymać teoryi powstawania stwardnienia tętnic (Thomy czy Hucharda), dłuższe nadużywanie pracy naczyniowej, widoczne ze znacznej różnicy PRr — PG, usposabia naczynia bądź co bądź do dalszego posuwania się w nich stwardnienia. Jeżeli stwardnienie naczyń usadowi się w drobnych naczyniaeh, wtedy zarówno PRr, jak i PG mogą być wysokie, a różnice między niemi stosunkowo małe (np. PRr 210 a PG 183) lub nawet wcale nie istnieć (np. PRr i PG powyżej 250), na co również zwracał już uwagę Sihle. Po za takimi jednak przypadkami należy, zgodnie ze zdaniem Sihlego, uważać znaczną różnicę pomiędzy PRr i PG za cechującą dla stwardnienia tętnic. Maleje ona czasowo tylko przy osłabieniu serca, przy którem zastoje w naczyniach włosowatych i żyłach mogą (ale nie zawsze!) powiększać PG, gdy PRr natomiast spada. Nadmienię w końcu, że podług Sihlego, różnica PRr — PG może szczególnie wzrastać na szczycie napadu dusznicy bolesnej, dochodząc wtedy nawet do 120 (PRr 260 a PG 140), gdy natomiast po za napadem wynosiła u tego samego chorego daleko mniej. Wogóle zaś znaczna część przypadków dusznicy bolesnej przebiegać może po za napadami bez podniesienia ciśnienia krwi, prawdopodobnie, jak wspominałem powyżej, wskutek gorszych warunków odżywiania mięśnia sercowego. Że zaś w samym napadzie dusznicy bolesnej samo Mx znacznie się podnosi, na to zwracali już przed tem uwagę między innymi Kuelbs (42), Geisboeck (21).

Co się tyczy szybkości tętna przy stwardnieniu naczyń, to nie jest ona bynajmniej zmniejszona, jakby to według dawnych twierdzeń o rzekomo wolnem tętnie przy tem cierpieniu sądzić można. Mianowicie z moich przypadków zaledwie tylko w jednym współczynnik szybkości tętna wynosił 1,2. Z pozostałych w 20 przypadkach CCP wahał się w granicach normy (1,7—3,8), w innych zaś, a więc prawie w 60% ogólnego mego materyału, współczynnik szybkości tętna normę mniej lub więcej przewyższał, dochodząc, w miarę wyżej omówionego powiększania się PD, do 8,6, 9,9, a raz nawet, wskutek jednoczesnego zmniejszenia się TAP do 0,035 sek. (pomimo że na krzywej tętno wyglądało właśnie, jako »wolne«), współczynnik szybkości tętna wyniósł, przy PD = 85 mm, aż 11,3.

b) Co do choroby Basedowa, to spostrzegałem tylko 4 przypadki tego cierpienia. Wszystkie dotyczyły kobiet 20—30-letnich. Znajdowałem przytem Mx 3 razy pomiędzy 129 a 141 mm, przy PD pomiędzy 42 a 60 mm, a raz tylko Mx wyniosło 160 mm, przy PD 66. W dwóch z pierwszych 3 wypadków PG wahało się od 70 do 77 mm, w jednym zaś wynosiło średnio 87. W przypadku zaś o Mx = 160, PG wynosiło 105. Różnica PRr — PG wy-

hała się w granicach od 55 do 66; była więc znaczna. Współczynnik szybkości tętna wahał się od 5,6 do 10,3. Na wielkość jego wpływały tu nietylko znaczniejsze PD, ale nadto małe TAP i, w pewnym stopniu, znaczne zmniejszenie się TDP wskutek przyśpieszenia tętna. Z innych autorów Moebius (45) znalazł w 2 przypadkach PG nieznaczne; Muenzer (47) stwierdził nieznaczne PG (55—110) w 4 spostrzeżeniach, przy różnicy PRr — PG w jednym przypadku = 55. Gross-Hensen (24) zbadali 7 przypadków, z których 5 typowych. Sądzą oni, że w typowych Mx bywa, chociażby czasowo, wzmożone, i że zależy to zarówno od wzmożonej pracy serca, jak i od przemijających kurczów naczyń obwodowych. Stale spostrzegał znaczne podniesienie Mx przy tem cierpieniu tylko F. Klemperer (37), w którego przypadkach Mx wahało się w granicach od 188 do 216 ctm. wody, przy PD od 62 do 104. — Jak widzimy, różnice w zdaniu tych kilku autorów. którzy przypadki choroby Basedowa badali, są znaczne. Tak też być musiało, gdyż wskutek nader żywej gry nerwów naczynioruchomych przy tem cierpieniu, wpływającej na ciągłą zmianę Mx i PD, trudno się było spodziewać jednolitości w wynikach badania. Jedno tylko wydaje się być faktem stałym, który dał się zresztą z góry przewidzieć, że wskutek ułatwionego odpływu krwi ku obwodowi choroba Basedowa cechuje się wysokiem PD, a nadto znacznym CCP wskutek zbiegania się wyżej omówionych trzech okoliczności. (Dok. nast.)

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

R. Blumenthal. **O niedokrwistości aplastycznej.** (*Deutsches Arch. f. klin. Med.* 1907, T. 90, Z. 1—2). Do nadzwyczajnych wyjątków należą przypadki niedokrwistości aplastycznej, t. j. takiej, w której nie napotykamy odczynu ze strony formuły krwi, a przytem stwierdza się zupełną aplazyę narządu krwiotwórczego. Dlatego ciekawym przyczynkiem jest przypadek podany przez autora: kobieta 42-letnia, przedtem zawsze zdrowa, zaczyna zwolna podupadać na siłach, dostaje duszności, obrzęków na nogach, a potem zauważa na całem ciele rumień. Stan ogólny z dnia na dzień się pogarsza, zjawiają się w końcu liczne krwotoki (nosowe, maciczne i na siatkówce) i chora ginie wśród objawów najcięższej niedokrwistości. Hemoglobiny było 20 prc., krwinek czerwonych 890.000 i 3400 białych (24 prc. wielojądrzastych neutrofilnych i eozynofilnych, 70 prc. wielkich i małych limfocytów i 60 prc. bazofilnych myelocytów). Poikilocytoza wybitna, mikro- i makrocyty, zupełny brak jednak krwinek czerwonych jądrzastych. Szpik kostny zupełnie żółty (tłuszczowy) zawierał prawie wyłącznie limfocyty, i tu i owdzie myelocyta o drobnej zasadochłonnej metachromatycznej ziarninie, które autor uważa za komórki macierzyste wszelakich myelocytów. Myelocytów, ani krwinek czerwonych jądrzastych autor w szpiku nie znalazł. Śledziona i gruczoły, prawidłowej wielkości, okazywały zanik grudek limfatycznych. — Rozpoznanie tej postaci niedokrwistości za życia jest zatem możliwe. Gdy bowiem w innych odmianach ciężkiej niedokrwistości odczyn szpiku kostnego objawia się we krwi obecnością krwinek czerwonych jądrzastych z neutrofilią i myelocytozą, to w tej odmianie formuła hematologiczna okazuje brak zarówno zwyrodnienia, jak i odradzania się krwinek czerwonych i leukopenię z limfocytozą, formuła hematologiczna idzie w parze ze stanem szpiku kostnego. — Co się tyczy przyczyny tej odmiany niedokrwistości, to autor, opierając się na przypadku niedokrwistości kiłowej, dopatruje się jej w jakimś czynniku toksycznym, który upośledza odżywianie się szpiku kostnego i przeszkadza jego odczynowi. *Stahr.*

N. Schneider. **Krew w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego, u chorego na** *polycythaemia myelopathica,* **po wycięciu śledziony.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, Nr 27). Mężczyźnie 51 letniemu, cierpiącemu na *polycythaemia myelopathica,* wycięto śledzionę; po operacyi obraz krwi, który wskazuje na wzmożoną czynność szpiku kostnego nie zmienił się: krwinki czerwone jądrzaste, ilość krwinek białych 18.000. — Chory zapada na zapalenie płuc włóknikowe; ilość krwinek białych, która w pierwszym dniu zapalenia płuc zwiększyła się do 70.000, spada w każdym dniu choroby, aż do dnia, w którym sprawa zapalna w płucach zaczęła ustępować; w dniu tym ilość krwinek białych wynosiła 8000; odtąd w miarę zdrowienia ilość krwinek białych znowu się zwiększa i dochodzi liczby 33.400, na której się już utrzymuje. Leukocytoza, występująca przy zapaleniu włóknikowem, utrzymuje się zwykle na tym samym stopniu aż do dnia przesilenia, odmienne zaś zachowanie się krwi w swoim przypadku, (początek choroby zaznaczył się zwiększeniem, dalszy przebieg zmniejszeniem się ilości krwinek), uważa S. nie tyle za następstwo braku śledziony, ile za wyraz niedomogi schorzałego szpiku kostnego w warunkach wzmożonej pracy dla narządów krwiotwórczych, jakie stwarza choroba zakaźna. *J. Kostrzewski.*

Troisfontaines. **O nieszkodliwości dużych dawek strychniny.** (*Révue de médecine* 1907, Nr 6). Autor wykazuje, że dawka dzienna w ilości 2—3 centigramów strychniny nie stanowi dla osobnika dorosłego żadnego niebezpieczeństwa, że nie zachodzi przytem obawa działania zbiorowego nawet przy najgorszym stanie nerek. Zwłaszcza nie potrzebujemy się obawiać podawania większych dawek strychniny, jeśli dla uniknięcia skutków nawet ewentualnej idyosynkrazyi zaczynamy od dawek mniejszych. Jako taką dawkę małą uważa autor 3—4 miligramów strychniny na dawkę, a $1^1/_2$ centygrama jako całodzienną ilość. W wypadkach nagłych, przy wskazaniu życiowem, nie waha się on stosować odrazu podskórnie 5—10 miligramów siarkanu, albo azotanu strychniny, powtarzając ją nawet w ciągu 24 godzin kilkakrotnie, aż do całkowitej dawki 2—3 centigramów, rzadziej nawet do $3^1/_2$ i czterech centigramów. T., który jest profesorem uniwersytetu w Liège, stosował od lat dwudziestu bardzo często powyższe leczenie bez żadnych złych skutków. Profesor Francotte stosował w leczeniu alkoholizmu wyższe dawki, aniżeli autor, z korzyścią dla chorych. Autor stosuje z dobrym wynikiem strychninę w następujących stanach chorobowych: moczówka prosta i cukrowa, pewne porażenia, udar słoneczny, łuszczyca, gruźlica płuc, wstrząs chirurgiczny, alkoholizm ostry i przewlekły, oraz wyzdrawianie i stany osłabienia. W końcu opisuje T. objawy nieznacznego przejściowego otrucia, które sam przechodził, oraz jedna z jego chorych po zażyciu na raz czterech centigramów siarkanu strychniny, wydanych przez aptekarza przez pomyłkę zamiast przepisanych trzech miligramów. Nadto opisuje przypadki Hällstroma, Habla i Greena, w których wystąpiło otrucie strychniną po zażyciu 33 centigramów (u dziecka $2^1/_2$-letniego), 18 centigramów, oraz $3^1/_2$ gramów alkaloidu, a w których udało się chorych ocalić od śmierci. *Dr Blassberg.*

Hornowski. **Przyczynek do rzekomej niedokrwistości.** (*Nowiny lekarskie* 1907, Nr 7). Autor obserwował ośm chorych, które skarżyły się na bicie serca, pocenie się, uczucie zmęczenia, a szczególniej na bezsenność, brak apetytu, ból w dołyszku, uczucie zimna, oraz bole głowy. Przedmiotowo na pierwszy plan występowały w obrazie chorobowym bladość powłok zewnętrznych, oraz śluzówek, prawie zniesiona dermatografia, wiotkość mięśni i zmniejszenie siły mięśniowej, oddech przyspieszony, tętno miękkie, łatwo uciskalne, również przyspieszone, w moczu zwiększone fosforany. W etyologii można było zawsze stwierdzić silne wrażenia nerwowe, często chorobę zakaźną, a bardzo często samogwałt uprawiany przez lat kilka. W przypadkach tych na zasadzie wyglądania chorych, oraz ich skarg lekarze stawiali błędne rozpoznanie błednicy lub niedokrwistości i w tym kierunku stosowali bezskutecznie zabiegi lecznicze. Przy dokładnem badaniu krwi u tych chorych H. znajdował stosunki zupełnie prawidłowe, a zabiegami leczniczymi uwzględniającymi istotę cierpienia, to jest wyczerpanie układu nerwowego, osiągał szybki powrót do zdrowia. *Dr Blassberg.*

Chłapowski. **Dwie nowe metody mające życie przedłużać.** (*Nowiny lekarskie* 1907, Nr 7—8). Jedną z nich jest metoda Miecznikowa stosowania kwaśnego mleka, przyrządzonego z mleka przegotowanego, zaczynionego czystemi hodowlami drobnoustrojów fermentacyi mleka. Fermentacya mleczna, powstrzymując gnicie w jelitach ludzkich, tem samem przedłużałaby życie ludzkie, które według Miecznikowa bywa skracane przez wytwory gnicia, wytwarzające się w kiszce grubej, jak indol, fenol, skatol i etero-siarkany. Metodę tę, którą w osta-

tnich czasach nawet sam Miecznikow uważa tylko jako dobry sposób odżywczy przy cierpieniach kiszek i nerek, bynajmniej nie polecając jej jako środka przeciw starości, przedsiębiorcy reklamują i wyzyskują w praktyce w celach zysku. Wszelako według Chłapowskiego produkty te (sprzedawane) nie są zaczynami czystymi, lecz zawierają dużą domieszkę innych bakteryi mlecznych, oraz drożdży.

Z większem jeszcze niedowierzaniem należy się, według Ch. zapatrywać na inny pomysł paryski, mający przedłużać życie, zwalczając zmiany starcze w tętnicach zapomocą prądu zmiennego o wysokiem napięciu i o bardzo częstych, pół miliona i wyżej na sekundę wynoszących przerwach, czyli fazach, t. j. od zastosowania t. zw. d'Arsonvalizacyi przeciwko nadmiernemu parciu krwi i pochodzącemu z tego według teoryi Hucharda zwapnieniu tętnic. Metodę tę, którą propagował lekarz paryski Montier, skrytykowali kategorycznie Vidal i Vaquez jako opartą na błędnych spostrzeżeniach i reklamowaną wyłącznie w celach zysku. *Dr Blassberg.*

Paweł Delbet. **Pozorne zamknięcie jelit na tle mocznicy.** (*Presse médicale* 1907, Nr 68). O zaburzeniach żołądkowych powodowanych mocznicą, piszą różni autorowie, zaś z zaburzeń jelitowych notują tylko biegunkę czasami krwawą. Autor na podstawie 3 przypadków z praktyki zwraca uwagę na zaparcie czasami nadzwyczajnie uporczywe, które ze względu, że równoczesna mocznica może powodować zaburzenia żołądkowe, obniżenie ciepłoty ciała i zwolnienie tętna, można łatwo pomieniać z zamknięciem jelita prawdziwem. Autor kończy pracę swą następującem rozpoznaniem różniczkowem: Zamknięcie prawdziwe zaczyna się zwykle nagle, chory narzeka na bole i ciągłe parcie. Zamknięcie pozorne zapowiadają różne zwiastuny dłuższy czas, najczęściej biegunka naprzemian z zaparciem, od pewnego dnia powstaje uporczywe zaparcie, pozorujące zamknięcie jelit. Zamknięciu prawdziwemu towarzyszy gwałtowne wzdęcie brzucha i wśród napadów kolki rysują się pętle jelitowe przez powłoki brzuszne, zaś wśród mocznicy wzdęcie jest mierne, chory niema kolki i nigdy nie stawiają się pętle jelit. W pierwszem zamknięciu są wymioty treścią pokarmową, które zwykle ustają przynajmniej z początku, kiedy choremu przestanie się podawać jadło, a dopiero potem wymiociny są żółciowe i kałowe. Wymioty te zjawiają się po kolce i powodują ulgę. Natomiast wymioty wśród zamknięcia jelit pozornego mają cechy wymiotów mocznicowych: nie mają żadnego związku z jedzeniem, treść wyrzucona staje się prędko śluzową lub śluzowo-żółciową, a wymioty nie mają związku z kolką jelitową. Nigdy niema wymiotów kałowych. Najważniejszym objawem jest naturalnie białkomocz i inne objawy przewlekłego zapalenia nerek. Leczenie tego zaparcia polega na leczeniu mocznicy. *Stahr.*

Blumberg. **Nowy objaw rozpoznawczy przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 24). Autor zwraca uwagę na nieznany dotąd objaw, wskazujący na miejscowe ostre zajęcie otrzewnej, towarzyszące ostremu zapaleniu wyrostka robaczkowego. Mianowicie ból, powstający przy nagłem zwolnieniu ucisku na daną okolicę, przewyższa ból, odczuwany przy wywieraniu tego ucisku. Prosty ten, a wedle autora ważny objaw, zasługuje na sprawdzenie. *Dr M. Godlewski.*

Best. **W sprawie przebiegu klinicznego wrzodu okrągłego żołądka ze szczególnem uwzględnieniem kurczu odźwiernika i nadmiernego wydzielania soku żołądkowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 27). Prócz innych powszechnie znanych objawów omawia autor także mniej znane objawy wrzodu żołądka. Ból przy dotykaniu nie pozwala na wnioski co do siedziby wrzodu. Wiadomo bowiem, że wrzody sadowią się bardzo często na krzywiźnie małej; otóż mimo, iż to miejsce ze względu na swe położenie nie może być uciśnięte, ból dotykowy przy tej siedzibie cierpienia istnieć może. Różnorodność klinicznych objawów tłómaczy się tem, że rozwijający się wrzód stosownie do swego położenia drażni raz więcej rozgałęzienia nerwów czuciowych, to znów ruchowych, to wreszcie wydzielniczych. Stosownie mało dotąd uwzględniano zmienioną nieraz w przebiegu wrzodu sprawność ruchową żołądka, oraz kształt żołądka, który częściej ulega zmianom, niż się to zwykle przyjmuje. Ujemnie na przebieg gojenia się wrzodu wpływa przedewszystkiem jego sadowienie się w odźwierniku (podobne są tu stosunki, jak przy szczelinie odbytu), niedowład żołądka, oraz rozdymanie skutkiem połykania powietrza. Połykanie to jest w związku z nadmiernem wydzielaniem się śliny, które, podobnie jak nadmierne wydzielanie się soku żołądkowego, tłómaczyć sobie należy jako odruch, pochodzący z obnażonej powierzchni wrzodu. Ilości tego soku, wymiotowane nieraz przez chorego, mogą być znaczne, kwaśność jego może być niekiedy stosunkowo nieznaczną wskutek rozcieńczenia przez odruchowo nadmiernie się wydzielający śluz i ślinę. Sam wrzód usadowiony w odźwierniku lub sok żołądkowy, nadmiernie wydzielany, może wywoływać kurcz odźwiernika, który nie zawsze bywa bolesny. Kurczowo zaciśnięty odźwiernik może przy obmacywaniu sprawiać nawet wrażenie guza. Leczenie wewnętrzne może i przy usadowieniu się wrzodu w odźwierniku sprowadzić polepszenie; wyleczenie zapewnić może jedynie rękoczyn chirurgiczny. *Dr M. Godlewski.*

Neurologia.

A. Marie i Levaditis. **O odczynie niweczników (anticorps) kiłowych w porażeniu postępowem i wiądzie rdzenia.** (*Revue de médecine* 1907, Nr 7). Autorowie zastosowali odczyn Wassermana i Plauta do badania płynu mózgowo-rdzeniowego u 67 chorych i dochodzą do wniosku, że przypuszczalnie kiła przebyta sprowadza zmiany chorobowe w oponach mózgowo-rdzeniowych dość wybitneidopiero dzięki tym zmianom występuje właściwy odczyn. Niweczniki kiłowe gromadzą się w płynie mózgowo-rdzeniowym w miarę, jak porażenie postępowe się potęguje, a stwierdzić to można, próbując odczynu u różnych chorych w różnych okresach cierpienia, lub porównując różne okresy u jednego i tego samego chorego. Na ogół wyniki autorów wybitnie stwierdzają istotne znaczenie odczynu Wassermanna i Plauta. *Dr Blassberg.*

Prof. Narbut. **Przypadek tężyczki, wyleczonej nakłuciem lędźwiowem.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 27). 29. I. 1907. przywieziono do szpitala żołnierza, 20 lat liczącego, z typową tężyczką; do 5. II. napady tężyczki pojawiały się co 2 dni, od 5. II. do 9. II. codziennie. Wobec tego, że podczas niektórych napadów tętno zaledwie dało się wybadać, autor po uprzedniem bezskutecznem użyciu wszystkich zwykłych środków zastosował u chorego nakłucie lędźwiowe w przypuszczeniu, że osłabienie działania serca może zależeć od okresowego podniesienia się ciśnienia w kanale mózgowo-rdzeniowym; w tej też myśli utwierdzał autora brak odruchów kolanowych i nierównomierność źrenic przed i podczas napadu (zwężenie prawej źrenicy). 9. II. zrobił nakłucie lędźwiowe, przyczem wydobył 50 sz. ctm. przeźroczystego płynu. Ciśnienie płynu przewyższało 500 mlm.; przy badaniu bakteryologicznem płyn okazał się zupełnie jałowym. Po tym zabiegu ogólny stan chorego natychmiast się poprawił, a napady zupełnie znikły. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Graves W. **Znieczulenie dotykowe w połączeniu z przeczulicą bolową, ograniczone do otoczek brodawkowych obu sutków, jako nowe i prawdopodobnie stałe znamię histeryi.** (*Journ. of nerv. and ment. dis.* 1906 *oct.*). Gr. znajdował stale w histeryi obniżenie czucia dotykowego z równoczesną przeczulicą bolową na otoczce brodawkowej sutka. Zmiana czuciowa ograniczała się wyłącznie na otoczkę, kończąc się ostro w brzegu bezbarwikowym skóry. Gr. nie napotykał tego objawu u innych nerwowo chorych, ani u zdrowych. (Samo obniżenie czucia zdarza się koło brodawek sutkowych w przypadkach wiądu, na co, jako na bardzo cenny objaw początkowy wiądu, zwrócił był uwagę Halban; nie ma jednak we wiądzie tego znamiennego odgraniczenia zmiany czuciowej i brak w nim tego połączenia dwóch objawów, mającego cechować według Gr. histeryę: znieczulenia dotykowego z przeczulicą bolową. *Przyp. sprawozdawcy*). *Orzechowski* (Wiedeń).

Westphal. **O dotychczas prawdopodobnie nie opisanej jeszcze nieprawidłowości rozwojowej.** (*Arch. f. Psych.* T. 41, Z. 2). W. znalazł przypadkowo u chorej, która zmarła wśród gwałtownego przebiegu wczesnego ogłupienia przy niezwykłych objawach bardzo szybkiego upadku sił i złośliwej odleżyny, guz torbielowaty, wychodzący z ogonowego zdwojenia rdzenia kręgowego. Wnętrze torbieli wysłane było nabłonkiem migawkowym, jej ściana składała się z tkanki łącznej i licznych wiązek włókien mięśni gładkich. Guz był w ciągłym związku utkania z rdzeniem w miejscu, w którem odchodził od niego, nie zawierał jednak pierwiastków nerwowych. W miejscu przejścia guza w tkankę rdzenia, zawierała biała substancya powrózków tylnych wiązki mięśni gładkich. Druga część tego pozornego więc tylko zdwojenia rdzenia krzyżowego stanowiła bezpośrednie przedłużenie właściwego rdzenia i okazywała też nieprawidłowość rozwojową: rozszczepienie. Bonnet, który oglądał preparaty autora, uważał torbiel za nieprawidłową pozostałość jelita ogonowego. Z tem przetrwaniem tworu płodowego kojarzyło się zatem, jako druga nieprawidłowość, rozszczepienie rdzenia. Przypadek ten jest, zdaje się, jedynym w piśmiennictwie. *Orzechowski* (Wiedeń).

W sprawie ustawy o chorobach zakaźnych.

Napisał

Prof. Dr Ciechanowski.

(Ciąg dalszy).

Opinia, wydana przez Najw. Radę zdrowia 13 marca 1906 co do ogólnych zasad ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych opiera się na porównaniu stosunków austryackich ze stosunkami i przepisami w innych państwach, a mianowicie w Belgii, Danii, Niemczech, Anglii, Francyi, Japonii, Holandyi, Norwegii, Szwecyi, Rumunii, Rosyi, Szwajcaryi, Serbii, Hiszpanii i na Węgrzech.

Referent Najw. Rady zdrowia wywodzi konieczność państwowej ustawy o chorobach zakaźnych z tych samych przesłanek, co referent ministerstwa. Wprawdzie zarządzenia przeciw chorobom zakaźnym w Austryi odpowiadają dzisiejszym wymaganiom nauki, a ich stosowanie sprawiło nawet w stałych siedliskach epidemii (t. j. w Galicyi, na Bukowinie i po części w Krainie) w ostatnich czasach zwrot nader pomyślny; niemniej jednak zarządzeniom tym brak dotąd podstawy prawnej i gdyby nie obawa ludności przed epidemiami takiemi, jak cholera lub mór, to zarządzenia władz przeciw tym epidemiom mógłby spotkać zarzut, że są bezprawne, przeciwne ustawie, oraz uzasadniony sprzeciw, a gdyby nie bezwzględne nieraz postępowanie władz, to zarządzenia te mogłyby pozostać bez skutku.

Istotnie bowiem państwowa ustawa sanitarna z r. 1870 zastrzega dla władz rządowych tylko wykonywanie ustaw o chorobach zaraźliwych (których to ustaw dotąd niema), epidemiach, endemiach i kwarantanach, kierownictwo spraw szczepienia, zarządzenie i wykonywanie obdukcyi policyjno-sanitarnych i nadzór nad oględzinami zwłok. W poruczonym zakresie działania mają gminy obowiązek przeprowadzać miejscowe zarządzenia dla ochrony przed chorobami zaraźliwemi i ich szerzeniem się, oględziny zwłok i mają współdziałać w komisyach sanitarno-policyjnych i przy szczepieniu. Najważniejsze natomiast zarządzenia zapobiegawcze przeciw chorobom zakaźnym (wspomniane już wyżej, a objęte § 3 a) ustawy z r. 1870) leżą we własnym zakresie działania gmin i w tym kierunku nie mają władze państwowe bezpośredniego wpływu na gminy.

W postanowieniach ogólnych zamierzonej ustawy o chorobach zakaźnych chybiałoby celu wymieniać poszczególne choroby, do których ona ma się odnosić, a to z tego powodu, że do takich chorób zalicza się stopniowo coraz więcej spraw i niewątpliwie z czasem jeszcze sporo ich przybędzie. Dlatego zaleca referent Najw. Rady zdrowia użyć w tej części ustawy tylko ogólnego określenia: »choroby zakaźne« lub lepiej »choroby przenośne na człowieka«, unikać zaś określenia: »choroby epidemiczne, nagminne«, bo dawna definicya »epidemii« (zachorowanie w jednej miejscowości kilku osób na tęsamą chorobę) jest nieścisła i niejasna, a zwalczanie epidamii może być skuteczne nie wtenczas, gdy ona już stała się »chorobą nagminną«, ale w samych początkach, przy pierwszym przypadku, coby przez użycie w ustawie określenia »choroba epidemiczna« było wyłączone. Jeżeli zamierzona ustawa ma być istotnie skuteczną, to powinna dać się zastosować tak do wszystkich chorób, dziś za zakaźne uznawanych, jak i do tych, które postęp nauki do zakaźnych kiedyś zaliczy. Ponieważ zaś przyczyny i sposoby szerzenia się tych chorób są rozmaite, przeto przepisy ustawy muszą być tak ułożone, aby mogły być zastosowane do rozmaitych okoliczności, czyli powinny ogólne postanowienia ustawy dostarczyć podstawy do wszystkich zarządzeń, potrzebnych przeciw poszczególnym chorobom.

Ustawa powinna: I. obejmować postanowienia ogólne, dotyczące zarządzeń przeciw chorobom zakaźnym w ogólności, II. dawać podstawę do szczegółowych przepisów o poszczególnych chorobach, III. dawać prawo władzom wykonawczym do zastosowania postanowień ustawy według potrzeby także wobec innych chorób, uznanych w przyszłości za zaraźliwe według orzeczenia Najw. Rady zdrowia.

A. Ogólne postanowienia zapobiegawcze.

Władzom państwowym musi być przyznany większy wpływ bezpośredni na te działy higieny publicznej, które dotąd oddane były we własny zakres działania gmin (higiena powietrza i gruntu, zaopatrzenie w wodę, usuwanie odpadków, higiena budowli i mieszkań i t. d.). Wpływ ten wtedy zwłaszcza jest konieczny, gdy usterki w tym zakresie zagrażają niebezpieczeństwem powstania szerzenia się chorób zakaźnych.

Nie wystarczy tutaj rozszerzyć prawo władz rządowych do wydawania zarządzeń, ale musi być nadto istotne wykonanie ich zapewnione, t. zn. musi być zorganizowana odpowiednia stała służba nadzorcza, lub przynajmniej jej zorganizowanie powinno być w ustawie przewidziane.

Dalej powinno być w postanowieniach ogólnych ustawy przyznane władzy prawo przeprowadzenia według jej uznania potrzebnych w danym razie szczególnych zarządzeń zapobiegawczych drogą przymusową. Zastrzedz należy, że zarządzenia te będą dokładnie oznaczone w przepisach o poszczególnych chorobach. Te postanowienia powinny być tak ułożone, aby dozwalały użyć władzy według jej uznania także takich środków zapobiegawczych, które mogą w przyszłości być jeszcze wynalezione.

B. Zarządzenia wobec istniejącego niebezpieczeństwa.

a) W stosunku do państw ościennych są one co do cholery i moru określone układami międzynarodowymi. Podobne zarządzenia byłyby wszelako wskazane i co do innych chorób zakaźnych, o ile to w stosunkach międzynarodowych będzie możliwe. W tym celu jednak konieczne jest wznowienie i wcielenie do ustawy dawnego przepisu, że władze nadgraniczne powinny posiadać wiadomości o stosunkach sanitarnych w sąsiednich częściach obcego państwa. Wśród środków, zapobiegających zawleczeniu choroby, za skuteczne uznać należy tylko rewizyę sanitarną i nadzór sanitarny nad przybyszami z zagranicy, zwłaszcza z okolic zakażonych, zakaz przywozu takich przedmiotów, które mogą przenosić zarazę (gałgany, odzież) i odkażanie lub niszczenie przedmiotów podejrzanych, a zakazem przywozu nieobjętych.

b) W granicach państwa obowiązują podobne zasady, jeżeli wybuchnie gdzieś choroba zakaźna, mogąca się szerzyć. Warunkiem skutecznego wkroczenia jest

1. Ustawowy obowiązek donoszenia, który powinien dotyczyć następujących chorób: ospa, płonica, błonica, dur brzuszny, osutkowy i powrotny, cholera azyatycka, nagminne zapalenie opon, gorączka połogowa, trąd, wąglik, nosacizna, wreszcie ukąszenia przez zwierzęta wściekłe, lub podejrzane. Ustawa powinna także uprawniać rząd do rozszerzenia obowiązku donoszenia (według opinii Najw. Rady zdrowia) i na inne choroby zakaźne. Obowiązek donoszenia powinien być nałożony na głowy rodziny, zwierzchników (w zakładach i t. p.) i lekarzy ordynujących (a dotyczyć to ma nietylko przypadków stwierdzonych, ale i podejrzanych), dalej na oglądaczy zwłok, położne (co do chorób położnic i noworodków), duchownych, wreszcie na każdego, kto się dowie, że o danym przypadku choroby zaraźliwej lub przenośnej jeszcze władzy nie doniesiono. Do przepisów wykonawczych do ustawy byłoby dobrze dołączyć pouczenie o objawach, budzących przypuszczenie choroby zakaźnej. Doniesienia, wolne od opłaty pocztowej, powinny być (w wyraźnie przez ustawę oznaczonym terminie i formie) składane lekarzowi gminnemu, bo przecie on powinien natychmiast wydać pierwsze zarządzenia, poczem ma ze swej strony donieść o przypadku chorobowym zarówno zwierzchności gminnej, jak i władzy politycznej. Gdyby obowiązek donoszenia rozciągnięto i na choroby weneryczne, wówczas trzebaby zawarować w ustawie tajemnicę lekarską.

2. Ponieważ donosić się ma także o przypadkach podejrzanych, przeto musi być określony sposób postępowania dla stwierdzenia rozpoznania. Pod tym względem nie można się dziś obejść bez obdukcyi sanitarno-policyjnych oraz badań mikroskopowych i bakteryologicznych, dokonywanych w zakładach, utworzonych umyślnie, bo niepodobna tem obarczać zakładów uniwersyteckich, nawet gdyby im dodano osobnych pomocników. Trzeba więc jaknajrychlej pomnożyć liczbę stacyi bakteryologicznych, połączonych z prosekturami, które powstać powinny przy większych szpitalach publicznych.

3. Ponieważ skuteczne odosobnienie chorych zakaźnych i ograniczenie swobody ruchu narusza głęboko swobodę osobistą i natrafia zazwyczaj na znaczne trudności i opór, dlatego powinna ustawa przynajmniej w zasadzie określić, w jaki sposób i pod jakimi warunkami nastąpić ma w razie potrzeby odosobnienie przymusowe. Do odosobnienia konieczne są odpowiednie lokale i urządzenia transportowe, dozwalające przewozić chorych z zachowaniem potrzebnych ostrożności. W tym celu zaleca referent Najw. Rady zdrowia tworzenie szpitali okręgowych (Bezirksspital) z salami izolacyjnemi i zakładanie magazynów szpitali przenośnych. Obecnie może władza polityczna żądać od gmin przygotowania lokalu izolacyjnego, stwierdzać, czy on odpowiada celowi, ale nie może zmusić gminy do utworzenia osobnego szpitala izolacyjnego. Ustawa powinna przeto określić, kiedy i w jakich warunkach mogą to władze gminom (bądź pojedynczym,

bądź ich grupom) nakazać. Również należy określić warunki, w których władza według swego uznania może opróżniać mieszkania po chorych zakaźnych lub usuwać zdrowych współmieszkańców, pozostawiając tylko chorego w mieszkaniu.

Jeszcze bardziej odczuwa ludność ograniczenie swobody ruchu, jak zakazy zebrań (odpustów, pielgrzymek, wieców), jarmarków, zamykanie przedsiębiorstw, a ponieważ takim zarządzeniom istotnie niedostaje podstawy prawnej, przeto ustawa zawierać powinna w tym względzie przynajmniej główne zasady. Trzeba też będzie tu rozważyć, czy i w jaki sposób i do jakiego stopnia ma być ograniczona swoboda ruchu osób, które stykały się z chorymi zakaźnymi. Nad osobami, u których się przypuszcza zakażenie, potrzebny jest przez czas, odpowiadający okresowi wylęgania się choroby, nadzór sanitarny bądź w ich mieszkaniach, bądź w szpitalach, przez ile możności codziennie odwiedzającego je lekarza; — do tego zarządzenia trzeba w ustawie koniecznie wyraźną stworzyć podstawę. Przyjezdni z okolic zakażonych powinni być karani, jeżeli się nie zameldują władzy sanitarnej. Potrzebne są też w ustawie wyraźne przepisy, któreby zapobiegały szerzeniu się zarazy przez ruch kolejowy, okrętowy, portowy i t. d.

4. W szkołach powinny mieć co do chorób zakaźnych wpływ stanowczy władze sanitarne, ponieważ ani nauczyciele, ani Rady szkolne nie mogą nigdy ocenić, co w danym razie należy zarządzić. Wszak obecnie zamyka się szkoły zazwyczaj wtedy, gdy epidemia już znacznie się rozszerzyła, to jest zapóźno. Nie można tu więc polegać na władzach szkolnych, lecz trzeba wyraźnie zastrzedz prawo zarządzeń władzom sanitarnym; w tym celu konieczne jest ustanowienie lekarzy szkolnych.

5. Wywóz pewnych przedmiotów z miejscowości zakażonych w obrębie państwa powinien być zakazany, a zakaz ten dotyczyć ma nietylko gałganów, starej odzieży i t. d., ale także środków żywności, mogących szerzyć zarazę (np. mleko, jarzyny przy durze, mleko przy płonicy). Zakaz zbierania gałganów w miejscowości zakażonej w czasie epidemii powinien obowiązywać w całem państwie i trwać zawsze jeszcze przez odpowiedni okres po wygaśnięciu epidemii.

6. Zasługuje na rozwagę, czy nie należałoby w ustawie zastrzedz w pewnych przypadkach (choroby weneryczne, jaglica) także przymusowego leczenia chorych.

7. Ustawa powinna uprawniać władze do zarządzenia tępienia zwierząt, roznoszących zarazę (szczury przy morze i t. d.).

8. Co do zwłok wystarczyłoby postanowienie, że należy z nimi postępować według zarządzeń władzy, zastosowanych do okoliczności, że zwłoki zmarłych na choroby zakaźne należy odosabniać i składać w trupiarniach, nie wolno zaś ich wystawiać w mieszkaniach. Natomiast zupełnie niepotrzebny jest przepis, by zwłoki takie jak najrychlej grzebać. Oczywiście koniecznym warunkiem jest urządzenie wszędzie trupiarni i to takich, gdzieby zwłoki zakaźne można składać bez obawy dalszych zakażeń; gminy należy więc zobowiązać do budowy odpowiednich trupiarni (zawsze przy cmentarzach). Uroczyste pogrzeby, stypy, udział w nich dzieci i t. d. powinny być zabronione.

9. Sposobu, w jaki ma być przeprowadzane odkażanie, ustawa przepisywać nie może i nie powinna. Wystarczy przepisać w ustawie sam obowiązek odkażania, i to wszelkich przedmiotów, które się z chorym zakaźnym stykały, mieszkania i t. d. Reszta, t. j. określenie, jak, gdzie i kto ma odkażać, należy do rozporządzeń wykonawczych.

10. Ustanawianie lekarzy epidemicznych na koszt państwa, opłacanie przez państwo leków dla ubogich i t. d. (wogóle t. zw. »Epidemieverfahren«), powinno być, jako bardzo skuteczne, utrzymane nadal, a ustawa powinna wyraźnie brzmieć, że władza ma w miarę okoliczności wydać szczególne, dalej idące zarządzenia wobec szczególnie groźnego lub nagminnego wybuchu choroby zakaźnej.

11. Bardzo ważnem byłoby w ustawie określenie i odgraniczenie zakresu działania gmin, władz politycznych i ich lekarzy, oraz zadań ordynujących lekarzy praktycznych. Wykonanie zarządzeń władz politycznych pozostanie bowiem i nadal w ręku gmin; należy więc zapewnić zapomocą ustawy ścisłe i fachowe wykonanie tych zarządzeń, do czego potrzeba ustanowić surowy nadzór.

12. Organizacyę służby wywiadowczej możnaby natomiast w całości pozostawić rozporządzeniom wykonawczym.

13. Ogromną wagę ma uporządkowanie sprawy kosztów. Ustawa musi ściśle określać, które z kosztów tępienia chorób zakaźnych ma opłacać strona, które gmina, a które skarb państwa. Najbardziej odpowiednie celowi i najsłuszniejsze byłoby pokrywanie wszystkich kosztów, nie wyjmując kosztów asanacyi, przez państwo. Zalecałoby się wynagradzanie lekarzy prywatnych za każde doniesienie o chorobie zakaźnej. Uwzględnić tu też należy odszkodowanie stron za straty, poniesione wskutek zarządzeń władz, oraz wynagrodzenie lekarzy, współdziałających przy przeprowadzeniu tych zarządzeń, a do tego urzędowo nie obowiązanych.

14. Lekarze, nie pozostający w służbie państwowej, powinni otrzymać ze skarbu państwa emeryturę, jeżeli staną się niezdolni do pracy przy zwalczaniu chorób zakaźnych (»in Verwendung gegen Infektionskrankheiten«), a ich wdowy i sieroty w razie śmierci lekarza w czasie tej czynności (»während dieser Verwendung«).

15. Co do kar ograniczyć się należy do ocenienia przekroczeń ustawy według tego, czy przekroczenia są rzeczowo ważniejsze, lub mniej ważne. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 6. do 19. X. 1907 stwierdzono 18 przypadków duru plamistego w 8 gminach, a mianowicie: w pow. Jarosław (Dunkowice 1), Jaworów (Zawadów 1), Rawa (Wulka mazowiecka 4), Rohatyn (Lubsza 1), Śniatyn (Dżurów 2), Stanisławów (Komarów 3), Stryj (Duliby 2), Zaleszczyki (Milowce 4). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 13. do 19. X. 1907 urodziło się dzieci żywo 67, nieżywo 9; zmarło osób 61 (w tem obcych 29), z nich z gruźlicy 15 (5), zapalenia płuc 9 (6), płonicy 2 (1), gorączki połogowej 3 (3). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 13. do 19. X. 1907 było przypadków: odry 1, płonicy 7 († 1), duru brzusznego 1, krztuśca 2, błonicy 2, ospianki 4, róży 3. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 13. do 19. X. 1907 było przypadków: błonicy 10 † 3 (w tem obcych 6 † 1), krztuśca 7 (1), płonicy 33 † 2 (10), odry 4, duru brzusznego 5 † 2 (5 † 1), czerwonki 1, nagminnego zapalenia opon 1. *L.*

† Dr Strawiński.

W Petersburgu zmarł dnia 21. b. m. jeden z najwybitniejszych członków kolonii polskiej, powszechnym otoczony szacunkiem, Dr Strawiński.

Dowodem poważania, jakiem Dr Strawiński był otoczony przez kolegów, był wybór Jego na pierwszego prezesa »Koła lekarzy polskich« w Petersburgu, którą to godność do końca życia nieprzerwanie piastował.

Dr Leopold Glück.

(Wspomnienie pośmiertne).

Kiedy umiera człowiek, pochylony wiekiem, zmęczony pracą lat wielu i trudem tej pracy, uznać trzeba bez szemrania konieczność, co każe rodzić się i umierać. Ale gdy śmierć zabiera ludzi, co stoją w pełni męskiego wieku, żądnych jeszcze działania i pracy, to takie naturalne słowa: »Szkoda ich«. Temi słowy na ustach żegnać mi wypada jednego z bezpośrednich kolegów na obcej ziemi, zmarłego przed kilku dniami Dra Leopolda Glücka.

Jakkolwiek niespełna rok jeden patrzyłem na jego życie, to jednak dość było sposobności, aby poznać, jak było pracowite i to nawet wtedy, gdy podupadające coraz bardziej zdrowie i malejące siły krępowały jego działalność. Wspomnienie o tym zmarłym, to nie zwykły obowiązek koleżeński, to także obowiązek wobec człowieka, który życiem czynnem i pożytecznem zasłużył sobie na osobną kartę w nauce lekarskiej i w historyi lekarskiego rozwoju kraju, w którym pracował.

Leopold Glück urodził się w Nowym Sączu w r. 1854. Gimnazyum i uniwersytet ukończył w Krakowie. Po otrzymaniu dyplomu doktora medycyny w r. 1879, poświęcił się nauce chorób skórnych i wenerycznych i pracował w tym kierunku najpierw w Krakowie w szpitalu św. Łazarza na oddziale Zarewicza, później we Wiedniu u Hebry i Neumanna. W r. 1881 przeniósł się do Bośni na stanowisko lekarza powiatowego w Prnjaworze. To samo stanowisko zajmował kolejno w Foczy i w Trebinje. W r. 1883 został mianowany lekarzem okręgowym w Travniku, a w r. 1886 nadto lekarzem centralnego zakładu karnego w Zenicy. Na stanowisko lekarza okręgowego w stolicy kraju, w Sarajewie, powołano go w r. 1890. Urząd ten piastował niezbyt długo, gdyż już w r. 1894 widzimy go na stanowisku prymaryusza oddziału chorób skórnych i wenerycznych w nowo założonym szpitalu krajowym w Sarajewie.

Poruczenie Glückowi tego stanowiska przez ówczesnego wielkorządcę Bośni, ministra Kallaya, wtedy, gdy inne oddziały otrzymywały kierowników z klinik wiedeńskich, świadczy samo przez się, że zmarły wybitne zajmował miejsce wśród lekarzy krajów okupowanych. Zajął zaś takie miejsce przez swoje ścisłe i sumienne badania i prace, przedewszystkiem w zakresie kiły i trądu.

O kile ogłosił Glück 18 większych i mniejszych rozpraw. Do ważniejszych należą: 1) Syphilitische Wirbelkaries (Wien. allg. med. Zeitung 1878). 2) O istocie przyrzutu szankrowego (Przegląd lekarski 1880). 3) Przyczynek do wiadomości o kile w Bośni i Hercegowinie (Przegląd lek. 1887 i Wien. med. Presse 1888). 3) Über das Alter, den Ursprung und Benennung der Syphilis in Bosnien und Herzegovina (Arch. f. Dermat u. Syphilis 1889). 4) Über die Behandlung der Syphilis mit hochdosierten intramusculären Sublimatinjectionen (Verh. d. V. Deutsch. Dermat. Congresses). 5) Die Behandlung der Lungensyphilis mit hochdosierten intramusculären Sublimatinjectionen (Wien. m. Presse 1897). 6) Zur Statistik der erworbenen Syphilis bei Kindern und jugendlichen Personen (Wien. med. Wochsch. 1898). 7) Erythema exsudativum multiforme bei Syphilis (Jahrb. des b. h. Landesspit. 1898). 8) Tabes dorsalis und Syphilis (Wien. m. Presse 1896) 9) Die volksthümliche Behandlung der Syphilis in Bosnien und Herzegovina (Wien. med. Presse 1898). 10) Zur Kenntnis der Kehlkopftuberkulose (Festschrift f. Prof. Neumann. Wien 1902). 11) Über die Bekämpfung der Volkssyphilis in Bosnien und Herzegovina (Wien. med. Presse 1903). 12) Über die endemische Syphilis in Bosnien und Herzegovina (Verhandl. des VIII Deutsch. Dermat. Congr.).

Z prac Glücka, poświęconych kile, odniosła korzyść nietylko syfilidologia jako nauka. Większą wagę przypisać należy wpływowi ich na zorganizowanie systematycznego tępienia kiły, które obecnie jest w pełnym toku.

Poważniejsze niewątpliwie znaczenie naukowe mają prace Glücka o trądzie. Każda prawie przynosi nowe szczegóły, rozszerza wiadomości o tej chorobie, daje pogląd na jej pojawianie się w Bośni i Hercegowinie, oraz w przyległej Dalmacyi. Oto poczet tych prac: 1) Zur Differenzialdiagnose zwischen Lepra nervorum und Syringomyelie (Wien. med. Wochschft. 1893). 2) Rzut oka na dzieje trądu w czasach starożytnych. (Kraków 1900). 3) Przyczynek do historyi trądu w Polsce (Przegląd lek. 1897). 3) Die Lepra der oberen Athem- und Verdauungswege (Mitteilungen und Verhandlungen der internat. wissenschaft. Lepraconferenz. Berlin 1897). 5) Zur Kenntnis der Paraleprose (Lepra). (Bibliot. internat. I, 4). 6) Die Lepra der Ovarien (wspólnie z Drem Wodyńskim v. Arch. f. Dermat. u. Syphilis Bd. 67). 7) Kommt Lepra in Dalmatien vor? (Arch. f. Dermat. u. Syphilis Bd. 36). 8) Über zwei weitere Leprafälle aus Dalmatien (Arch. f. Dermat. u. Syphil. Bd. 57). 9) Über die dermalige Verbreitung und Bekämpfung der Lepra in Bosnien und Herzegovina (Lepra Bibl. internat. V, 1). 10) Lepra-Monographie (Bibl. der ges. med. Wissenschaften 1900). 11) O wczesnych objawach trądu (IX. Zjazd lekarzy i przyr. polskich 1900). 12) Über den Leprosen-initialaffect (Wien. med. Wochschft 1901). 13) Trąd męskiego narządu płciowego (Przegląd lekarski 1900 i Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 52). 14) Zur Kenntnis der Verbreitungsweise der Lepra (Wien. med. Wochschft. 1903). 15) Das Vorkommen von Lepra in Bosnien und Herzegovina (Verhandl. d VIII. Deutsch. Dermatol. 1903). 16) Über die Anwendung des Guberwassers in der Behandlung der Lepra (Lepra Bibliot. med. internat. I, 4). 17) Über die Ursache und Bedeutung der Eruptionen im Lepraprocesse (Dermat. Zeitschft. V, 3). 18) Zur Kenntnis der leprösen Affectionen an der Glans penis (Lepra Bibliot. internat. I, 2). 19) O trądzie większych żył skórnych (Przegląd lek. 1897).

Nie leży w ramach krótkiego wspomnienia, skreślonego niefachowem piórem, aby oceniać bogaty materyał, zgromadzony w pracach Glücka o trądzie. Ogólnikowo wszakże zaznaczyć wolno, że każdą publikacyę cechuje nietylko bystrość spostrzeżeń, ale także bardzo trzeźwe i sumienne ocenianie spostrzeganych zjawisk, jak niemniej zaznaczyć, że Glück był pierwszym, który zwrócił uwagę na tworzenie się guzków trądowych w żyłach i objaśnił w ten sposób zmiany miejscowe, przedewszystkiem w skórze, powstające skutkiem częściowego lub zupełnego zamknięcia światła żył. Jak bardzo ceniono prace Glücka o trądzie, dowodzi wielkie uznanie, którem się cieszył w gronie zawodowych badaczy i ogólnie dawane mu miano najlepszego z pośród spółczesnych znawców trądu. Ceniono go zresztą nietylko w Europie. Gdy przed kilku laty powstawał zakład dla trędowatych w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej, zwrócono się do Glücka z poza oceanu z zapytaniem, czyby nie objął dyrekcyi tego zakładu.

Działania swego w Bośni nie zamykał Glück w ramach swojej lekarskiej specyalności. Chciał pracować wszędzie tam, gdzie praca potrzebną mu się zdawała. A jak bardzo wszechstronnie pojmował zadania lekarza w Bośni, jak szczerze imał się badań, mających na celu poznanie tego kraju pod względem lekarskim, dowodzą jego prace antropologiczne o plemionach zamieszkujących kraje wcielone przez okupacyę do Austryi. Jego to staraniem powstał oddział antropologiczny w muzeum krajowem, a takie prace, jak: »Zur physischen Anthropologie der Albanesen, Zur physiologischen Anthropologie der Zigeuner in Bosnien und Herzegovina, Beiträge zur physichen Anthropologie der Spaniolen, Crania bosniaca« i wiele innych przyczyniły się niemało do stworzenia dokładniejszego obrazu miejscowych plemiennych typów i do rozpowszechnienia wiadomości o rasowem pochodzeniu tubylców.

Oprócz tego ogłaszał Glück od czasu do czasu rozprawy z rozmaitych innych zakresów medycyny, bądź to kliniczne, bądź popularne. Z prac klinicznych wymienić należy: 1) Przypadek pierzchnicy czerwonej (Przegląd lekarski 1879). 2) Sylphium cyrenaicum przeciw dymienicom ostrym (Tamże 1887). 3) O twardzieli nosa (Tamże 1881). W zakres historyi medycyny wkraczają: 1) Ein Beitrag zur Contagienlehre der Syphilis im XVI Jahrhundert (Allg. Wiener med. Zeitung 1879). 2) Rozprawa Sebastyana Petrycego o kile (Przegląd lek. 1881). 3) Przyczynek do historyi trądu w Polsce (j. w.). 4) Gabryel Ayala o kile (Przegląd lek. 1898). 5) Rzut oka na dzieje trądu (j. w.). Medycyny publicznej dotyczy: Kilka uwag w sprawie reformy higienicznej szkół naszych (Przegląd lek. 1881). Do rzędu popularnych należy n. p. broszura, ogłoszona w języku krajowym, p. t.: »Jak należy chronić się przed kiłą«. Na osobną wzmiankę zasługuje jeszcze żmudna, a bardzo pożyteczna praca Glücka: »Słownik lekarskich wyrazów bośniackich«. Trzeba było istotnie wiele cierpliwości i wytrwałości, aby zebrać i uporządkować potrzebny do tego materyał, a potem objaśnić go należycie, zwłaszcza jeśli się uwzględni, że ludność tubylcza posługuje się nie jednolitym językiem, lecz bardzo wieloma narzeczami i że mieszkańcy różnych okolic często zaledwo zrozumieć się mogą. Słownik Glücka jest wobec tego dla lekarza nierzadko jedyną ucieczką i pomocą.

Obraz działalności zmarłego niebyłby zupełnym, gdybyśmy w nim pominęli współudział jego w organizatorskiej pracy lekarskiej w Bośni. Właściwym jej terenem była dla zmarłego krajowa Rada zdrowia, do której należał od r. 1896, t. j. od chwili jej utworzenia. W pracach tej Rady brał Glück bardzo wybitny udział, a wiele nowych urządzeń i rozporządzeń, zmierzających do poprawy zdrowotnych stosunków w kraju, miało swe źródło w jego inicyatywie.

Mniej może znaną, cichszą, ale nie mniej pożyteczną była praca Glücka w szpitalu na stanowisku kierownika całego zakładu. Rządy jego w dziedzinie administracyi szpitalnej odznaczał istotny ład, rozumna oszczędność i wielka praktyczność wszystkich zarządzeń. Tam, gdzie niejednokrotnie krzyżowały się zdania, gdzie się ze sobą sprzeczały żądania, trzeba było istotnie wiele bystrości i taktu, aby zadość uczynić istotnym potrzebom, a odmową nie urazić i nie zniechęcić nikogo. Że Glück starał się o to usilnie, dowodzi kilkakrotny jego wybór na dyrektora szpitala, wymowny objaw zaufania ze strony szpitalnych kolegów.

Wszechstronna działalność Glücka zjednała mu ogólne uznanie. Kilka Towarzystw lekarskich, jak Towarzystwo antropologiczne w Monachium, Tow. lekarzy serbskich w Belgradzie, Tow. lekarzy kroackich w Zagrzebiu, francuskie Tow. dermatologiczne i syfilidologiczne w Paryżu obdarzyło go godnością

członka honorowego; miasto Travnik zamianowało go swym obywatelem honorowym; rząd odznaczył go orderem Franciszka Józefa.

Pracowity żywot zmarłego, jak zresztą każdego człowieka, obdarzonego inicyatywą i żądnego czynu, nie był wolny od kolców i cierni. Wrażliwy i nerwowy z natury, odczuwał Glück boleśniej zapewne, aniżeli kto inny, to wszystko, co życie ciężkiego przynosi, odczuwał psychicznie i fizycznie. I ta wrażliwość była zapewne jednym z powodów jego długiej choroby serca i naczyń, która życie jego skróciła i przerwała pasmo dalszego działania. Szkoda go. Byłby mógł jeszcze niejedno zdziałać, mógłby był niejeden jeszcze rok być pożytecznym. Ale i to, co dane mu było dokonać, wystarczy, aby utrwalić imię jego na kartach działalności lekarzy w Bośni. Umierając mógł o sobie powiedzieć: *non omnis moriar*. Niech mu lekką będzie ta ziemia, na której najlepsze lata życia swego spędził, dla której wiele pracował. Niech mu pamięć i cześć i wdzięczność zachowa.

Prof. Dr L. Korczyński.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Po kilkoletnich staraniach, ponawianych na różne sposoby, powiodło się w Krakowie doprowadzić do rozpoczęcia nauki odkażania dla służby miejskiej. *»Ducunt volentem fata, nolentem trahunt«*... Kurs takiej nauki odbył się właśnie w tych dniach, a przy egzaminie było można stwierdzić, że uczestnicy tego kursu w liczbie siedmiu, z przedmiotem tym i przyszłem zadaniem nietylko w teoryi, lecz i praktycznie należycie się zaznajomili. Godziłoby się tylko, by przy egzaminach bywali obecni, jak to się dzieje gdzieindziej, przedstawiciele różnych kół lekarskich, dla upewnienia ich o poczynionych postępach, a to tembardziej, że o miejskiej dezynfekcyi krążyły, zwłaszcza w ostatnich latach, rozmaite wieści. Nie były one bezpodstawne, skoro odkażanie wykonywała dotąd służba miejska bez żadnego przygotowania, czysto mechanicznie, nie mając pojęcia, o co właściwie chodzi, i skoro w miejskim zakładzie odkażania, zbudowanym przed dwudziestu laty, zaszły z biegiem czasu, a zwłaszcza wskutek błędnego pojmowania przeznaczenia tego zakładu, zmiany, które z celem zakładu pozostają w zupełnej sprzeczności. Skoro teraz nareszcie postarano się o kilku ludzi, ukwalifikowanych do dokonywania odkażania, to uzasadnioną jest nadzieja, że w tym, dotąd zaniedbanym dziale administracyi miejskiej nastąpi zmiana na korzyść; że sprawa budowy miejskiego szpitala epidemicznego znajdzie się nareszcie na porządku dziennym obrad właściwych gron; że nastąpi reorganizacya miejskiego biura sanitarnego, nad której potrzebą zbyteczna się rozwodzić, i że w tem biurze wprowadzone będzie odpowiednio długie urzędowanie; że nastąpi oddawna zapowiadane powiększenie liczby lekarzy miejskich o trzech, jak tego wymaga i ustawa i istotna potrzeba; że wreszcie od kilku lat zapowiadana organizacya nadzoru lekarskiego w szkołach miejskich przestanie być *pium desiderium*.

— W tych przypadkach chorób zakaźnych, w których umieszczenie chorych w odpowiednim szpitalu z jakichkolwiek powodów okazuje się niemożliwem, cenny jest każdy środek, zmierzający ku temu, aby choroba zakaźna się nie rozwlekała. Otóż w Krakowie podał, jak się dowiadujemy, lekarz miejski Dr Schaitter myśl, by rodzinę chorego w odpowiednich odstępach czasu zaopatrywać »z urzędu« w dwa płócienne chałaty, czyli wierzchnie okrycia, używane obecnie powszechnie w szpitalach, jeden dla osoby pielęgnującej chorego, drugi dla lekarza, który chorego odwiedza, aby podczas każdej wizyty mógł przywdziewać chałat tak, jak to się czyni w szpitalu. Co kilka dni powinien po używane chałaty zgłaszać się sługa z urzędu, zabierać je do odkażenia i do prania wraz z bielizną i pościelą z pod chorego, pozostawiając natomiast w mieszkaniu chorego chałaty czyste. Projekt ten przedłożył Dr Schaitter magistratowi, przyczem poruszył też myśl, aby tak w mieszkaniu chorego, jak niemniej w mieszkaniach sąsiadów, pozostawiano w przypadkach chorób zakaźnych w mieście odpowiednie drukowane pouczenia o chorobie rozpoznanej. Postępowanie takie, zwłaszcza w przypadkach płonicy i innych ostrych osutek, byłoby bardzo pożądane; przyczyniałoby się ono do usuwania tak licznych jeszcze mylnych zapatrywań na choroby zakaźne i panujących pod tym względem przesądów. Miejska komisya sanitarna niewątpliwie poprzeć powinna wnioski Dra Schaittra, a innowacya ta powinna się przyjąć i w innych miastach. Wiadomości o chorobach zakaźnych, wydrukowane na osobnych kartkach, możnaby użyć we wszystkich miastach, bez szkody dla przedmiotu mógłby bowiem tekst tych objaśnień być zupełnie jednakowy.

Lwów. Krajowa Rada zdrowia wydała na posiedzeniu w d. 8. X. opinię co do podwyższenia taks za leczenie w szpitalach w Przemyślu, Gorlicach, Turce i Kałuszu, przedstawiła kandydatów na 2 posady starszych lekarzy powiatowych, zaleciła urządzenie na stacyi w Chodorowie szpitalika cholerycznego dla przejezdnych, nadała stypendyum z fundacyi Rappaporta słuch. med. Lautersteinowi we Lwowie, wydała opinię w sprawie ujednostajnienia taks za leczenie dzieci w całej Austryi, w sprawie planów kolonii poprawczej dla nieletnich przestępców i przydatności majątku Przedzielnica w pow. Dobromilskim na tę kolonię, w sprawie planów i gruntu pod szpital w Horodence i wreszcie w sprawie urządzenia prywatnej lecznicy dla zwierząt w Krakowie. — Na posiedzeniu w d. 19. X. przyjęto do wiadomości sprawozdanie o stanie cholery w Rosyi, o zarządzeniach, zapobiegających zawleczeniu zarazy do Galicyi, uchwalono postanowienia co do tłumienia cholery w razie zawleczenia jej do kraju; uznano płonicę w Krakowie za epidemię, wobec czego powinien być w Krakowie otwarty miejski szpital epidemiczny.

— Na posiedzeniu Wydziału Izby lek. wschodnio-galicyjskiej w d. 7. X. omówiono szereg spraw honorowych, wydano opinię o kandydacie na znawcę sądowego i załatwiono kilka spraw drobniejszych, na posiedzeniu zaś w d. 15. X. ukończono drugie czytanie projektu nowego regulaminu Izby wedle referatu Dra Papéego.

— Na ostatniem swem posiedzeniu uchwalił Sejm dla uczczenia 60-tej rocznicy rządów Franciszka Józefa I. założyć kolonię poprawczą dla nieletnich przestępców kosztem $1^1/_2$ miliona koron. Uchwała ta, jak podaje »Tygodnik lekarski« (42) jest w związku z dawniejszym już zamiarem założenia takiej osady na 150 chłopców w Przedzielnicy w pow. Dobromilskim.

— Dyplom doktorski otrzymał na Wydziale lekarskim lwowskim p. Lippe Pfau, rodem ze Lwowa.

— W Przemyślu powstaje koncesyonowany przez ministerstwo zakład badania środków spożywczych p. Rożańskiego, chemika miejskiego.

Warszawa. Odkąd z ustaniem wykładów w uniwersytecie warszawskim i szkoła felczerska również przestała być czynna, toczyły się u nas żywe rozprawy nad przekształceniem tej szkoły. Większość lekarzy była za zupełnem zniesieniem stanu felczerskiego, felczerzy znowu dążyli do tego, by szkoła dawała im prawa do stopnia pomocnika lekarskiego. Rada lekarska w Petersburgu oświadczyła się przeciw przekształceniu szkół felczerskich na średnie zakłady naukowe, przeciw dopuszczeniu felczerów do egzaminów na Wydziałach lekarskich, do samodzielnej praktyki lekarskiej i sądowo-lekarskiej. Natomiast opinię przychylną wydała Rada co do przyznania tym z pośród felczerów, którzy odbyli trzyletnią praktykę w szpitalach, prawa do zapisywania środków aptecznych z wyjątkiem środków, silnie działających, oraz do wykonywania operacyi z zakresu małej chirurgii, bez usypiania.

W Petersburgu podjęto myśl założenia katolickiego stowarzyszenia Sióstr Miłosierdzia św. Ducha. »Czerwony krzyż« natychmiast ogłosił, że bez jego kontroli tego rodzaju instytucye powstawać w państwie nie powinny. Władze jednak uznały ten pogląd za nieuzasadniony i wydały opinię przychylną, jest więc nadzieja, że ministeryum zatwierdzi statut Sióstr św. Ducha.

W czytelni Towarzystwa lekarskiego warsz. dawniej znajdowały się wszystkie omal czasopisma lekarskie polskie; dzisiaj znajdują się tylko dwa, (nadsyłane bezpłatnie), ponieważ z powodu złego stanu funduszów zaprowadzono i w tym dziale oszczędności. Otóż według mego zdania jest to oszczędność posunięta trochę za daleko. Jakież bowiem inne instytucye naukowe, jeżeli nie Towarzystwa lek. polskie, mogą nam dawać dokładny obraz całego naszego dorobku naukowego na polu lekarskiem?

Jak bardzo w Warszawie rozwielmożniła się ospa, sądzić można chociażby z tego, że w samym tylko szpitalu zakaźnym św. Stanisława na Woli jest dziś chorych na ospę 70.

Mieszkańcy przedmieść Warszawy, w których niema dotychczas ani wodociągów i kanalizacyi, ani nawet najprostszych higienicznych urządzeń, wnieśli do magistratu miasta wobec grozy coraz bardziej zbliżającej się epidemii cholery prośbę, by miasto podjęło środki do podniesienia warunków zdrowotnych tych przedmieść. *Dr L.*

— W Łodzi odbyć się ma w marcu 1908 wystawa dentystyczna.

Z różnych stron. Porządek dzienny posiedzenia »Koła lekarzy polskich« w Petersburgu w d. 9/21. X. 1907: 1) Dr Z. Biron: »Kilka słów o znaczeniu klinicznem nerki podkowiastej«. 2) Dr W. Święcicki: »O funkcyonalnej dyagnostyce przy chorobach nerek«. — Nadto omówioną być miała sprawa rozpoczęcia działalności »Związku Lekarzy i Przyrodników Polskich w Petersburgu« oraz sprawa udziału przyrodników w »Związku«.

— Na wydziałach lekarskich austryackich było w półroczu letniem b. r. 3,100 słuchaczy. Po Wiedniu (1,441) zajmował drugie miejsce Kraków (471, z tego 422 słuchaczy zwyczajnych, 32 słuchaczki zwycz., 4 słuchaczy nadzw., 13 hospitantek), poczem następują Praga — wydział czeski (373), Graz (267), Praga — wydział niemiecki (214), Lwów (184), w końcu Insbruck (150).

— Na wszystkich wszechnicach rosyjskich rozpoczęły się prawidłowe wykłady przy niezmiernym napływie słuchaczy, zwłaszcza na wydziały lekarskie.

— Ruch w kierunku stworzenia szkół nowego typu, uwzględniającego fizyczny rozwój młodzieży i indywidualność wychowanków, który w Anglii i we Francyi wytworzył kilka słynnych zakładów, a u nas od niedawna się krzewi, przeniósł się obecnie do Niemiec, gdzie powstanie wkrótce pierwsza państwowa szkoła tego rodzaju pod Berlinem w Dahlem. Według »Münch. med. Wochenschrift« (42), będzie to zakład wyposażony znakomicie. Zajmie on przeszło 25 morgów, na których prócz właściwej szkoły stanie szereg dworków, a w każdym z nich zamieszka 15 uczniów pod opieką jednego nauczyciela i jego pomocnika. Prócz zabaw ruchowych zaprowadzone będą w zakładzie warsztaty szkolne (u nas założone już w Krakowie przez ś. p. Jordana) i t. d.

— Nowy szpital kosztem 10 milionów koron postanowiła dla uczczenia 60-tej rocznicy panowania cesarza austryackiego ufundować Rada m. Wiednia.

— Kliniki berlińskie mają otrzymać kolejno nowe pomieszczenie. O koszcie tego przedsięwzięcia daje wyobrażenie suma $1^3/_4$ miliona marek, przeznaczona na budynki i urządzenia samej tylko II kliniki lekarskiej, obejmować mającej 150 łóżek.

— Międzynarodowe Towarzystwo urologiczne, zawiązane w Paryżu 8. X. pod przewodnictwem Guyona, Israela i Harrisona, odbędzie swój pierwszy zjazd w październiku 1908.

Zmarli: Dr Józef Madejski, dyrektor szpitała w Przemyślu; Dr Jakób Gutwein w Warszawie; Dr Piotr Bortnowski w Warszawie w 47 r. ż.; Dr Adam Rodziewicz, lekarz obwodu w Tyraspolu w 82 r. ż.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 30. października o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Krzyształowicz i Prof. Siedlecki: Demonstracya małpy, dotkniętej zaszczepioną kiłą. 2) Dr Radliński: Modyfikacye operacyi Bassiniego i operacyi żylaka powrózka nasiennego (varicocele) w związku z wynikami badań nad tętnicami jądra.

Posiedzenie sekcyi jarosławskiej Tow. lekarzy galic. we czwartek dnia 24. października 1907 o godzinie 6 wieczór w szpitalu powszechnym w Jarosławiu. Na porządku dziennym: 1) Demonstracya chorych, kol. Dr Zawadzki. 2) O migrenie ocznej, kol. Dr Turzański. 3) Wnioski członków w sprawach zawodowych.

Z Wydziału sekcyi jarosławskiej T. l. g.

Dr Puzon,	*Dr Feldmann,*	*Dr Czyżewicz,*
sekretarz nauk.	sekretarz administracyjny.	przewodniczący.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Kąpiele „Formica“ (Dr J. Weihs: »Kohlensäurebäder in der Herzterapie«. Aerztl. Centralztg. 1907, Nr 26). Kąpiele z kwasu węglowego, przystępne dotąd dla zamożnych pacyentów, obecnie dzięki kąpielom »Formica« zostały uprzystępnione szerszemu ogółowi. Dodanie eterycznych olejków, tanniny, soli żelazowych i manganowych, igieł sosnowych i t. d. dało możność różnych specyalnych zastosowań tych kąpieli. Dr Weihs poleca je przy leczeniu neurastenii, histeryi, anemii, skrofulozy, chorób kobiecych i gośćca. Piśmiennictwo i próbki przez: Ges. f. chem. u. pharm. Produkte Dr Adler u. Wild, Wien III, Marxerg. 17. *Ztr.*

Izoform, antyseptyczną pastę do zębów poleca w kuracyi rtęciowej przy stomatitis mercurialis Dr Siebert na podstawie swoich obszernych badań w klinice Neissera. Jestto środek dobry do pielęgnowania jamy ustnej wogóle, a zwłaszcza dla syfilityków. (Dr K. Siebert »Deut. med. Wochs.« 1907, Nr 7). Piśmiennictwo i próbki przez: Ges. f. chem. u. pharm. Prod. Dr Adler u. Wild, Wien III, Marxerg. 17. *Ztr.*

Jodofan (Dr J. Rosner w »Oester. Aerzt. Ztg. 1907, Nr 14) jest to środek zastępujący jodoform. Działanie jego stwierdzono bakteryologicznie i klinicznie. Jodofan nietylko zastępuje, lecz przewyższa jodoform dzięki swemu działaniu powstrzymującemu wzrost bakteryi, swej bezwonności, brakowi smaku i brakowi działania trującego. Nie drażni powierzchni ran, skóry i błon śluzowych. Wskazania: Przy ranach wydzielających, które należy posypywać bardzo cieniutko ze względu na silne działanie bakteryobójcze, przez co unika się strupa, powstrzymującego wydzielinę. Otoczenie rany natomiast należy pokrywać grubą warstwą jodofanu. Udaje się przez to przy sprawach nawet silnie zakaźnych uczynić wydzielinę nieszkodliwą i uniknąć ich rozszerzania się. Ranę pokrywa się zwykłym opatrunkiem suchym, względnie wilgotnym, do którego z korzyścią używa się gazy jodoformowej. (Najlepiej sprowadzać ją gotową z Chem. Institut Dr Horowitz, Berlin). Po nacięciu wrzodzianek zauważył autor szybkie gojenie się przy takiem postępowaniu, nigdy zaś nie spostrzegał zakażenia lub wyprysku. Wrzód miękki, posypany cienką a otoczony grubą warstwą proszku jodofanowego szybko w 8 przypadkach się zgoił. W przypadku wrzodu miękkiego uważa autor jodofan za wiele lepszy środek przeciwgnilny, niż inne. Rany cięte i szarpane nadają się szczególnie do leczenia jodofanem. Wielkie korzyści według autora przynosi stosowanie jodofanu przy owrzodzeniach pomiędzy fałdami odbytu, w zagłębieniach pachowych, na skórze między prąciem a workiem mosznowym, pomiędzy tym ostatnim a udami i t. d. Jodofan zapobiega zakażeniu przez zetknięcie i sprowadza przez to szybkie wyzdrowienie. *Hr.*

Rok XLVI. Kraków, dnia 2. listopada 1907. Nr 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Resekcya kątnicy.

Zarys techniki operacyjnej.

Podał

Dr Z. Radliński.

(Ciąg dalszy.)

Co do raka[3]) kątnicy, to tu rozważania nasze co do wskazań operacyjnych ustają, jak wogóle przy raku; oceniamy tylko wykonalność zabiegu doszczętnego. Chory z rakiem kątnicy, podobnie jak przy gruźlicy, zwraca się do chirurga przeważnie z dość daleko posuniętym nowotworem. To wynika z tego, że początkowe okresy choroby przebiegają dla chorego niepostrzeżenie, lub przy objawach tak niewyraźnych i nieznacznych, że nawet ci chorzy, którzy są pod opieką lekarzy, tracą czas na bezskuteczne próby leczenia wewnętrznego. Dopiero często po pierwszym silniejszym i wyraźniejszym ataku zwężenia jelit guz zjawiający się w okolicy dołu biodrowego prawego skierowuje ich we właściwe ręce.

Podobnie, jak co do zaniedbań raka odbytnicy musimy uwzględniać cenną radę Rydygiera, by przy najlżejszem podejrzeniu nie oszczędzać choremu, ani tem bardziej sobie, zbadania zapomocą palca, tak i tu za słuszną będziemy uważali wskazówkę Schloffera, by przy wszelkich, choćby lekkich i niewyraźnych objawach jelitowych przewlekłych ogromnie starannie obmacywać brzuch, a niejednokrotnie znajdziemy namacalną przyczynę obrazu chorobowego (naturalnie, po usunięciu skupień kałowych przez odpowiednie przygotowanie chorego).

Odróżnienie raka kątnicy od guza gruźliczego jest rzeczą trudną, a często niemożliwą. Autorowie zgodnie podają i nasze doświadczenie to potwierdza, że dokładne rozpoznanie udaje się nieraz dopiero przy pomocy mikroskopu. Żadnych swoistych chorobowych objawów oba te cierpienia nie mają. W obu mamy guz, napady zwężenia jelit, mniej lub bardziej przewlekły przebieg. Ruchomość guza, stopień twardości i nierówności jego, żywsza lub mniej żywa bolesność, wiek chorego zarówno w 2., 3., jak 5., 6. lat dziesiątku, wahania ciepłoty, stopień i rodzaj wyniszczenia, mogą w zestawieniu dać tylko mniejsze lub większe prawdopodobieństwo trafnego rozpoznania. Nawet znalezienie w kale prątków Kocha może, jak tego są przykłady, wprowadzić w błąd, ponieważ rak kątnicy bywa powikłany gruźlicą płuc i wtedy prątki pochodzić mogą z połykanej plwociny (Körte).

Rak kątnicy posiada pewne niewątpliwe a pomyślne cechy w porównaniu z rakiem innych okolic ciała. Przedewszystkiem uderza, że stosunkowo długo pozostaje on cierpieniem miejscowem, ograniczonem do miejsca swego powstania i najbliższych gruczołów chłonnych krezkowych. Pomimo, że jak wspomniałem, chorzy szukają pomocy chirurga przeważnie w posuniętych okresach choroby, wzmianki o przerzutach spotykamy rzadko (stosunkowo najczęściej w wątrobie). Dalej uderza okoliczność rzadkich, jak na raka, nawrotów choroby po zabiegach. Machard podaje zaledwie 3 przypadki takie na 53 operowanych doszczętnie (5,66%). Cyfra ta wygląda niezwykle pomyślnie, jeżeli nawet przypuścimy zbyt krótkie spostrzeganie i brak wiadomości o losach wielu chorych. Przypadki Körtego, Zimmermanna (Krönlein), Bakesa wykazują szereg wyleczeń zupełnych, trwałością swą znacznie przewyższających wymagany dla stwierdzenia uleczenia okres 3-letni. Przytoczę dla przykładu parę drobnych, ale wymownych cyfr. Körte na 5 operowanych doszczętnie przypadków raka kątnicy widział nawrót choroby raz jeden; drugi chory zmarł w ciągu roku niezależnie od zabiegu i raka, 3 pozostali żyją bez nawrotu $8^1/_2$, 6 i $5^1/_4$ roku; w pracy Zimmermanna widzimy wyleczenie po lat 14, 5, 5 i dwa poniżej 3 lat, o nawrotach nie ma mowy. Bakes przytacza 4 swoje przypadki bez żadnego nawrotu (co prawda najdawniejszy $3^1/_2$ roku). Spostrzeżenia to wprawdzie nieliczne, ale większych zestawień, dotyczących poszczególnie raka kątnicy, nie znalazłem w piśmiennictwie.

Nawet co do raka jelit wogóle, do wyprowadzenia odsetki nawrotów użyto w podręczniku Bergmanna, Brunsa i Mikulicza 1902 wyd. II, za podstawę zaledwie 24 przypadków, z wyleczeniem trwałem 37%. Trudno więc bez większego materyału statystycznego już teraz kusić się o ustalenie pewnej przeciętnej. Z drugiej strony nie mamy powodu danych powyższych uważać za wyjątkowe. Uderzająco mała ilość nawrotów wobec zwróconej w tym kierunku uwagi autorów stanowi w każdym razie okoliczność niezwykle pomyślną i zachęcającą.

W ogólnej ilości przypadków raka jelita grubego rak kątnicy zajmuje wybitne miejsce co do częstości. Przytoczone u Langemaka statystyki różnych autorów, z których największa (Leichtensterna) obejmuje 770 przypadków, najmniejsza (Rueppa) — 99, wykazują wahania od 4·1% do 10·1%.

[3]) Najczęściej spotyka się tu raki gruczołowate (*adenocarcinoma*), potem w porządku zstępującym co do częstości: rak włóknisty i galaretowaty (*scirrhus* i *carcinoma gelatinosum*).

Jeżeli wyłączymy najczęstsze, jak wiadomo, umiejscowienie w odbytnicy, to dane różnych autorów przedstawiać się będą w sposób następujący:

Krönlein (Zimmermann) na 36 przypadków — w kątnicy 9 (25%) (*flex. sigm.* 15);

Schloffer na 32 przypadków w kątnicy 15 (47%) (*flex. sigm.* 12);

Körte na 63 przypadków w kątnicy 15 (24%) (*flex. sigm.* 19);

Hochenegg na 46 przypadków w kątnicy 10 (22%).

Z ogólnego zestawienia przypadków Krönleina, Körtego, Czernego, Billrotha (Salzer), Königa wypada na 61 przypadków raka jelita grubego z wyłączeniem odbytnicy na raka kątnicy 30 (49%). Jak widzimy, z rakiem kątnicy może współzawodniczyć co do częstości jedynie rak jelita esowatego, inne umiejscowienia schodzą zupełnie na dalszy plan; w ogólnej ilości raków jelita grubego umiejscowienie w kątnicy zajmuje zatem drugie miejsce; pierwsze należy do odbytnicy.

Śmiertelność po resekcyi kątnicy rakowatej jest stosunkowo wysoką, wyższą niż przy gruźlicy. Machard podaje ją na 35·6% (na 53 przyp. — 21). Z zestawienia odsetkowego przypadków innych autorów, z prac których wyodrębniłem specyalnie przypadki raka kątnicy, wypada 36% [Krönlein 6 przyp. — 3 śmiert., Schloffer 9 przyp. — 6 śmiert., Körte 6 przyp. — 0 śmiert., Bakes 4 przyp. — 0 śmiert. Razem 25 przyp. — 9 zejść śmiert. (36%)]. Statystyka de Bovisa, podana przez Kauscha i Mikulicza, podaje na 104 przypadków 38·4% śmiertelności, wogóle co do jelita grubego.

Nic dziwnego, że tak wysoka śmiertelność przy sposobie jednoczasowym wywołała dążenia do odmian i spowodowała powstanie, szczególnie dla raka, metod wieloczasowych.

O ile można wnosić ze statystyki śmiertelności zabiegów łagodzących [de Bovis: utworzenie przetoki kałowej 38·6%, połączenie sztuczne jelit 27·5%; Machard: usunięcie guza i założenie odbytu sztucznego — 20%], a takim przecież jest zawsze pierwszy akt każdego ze sposobów wieloczasowych, nadzieje, w sposobach tych pokładane, nie powinny, zwłaszcza przy raku, sięgać zbyt daleko, szczególnie, jeżeli na domiar zważymy uciążliwy i długi przebieg leczenia i konieczność poddawania chorych ponownym, nie obojętnym zabiegom.

Z cyfr powyższych możemy wyprowadzić jeszcze jeden wniosek, a mianowicie, że ten sam zabieg operacyjny, wykonany z powodu raka częściej da zejście niepomyślne, niż dokonany z innego wskazania. To samo da się powiedzieć o zabiegach na innych odcinkach jelit, a także o połączeniu sztucznem żołądka z jelitem (gastroenterostomia). Spostrzeżenie to każe nam chorych z rakiem przewodu pokarmowego wyosobnić w szczególnie mało odporną na zabieg operacyjny grupę. Pozostawiając na uboczu przyczynę tego zjawiska, które zależy od zatrucia toksynami rakowemi, swoistego wyniszczenia, czy innych okoliczności, musimy je zawsze brać pod uwagę przy stawianiu bezpośredniego rokowania.

Mięsak kątnicy zdarza się na ogół rzadko (p. wyżej); przypadki opisane przedstawiały przeważnie mięsak limfatyczny (*lymphosarcoma*). Jeden taki przypadek mamy, jak wspomniałem, wśród swoich spostrzeżeń. Rozpoznanie tego typu guza kątnicy jest możliwe dopiero po, a najwcześniej w czasie zabiegu operacyjnego. Zarówno wygląd makroskopowy przekroju guza, jak i zajęcie gruczołów krezkowych łudząco przypominają raka, a rozstrzyga dopiero badanie drobnowidowe. Przebieg pooperacyjny wykazuje częste nawroty.

Promienica kątnicy rzadko nadaje się do resekcyi, ponieważ choroba szybko przechodzi poza ścianę jelita na otoczenie i przez to uniemożliwia zabieg doszczętny. Körte (1895) zwraca uwagę, że promienicę kątnicy rzadko spotkamy w postaci guza, nasuwającego myśl o resekcyi, a nawet w razie rozpoznania promienicy odradza resekcyę, jako prawie nie dającą widoków wyleczenia. Przeważnie będziemy mieli do czynienia z uderzająco, charakterystycznie twardym naciekiem ściany brzusznej przedniej (i tylnej, włącznie z mięśniami i nawet kością biodrową) z przetokami, wydzielającemi swoiste dla promienicy składniki, co uchroni od pomyłki rozpoznawczej i niewłaściwego zabiegu.

Rzadkości innych, ograniczonych do kątnicy i nadających się do resekcyi postaci promienicy dowodzi fakt, że w piśmiennictwie znajdujemy zaledwie 2 przypadki odnośne, opisane przez Hofmeistera (cyt. u Brunnera 1907) pod nazwą osobną: *Actinomycoma intramurale*, z których jeden nawet przy badaniu drobnowidowem pozostawił jeszcze pewne wątpliwości,

Nie mówię tu o na ogół częstszych i przez czas dłuższy ograniczonych do miejsca swego powstania przypadkach promienicy wyrostka robaczkowego. W okresach początkowych przypadki te należą do chirurgii wyrostka, w okresach późniejszych szybko zlewają się w jedną grupę z tą postacią, którą jako podstawową dla promienicy zaznaczyłem.

Z innych spraw, które mogą dać wskazanie do resekcyi kątnicy, wymienię wgłobienie, w porównaniu z innymi odcinkami jelit, spotykane tu, jak wiadomo, najczęściej i powstające już to wskutek nowotworu (rak, mięśniak), już to bez niego, dalej przetoki ropno-kałowe, sztuczny odbyt kątniczy, przewlekłe nacieki zapalne i zwężenia przymiotowe. Największa część przetok okolicy kątniczej powstaje w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego, i ich leczenie należy do chirurgii tegoż wyrostka. Dalej spotykamy tu przetoki gruźlicze, pochodzące z gruźlicy kątnicy. Towarzyszą one przeważnie temu okresowi gruźlicy jelita ślepego, kiedy już o operacyi doszczętnej nie ma mowy i kiedy w grę wchodzą zabiegi paliatywne, (zespolenie okolne, wyłączenie), dające w tych właśnie przypadkach nieraz nadspodziewanie pomyślne wyniki. (C. d. n.)

Ciśnienie krwi, prawdziwa wielkość tętna, oraz szybkość tętna w różnych stanach chorobowych.

Podał

Władysław Janowski

Docent Akademii i ordynator Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Odczyt, wygłoszony w Tow. Lek. Warszawskiem dnia 24. września 1907).

(Dokończenie).

3. Cierpienia nerek. Spostrzegałem i badałem ciśnienie krwi ogółem w 30 przypadkach zapalenia nerek.

Niekorzystny zbieg okoliczności sprawił, że przypadek ostrego zapalenia nerek mogłem zbadać tylko jeden. Przebiegał on wśród ciągle nasilających się objawów mocznicy i przy jednoczesnem zapaleniu płuc, przy ciepłocie 38⁰,4 do 38⁰,6. Mx wahało się w tym przypadku od 150 do 182, PD od 27 do 52, a PG od 90 do 122. Słowem, w przypadku tym ciśnienie krwi ani tętna wzmożone nie było, co Loeb (43) oraz Krehl (41) uważają za rzecz zwykłą w przypadkach ostrego zapalenia nerek, przebiegającego na szczycie zakażenia, a czemu, jako zasadzie ogólnej, przeczą 4 spostrzeżenia Geisboecka (21). Dla wszystkich innych przypadków ostrego zapalenia nerek cechującem jest znaczne podniesienie ciśnienia krwi, nasilające się w miarę wystąpienia objawów mocznicy, jak to zgodnie potwierdzają co do mocznicy Neu (49), Buttermann (10), Krehl (41), Loeb (43), Fellner (16, 17), Geisboeck (21) i inni, co do drgawek płodowych zaś Vaquez (70), Sarafow, Queirel et Reynaud, Pinard, Wissner oraz inni.

W przypadkach przewlekłego zapalenia nerek (21), (pomijam tu powyżej omówionych 10 przypadków tego cierpienia na tle stwardnienia naczyń, cechujących się stale bardzo wysokiem ciśnieniem krwi), stwierdzałem bardzo niejednolite zachowanie się zarówno Mx, jak i PD. Mx wahało się w moim materyale od 115 do 180, a w dwóch przypadkach do 198 mm Hg. Przy wystąpieniu objawów mocznicy Mx stale znacznie się wzmagało. Pomiędzy zaś nasileniem się samego tylko białkomoczu a Mx związku ustalić nie mogłem. To samo dotyczy PG, które wahało się w moich przypadkach pomiędzy 107 a 175 mm Hg. PD wahało się od 29 do 118 mm. W zachowaniu się jego oraz różnicy PRr — PG przy zapaleniu nerek zauważyłem te same kombinacye, które omówiłem już przy cierpieniach serca. Dlatego nie będę tutaj ich powtarzał, ani też nie będę wyciągał tu z nich wniosków co do tego, czy można lub nie można sądzić w poszczególnych przypadkach o stanie krążenia krwi z zachowania się Mx, PD, PG oraz różnicy PRr — PG, gdyż wnioski te są podobne do omówionych powyżej przy cierpieniach nerek.

Szybkość tętna była w znacznej części przypadków pospolitego przewlekłego zapalenia nerek powyżej normy, wynosząc według mego współczynnika często 6, a nadto dochodząc w poszczególnych przypadkach do 8,0; 10,3; 11,9; 12,6, co zależało już od jednoczesnego powiększania się Mx i zmniejszania się TAP.

Z innych autorów już Potain uważał wzmożenie Mx za jeden z objawów, upoważniających do wczesnego rozpoznania przewlekłego cierpienia nerek. Geisboeck i Laqueur spostrzegali przy tem cierpieniu znaczne PG. Hensen znajdował Mx od 115 do 160 mm Hg; wzmagało się ono przy objawach mocznicy i spadało po pilokarpinie, po zabiegach napotnych lub po obfitem przeczyszczeniu chorych. Różne zachowanie się Mx przy przewlekłem cierpieniu nerek podkreślają też Buttermann oraz Fellner. Fellner znajdował przy tem Mx w granicach od 170 do 280 mm Hg i twierdzi, na równi z Geisboeckiem, że ciśnienie krwi nie jest wzmożone w przypadkach zapalenia nerek, towarzyszących gruźlicy płuc lub skazie moczanowej. Przyczyna, dla której ciśnienie krwi wzmaga się przy wystąpieniu objawów mocznicy, nie jest dostatecznie znana. Krehl, Loeb i Pal winią o to kłębki Malpighiego. Muenzer (47) twierdzi nawet, że nie ma podniesienia ciśnienia krwi przy zapaleniu nerek bez zajęcia ich naczyń włosowatych. Rola soli w tej sprawie nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnioną, jak to piszą Ambard i Beaujard (1). Zdaje się jednak, że wzmożenie Mx przy mocznicy zależy od wessania się znaczniejszej ilości związków, zwanych po niemiecku ogólnie »Reststickstoffsubstanzen«. Działanie ich, podnosząc Mx, jest z punktu widzenia patologii ogólnej tem ciekawsze, że byłaby to, jak słusznie piszą Ambard i Beaujard, jedyna dotąd trucizna żywotna, która nie obniża ciśnienia, lecz je podnosi.

Co do przypadków śródmiąższowego zapalenia nerek, to Mx wahało się w moich 8 spostrzeżeniach od 182 do 260 mm Hg, przy PD od 54 do 95 mm Hg. PG wahało się w 6 przypadkach od 120 do 186 mm Hg, a w dwóch z pomiędzy nich od 230 do 250 mm Hg. Znaczna wysokość Mx przy tej postaci zapalenia nerek jest faktem ogólnie uznanym. Zwracają na nią uwagę z najnowszych autorów Hensen, Buttermann, Fellner, twierdząc słusznie, że przy tem Mx dochodzi do liczb najwyższych, a Sasaparel spostrzegał nawet raz Mx = 320 mm Hg, podług przyrządu Potaina. Mojem zdaniem, tylko miażdżycowe zapalenie nerek *(nephritis arteriosclerotica)* współzawodniczy co do wysokości ciśnienia krwi z zapaleniem nerek śródmiąższowem. PD dochodzi przy tem cierpieniu również do liczb bardzo wysokich, w moim materyale aż do 108 mm Hg.

Wskutek znacznej wysokości PD, tętno, które wydaje się czasami przy tem cierpieniu przy powierzchownem jego badaniu wolnem, okazuje się przy dokładniejszem rozpatrzeniu jego krzywej, stale szybszem od normy. W moich przypadkach śródmiąższowego zapalenia nerek współczynnik szybkości tętna wahał się od 5,3 do 11,9.

4. Choroby zakaźne.

a) Przypadki włóknikowego zapalenia płuc stanowią wdzięczny materyał do prowadzenia systematycznych badań nad zmianami ciśnienia krwi z powodu szybko przy tem cierpieniu następujących zmian w krążeniu. Przypadków tego cierpienia zbadałem 20. Co do Mx, to w okresie gorączkowym wahało się ono w 18 przypadkach od 80 do 124 mm Hg, czyli było w dolnych granicach normy; w jednym wynosiło początkowo 142, w jednym zaś 144 mm Hg. PD wahało się w okresie gorączkowym w 14 przypadkach w granicach normy (24—40 mm Hg), a w 6 było powyżej niej, 42 do 54 mm Hg. W ogóle zaś PD stanowiło 22% do 40% wielkości Mx. PG wahało się w 15 przypadkach pomiędzy 75 a 110 mm Hg, a w 5 od 53 do 62 mm Hg. Różnica pomiędzy PRr i PG wahała się w 18 przypadkach pomiędzy 10 a 40 mm Hg, w jednym wyniosła 56, a w jednym aż 77 mm Hg. Żadnego związku pomiędzy wielkością Mx, PD i PG oraz pomiędzy różnicą PRr — PG, a stanem ogólnym chorego, zwłaszcza zaś ciepłotą jego ciała, dopatrzyć się nie mogłem. Wszystkie bowiem te wielkości wahały się w przebiegu choroby bez wszelkiej prawidłowości. — W okresie zdrowienia Mx było w 16 przypadkach stale wyższe od Mx w okresie gorączkowym (o 4 do 30 mm Hg), w 4 zaś było stale niższe od Mx w okresie gorączkowym, a mianowicie o 13 do 31 mm Hg. Przytem w 11 przypadkach podniesieniu Mx w okresie

zdrowienia towarzyszyło również podniesienie się PG oraz PD; w 4 przypadkach opuszczeniu się Mx o 13 do 31 mm Hg towarzyszyło jednocześnie zmniejszenie się PD o 16 do 24 mm Hg i zmniejszenie się PG o 10 do 22 mm Hg. W pozostałych 5 przypadkach żadnej prawidłowości pod tym względem nie było, tak że np. podniesieniu się Mx o 7 do 18 mm Hg towarzyszyło zmniejszenie się PD o 9 do 18 mm Hg, przyczem PG jednocześnie wzrastało (o 8 resp. 12 mm Hg), a trzy razy spadało (o 10 do 15 mm Hg). — Słowem, bezstronne rozpatrzenie się w liczbach pozbawia nas wszelkiej możności sądzenia z Mx, PD i PG o stanie krążenia przy włóknikowem zapaleniu płuc. Jedno tylko przyznać można, że, na ogół biorąc, ciśnienie krwi jest w przebiegu tej choroby poniżej normy i że długo do niej nie wraca. W najcięższych przypadkach włóknikowego zapalenia płuc stwierdzałem nieraz wybitną nierówność tętna na jego krzywej tętnopisowej oraz zapomocą manometru, tak że określenie ciśnienia krwi natrafiało wtedy na poważne trudności. Nadto przekonałem się, że istotnie zgodnie z twierdzeniem Broeckinga (9), w najcięższych przypadkach krupowego zapalenia płuc ciśnienie krwi przy siadaniu chorego z pozostawieniem nóg chorego na łóżku (pozycya B tego autora), może opadać o 14 mm Hg i więcej, co dowodzi, iż sprawność obwodowego układu naczyniowego ulegać może przy tej chorobie poważnemu zaburzeniu.

Co do szybkości tętna, to jej współczynnik może się zmieniać przy włóknikowem zapaleniu płuc rażąco z dnia na dzień z powodu ciągłych zmian w PD, TAP i TDP. Np. znajdowałem w ciągu 10 dni kolejno CCP równe 4,2; 6, 5... 3,9... 4,5 i 1,2. Wogóle CCP trzyma się przy tem cierpieniu najczęściej w granicach normy, przekraczając ją stosunkowo rzadko z powodu, iż, jak mówiłem, PD tylko w mniejszości przypadków było powyżej normy. Tylko w okresie bezgorączkowym CCP było 2 razy poniżej normy. W obu razach wpłynęło na to znaczne powiększenie TAP: raz do 0,09 sek. i raz do 0,165 sek.

Z powodów, omówionych szczegółowo przy cierpieniach serca, nie przytaczam tu oceny iloczynu PD. p, ani Q. Strasburgera, pomimo że posiadam całe serye odpowiednich liczb. Nie mają one bowiem same przez się znaczenia dla oryentowania się w stanie krążenia krwi w przebiegu włóknikowego zapalenia płuc.

b) O przypadkach duru powrotnego (badałem ich 8 systematycznie) mógłbym powiedzieć dosłownie to samo. I tu również, na ogół biorąc, Mx, PD i PG wahają się stale w dolnych granicach normy, przyczem PG bywa nawet bardzo nizkie (65, resp. 60, 50, 43 mm Hg), a różnica PRr — PG nie przekracza zwykłej normy. Tylko w jednym przypadku Mx wyniosło 142 przy PD 57.

c) Przy uważnem rozpatrzeniu wielu setek liczb, zebranych przy systematycznem badaniu ciśnienia krwi u chorych na dur brzuszny (10 przyp.), na gościec stawowy (8 przypadków, z których 3 powikłane zapaleniem wsierdzia), grypę (5 przypadków) i zapalenie opłucnej (5 przypadków), doszedłem również do wniosku, że i przy tych cierpieniach nie ma żadnego związku pomiędzy stanem ogólnym chorych, a wielkością oraz kierunkiem zmian w Mx, PD, PG i różnicy PRr — PG. Dla uniknięcia więc powtórzeń, tych grup chorych poszczególnie tu nie rozpatruję.

d) Bliższą uwagę pragnę tu zwrócić na przypadki gruźlicy płuc. Zbadałem ich 50. Co do Mx, to wahało się ono w 38 przypadkach od 88 do 120 mm Hg, 8 razy od 122 do 140 mm Hg, w 2 przypadkach wynosiło po 145 mm Hg, przyczem jeden z nich był powikłany gruźliczem zapaleniem opon mózgowych, w jednym zaś Mx wynosiło 155 i w jednym 166 mm Hg. Ostatni przypadek był powikłany zapaleniem nerek. Widzimy więc, że Mx znajduje się przy gruźlicy płuc najczęściej znacznie poniżej normy, co przyznają i inni autorowie, jak Hensen, F. Klemperer i Fellner (17). Fellner twierdzi nadto, że nawet powikłanie zapaleniem nerek nie wpływa przy gruźlicy płuc na podniesienie Mx. Przeczy temu jedno moje spostrzeżenie (Mx = 166) oraz podobne spostrzeżenie Hensena (Mx = 250 mm Hg), chociaż w drugim moim podobnym przypadku Mx wynosiło tylko 121 mm Hg.

Co do PD, to w 20 moich przypadkach gruźlicy płuc wahało się ono w granicach od 15 do 30 mm Hg, w 18 od 31 do 40, w 6 — od 42 do 50 i w 6 — od 52 do 60, czyli że przypadków z PD powyżej normy spostrzegałem tylko 12 na 50.

PG określałem tylko w 30 przypadkach (z powodu czasowego zepsucia tonometru Gaertnera), przyczem okazało się, że w 15 z nich PG było poniżej 80 mm Hg dochodząc do 64, a nawet 57; w 9 przypadkach PG wynosiło 81 do 88, w 5 — 90 do 100 i tylko w jednym przypadku, powikłanym zapaleniem nerek, PG wyniosło 120 mm Hg. Słowem, PG wypadało w moich przypadkach gruźlicy płuc nizkie. Podobne spostrzeżenia poczynili dotąd Naumann (48), Geisboeck (21), Schuele (64), Gałecki (10) oraz inni. Prawdopodobnie toksyny laseczników gruźliczych, które działają w sposób bardzo żywy na układ naczynioruchowy, jak tego dowodzi łatwe rumienienie się, pocenie się i zaziębianie osobników gruźliczych oraz występowanie u nich przemijających zaburzeń żołądkowych i jelitowych, porażają nerwy zwężające naczynia i przez to wpływają na obniżenie ciśnienia krwi w dostępnych naszemu badaniu częściach ustroju, chociaż niedawno ogłoszone doświadczenia E. Bauera (3) ze wstrzykiwaniem tuberkuliny starają się temu przeczyć. Nadzwyczajne rozluźnienie naczyń obwodowych jest prawdopodobnie powodem, dla którego spotykałem przy gruźlicy płuc w 7 przypadkach bardzo małe TAP tętna, a mianowicie 5 razy TAP = 0,04 sek., a 2 razy tylko 0,035 sek. Wskutek tego w 6 z tych 7 przypadków współczynnik szybkości tętna był w górnych granicach normy lub nieco powyżej niej (około 4), pomimo nieznacznego PD. Tak samo zachowywał się też CCP w 4 przypadkach z powiększonem PD, w 2 zaś, przy PD = 54 resp. 60 mm Hg, wynosił on nawet 7,0 resp. 7,4.

5. Co do pozostałych 58 przypadków, na które złożyły się przypadki raka żołądka i przełyku (12), nadkwaśności żołądka (5), zapalenia dwunastnicy (2), nerwobolu międzyżebrowego (3), rozedmy płuc (3), nerwic urazowych (2) oraz pojedyncze spostrzeżenia wiądu rdzenia, moczówki cukrowej i innych chorób, to i w nich Mx, PD i PG nie dawały również żadnego pojęcia o stanie krążenia, ani też o stanie ogólnym chorych. Nawet przypadki z daleko posuniętem wyniszczeniem wskutek raka dawały w 7 moich przypadkach liczby normalne i tylko w pozostałych 5 — nieco niższe od normy, i to nie stale. Ciekawy był tylko

jeden przypadek wiądu rdzenia, w którym mogłem przekonać się dowodnie, że wystąpieniu przełomów żołądkowych towarzyszy podniesienie ciśnienia krwi i kurcz naczyń obwodowych. Chory ten (lat 38) miał zazwyczaj Mx około 130 do 140 mm Hg, PD około 28 do 34 mm Hg i PG około 100 mm Hg. Podczas napadu żołądkowego liczby te wynosiły w ciągu dwóch dni: Mx 194 do 209, PD 75—79 i PG 162 do 168 mm Hg. Po przeminięciu napadu wszystkie liczby powróciły do poprzednich granic normy. Przypadek ten potwierdza więc spostrzeżenia Pala (51, 52).

Kończąc niniejszą pracę, muszę na zasadzie powyżej rozpatrzonego materyału wypowiedzieć zdanie, że dotychczasowe sposoby korzystania z danych sfigmomanometrycznych, dotyczących ciśnienia krwi, nie dostarczają nam danych ani do należytej oceny sprawności serca w każdym poszczególnym przypadku, ani do zoryentowania się, jaka część stwierdzanego klinicznie ciśnienia krwi zależy od pracy serca, a jaka od oporu naczyń obwodowych. Dlatego też w swej pracy o czynnościowej dyagnostyce serca (35) starałem się dowieść, że nawet przy próbach z pracą serca korzystanie w klinice z dotychczasowych danych sfigmomanometrycznych, jako uwzględniających tylko ciśnienie krwi statystycznie w formie Mx, PD i PG, nie daje bynajmniej dostatecznych podstaw do pogłębienia wyników badania sprawności serca, otrzymywanych na innej drodze. Potrzebne są, jak to w powyższej pracy starałem się dowieść, inne, bardziej ulepszone sposoby wyzyskania danych sfigmomanometrycznych. Być może, że jednym właśnie z tych ulepszonych sposobów korzystania z badań nad ciśnieniem krwi okaże się zalecona świeżo przez Sahliego (60) sfigmobolometrya, jako dążąca do porównawczego określania pracy serca różnych osobników w gramomilimetrach. Sprawdzenie wartości klinicznej tej metody badania stanowi właśnie temat moich dalszych poszukiwań.

Piśmiennictwo.

1. Ambard i Beaujard: Arch. gen. de méd. 1904 p. 520. — 2. v. Basch S.: Ueber die Messung des Kapillardrucks am Menschen und deren physiologische und klinische Bedeutung. Wien. klin. Rundschau 1900 Nr. 28—29, p. 549. — 3. Bauer E.: Ueber das Verhalten des Blutdrucks nach Tuberculininjektionen. Ztschr. f. kl. Med. 1907 Bd. 62, p. 362. — 4. Bing J. H.: Ueber Blutdruckmessung bei Menschen. Berl. klin. Woch. 1906 Nr. 52, p. 1650—1654. — 5. Bittorf A.: Zur Symptomatologie der Aortensklerose. Deut. Arch. f. klin. Med. 1904, Bd. 81 H. 1—2, p. 65—113. — 6. Bittorf A.: Weitere Untersuchungen über den Blutdruck u. die Herzhypertrophie bei Aortensklerose. Mün. med. Woch. 1907, Nr. 18. — 7. Bloch: Comptes rendus de la soc. de biologie. 1888, p. 84—86. — 8. Bożowskij: Kliniczeskija nabludienia nad sostojaniem krowianowo dawlenia pri aktiwnoj i passiwnoj hiperemii. Dissert. Petersburg 1905, 8⁰, p. 92. — 9. Bröcking E.: Ein Beitrag zur Funktionsprüfung der Arterien. Zeit. f. exp. Path. u. Ther. 1907 Bd. IV H. 1. — 10. Butterman: Einige Beobachtungen über das Verhalten des Blutdrucks bei Kranken. Deut. Arch. f. klin. Med. 1902 Bd. 74, p. 1—10. — 11. Cyplajew P. I.: O wlijanii napierstianki na krowianoje dawlenie w arteriach, kapilarach i wenach u serdecznych bolnych z razstrojstwom kompensacyi. Dissert. Petersburg 1903, 8⁰, p. 100. — 12. Doleschal: Vergleichende Untersuchungen des Gärtner'schen Tonometer mit dem v. Basch'schen Sphygmomanometer. Dissert. Basel 1900. — 13. Dunin: Ueber Blutdruck bei Arteriosklerose. Zeitschr. f. kl. Med. 1904 Bd. 54 H. 56, p. 353 oraz Gaz. Lek. 1904. — 14. Erlanger J. i Hooker D. R.: An experimental study of bloodpressure and pulspressure in man. John Hopkins Hospital Reports. 1904 Vol. XII, p. 145—378. — 15. Ettinger W.: Wysłuchowa metoda określenia ciśnienia krwi i jej wartość praktyczna. Medycyna 1907 Nr. 25 i 26 oraz Wien. kl. Wochs. 1907 Nr 33. — 16. Fellner Br.: Klinische Beobachtungen über Blutdruck, pulsatorische Druckzunahme (PD), sowie ihre Beziehungen zur Pulskurve. Deut. Arch. f. klin. Med. 1905 Bd. 84 H. 5—6, p. 406—448. — 17. Fellner Br.: Klinische Beobachtungen über den Wert der Bestimmung der wahren Pulsgrösse (Pulsdruckmessung) bei Herz- u. Nierenkranken. Deut. Arch. f. kl. Med. 1906 Bd 88 H. 1—3, p. 1—35. — 18. Fleischer: Ueber turgotonographische Pulsdruckuntersuchung. Berl. klin. Woch. 1907 Nr. 35, p. 1108. — 19. Fuerst u. Soetbeer: Experimentelle Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Füllung u. Druck in der Aorta. Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1907 Bd. 90 H. 1—2, p. 190—208. — 20. Gałecki St.: Tętno i ciśnienie krwi u chorych na gruźlicę płuc. Medycyna 1906 oraz Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1906, Bd. 4 H. 3, p. 269. — 21. Geisboeck F.: Die Bedeutung der Blutdruckmessung für die Praxis. Deut. Arch f. kl. Med. 1905 Bd. 83 H. 1—4, p. 363—408. — 22. Gottlieb i Magnus: Ueber die Gefässwirkung der Körper der Digitalisgruppe. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1902 Bd. 47, p. 135—164. — 23. Grebner i Gruenbaum: Ueber den Einfluss der Muskelarbeit auf den Blutdruck. Wien. klin. Woch. 1899, Nr. 45 oraz Wien. med. Presse 1899 Nr 49. — 24 Gross A.: Zur Kenntniss der pathologischen Blutdruckänderungen nach Beobachtung von weil. Dr H. Hensen. Deut. Arch. f. kl. Med. 1902 Bd. 74 H. 3—4, p. 290—316. — 25. Hensen H.: Beiträge zur Physiologie u. Pathologie des Blutdruckes. Deut. Arch. f. kl. Med. 1900 Bd. 67, p. 436—530. — 26. Hesse: Ueber Blutdruck- u. Pulsdruckamplitude des Gesunden. Verh. des 24 Kongr. f. inn. Med. 1907 Bd. 24, p. 408. — 27. Hill i Barnard: Brit. med. Journ. 1897 2. XI. — 28. Horner A.: Ueber den Vorhofdruck bei Klappenfehlern. Mün. med. Woch. 1904, Nr. 32, p. 1425—1427. — 29. Horner A.: Ueber Blutdruckuntersuchung mit den Sphygmoscop nach Pal. Deut. med. Woch. 1907 Nr. 19, p. 753—756. — 30. Huchard: Maladies du coeur et de l'aorte. 3 Volumes. Paris 1899—1905. — 31. Janeway Theodor C.: Some observation on the estimation of bloodpressure in man, with the special reference to the value of the results obtained with the new Sphygmomanometer. The New York University Bulletin of the medical sciences 1901 July Nr 3, p. 105—124 (Odczyt z 8. IV. 1901). — 32. Janowski W.: Współczynnik szybkości tętna w stanach normalnych i patologicznych. Gazeta Lek. 1907 Nr. 8—10. To samo po niem. Verh. des 24 Kongr. f. inn. Med. 1907 oraz Coefficient der Pulscelerität. Zeitsch. f. kl. Med. 1907. — 33. Janowski W.: O minimalnych wahaniach w trwaniu poszczególnych fal tętna w stosunkach prawidłowych i patologicznych. Przegl. Lek. 1907 Nr 15 i 16 oraz Deut. Arch. f. kl. Med. 1907. Bd. 91, p. 240. — 34. Janowski W.: O badaniu zapasowej energii serca zapomocą ucisku na tętnice biodrowe i o spostrzeganych przy tem zmianach w krzywej tętna. Czasop. Lek. 1907 Nr. 3. To samo po niem. Wien. klin. Woch. 1907 Nr. 16. — 35. Janowski Wł.: Funkcyonalna dyagnostyka serca. Nowiny Lek. 1907 Nr. 10—12. — 36. Kapsammer G.: Blutdruckmessungen mit Gärtnerschem Tonometer. Wien. klin. Woch. 1899 Nr. 51. — 37. Klemperer F.: Zur Methodik u. Bedeutung der Pulsdruckmessung. Deut. med. Woch. 1907 Nr. 23, p. 919. — 38. Kołosow: Ob izmienieniach krowianowo dawlenia pod wlijaniem goricwieta. Dissert. Petersb. 1903 8⁰, p. 202. — 39. Korotkow: Izwiest. Woj. Med. Ak. 1905. T. XI Nr 4. Grudzień, p. 395. Doniesienie tymczasowe. — 39 a. Korotkow: Izwiest. Woj. Med. Ak. 1906. T. XII Nr. 2, p. 254. — 40. v. Koziczkowsky Eugen: Ueber Turgo-Sphygmographie und ihre Verwendung für Pulsdruckbestimmungen. Berl. klin. Woch. 1907 Nr. 13, p. 369. — 41. v. Krehl: Pathologische Physiologie. 1898. Leipzig. — 42. Kuelbs: Zur Pathologie des Blutdruckes. Deut. Arch. f. kl. Med. 1905 Bd. 84 H. 5—6, p. 518—528. — 43. Loeb A.: Ueber Blutdruck und Herzhypertrophie bei Nephritikern. Deut. Arch. f. kl. Med. 1905 Bd. 85 H. 3—4, p. 348—359. — 44. Masing E.: Ueber das Verhalten des Blutdruckes des jungen und bejahrten Menschen bei Muskelarbeit. Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1902 Bd. 74, p. 253 oraz Nachtrag. Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1903 Bd. 75, p. 493. — 45. Moebius: Basedowsche Krankheit. Nothn. spez. Path. u. Ther. Bd. XXII, p. 23. — 46. Mueller Ottfried: Ueber den Einfluss von Bädern und Douche auf den Blutdruck beim Menschen. Deut. Arch. f. klin. Med. 1905 Bd. 74, p. 316. — 47. Muenzer E.: Ueber Blutdruckmessung u. ihre Bedeutung nebst Beiträgen zur funktionellen Herzdiagnostik. Zeit. f. exp. Path. u Ther. 1907 Bd. IV. H. 1. — 47 a. Muenzer E.: Ein Apparat zur objektiven Blutdruckmessung. Münch. med. Woch. 1907, Nr. 37, p. 1809. — 48. Naumann: Zeits. f. Tuberk. Bd. 5 H. 2. — 49. Neu M.: Experimentelle u. klin. Blutdruckuntersuchungen mit Gärtners Tonometer. Dissert. Heidelberg 1902. — 50. Oliver Georg: Haemomanometry in man. Lancet. Nr. 4273 1905 22. VI. p. 201—206. — 51. Pal I.: Ueber Gefässkriesen u. deren Beziehung zu den Magen- und Bauchkriesen der Tabiker. Mün. med. Woch. 1903 Nr. 49, p. 2135—2139. — 52. Pal I.: Gefässkriesen. Leipzig 1905. p. 238. — 53. Pal I.: Ein Sphygmoscop zur Bestimmung des Pulsdruckes. Zentr. f. inn. Med. 1906 Nr. 5. — 54. Potain: Du Sphygmomanometre et de la mesure de la pression artérielle chez l'homme. Arch. de phys. normale et pathologique. 1889 I. 5 Série, p.

556—559. — 55. v. Recklinghausen: Unblutige Blutdruckmessung. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1906. Bd. 55, p. 375. — 56. v. Recklinghausen: Unblutige Blutdruckmessung des Blutdrucks in den Venen, den kleinen Arterien u. Kapillaren des Menschen. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1906 Bd. 55, p. 464. — 57. Romberg E.: Kongr. f. inn. Med. 1904. — 58. Sahli H.: Ueber das absolute Sphygmogramm und seine klinische Bedeutung, nebst kritische Bemerkungen über einige neuere sphygmomanometrische Arbeiten. Deut. Arch. f. kl. Med. 1904 Bd. 81 H. 5—6, p. 493—542. — 59. Sahli H.: Sphygmobolometrie, eine neue Untersuchungsmethode der Cirkulation. Deut. med. Woch. 1907, Nr. 16 17. — 60. Sahli H.: Verh. d. Kongr. f. inn. Med. 1901 Bd. 19, p. 49. — 61. Sasaparel: Srawnitielnaja ocenka kliniczeskich sposobow opredelenia krowianowo dawlenia. Dissert. Petersburg 1902 8°, 116. — 62. Sawada: Blutdruckmessungen bei Arteriosklerose. Deuts. med. Woch. 1904 Nr 12, p. 425. — 63. v. Schroetter: Erkrankungen der Gefässe. Wien 1901. Nothn. spez. Path. u. Ther. Bd. XV, 3, II Hälfte. — 64. Schuele: Ueber die Blutdruckmessungen mit dem Tonometer von Gärtner. Berl. klin. Woch. 1900, Nr. 33, p. 726—728. — 65. Sihle M.: Beiträge zu einer funktionellen Diagnose der Angina pectoris. Wien. klin. Woch. 1904 Nr. 14, p. 379. — 66. Strasburger J.: Ein Verfahren zur Messung des diastolischen Btutdruckes und seine Bedeutung f. die Klinik. Zeitschr. f. kl. Med. 1904 Bd. 54 H. 5 6, p. 373—407. — 67. Strasburger J.: Ueber den Einfluss der Aortenelastizität auf das Verhältniss zwischen Pulsdruck und Schlagvolumen des Herzens. Deut. med. Woch. 1907 Nr 26 oraz Deutsch. Archiv für klin. Mediz. 1907, Bd. 91, p. 378. — 68. Strauss H.: Demonstration von Turgo-tonographischen Pulsdruckkurven. Verh. d. Kongr. f. inn. Medizin 1907 Bd. 24. — 69. Uskow: Srawnitielnaja ocenka niekotorych priborow dla izmierenia krowianowo dawlenia na osnowanii literaturnych i kliniczeskich dannych. Wracz. 1901 Nr 45, p. 1370—1377. — 70. Vaquez: Eclampsie puerpérale et tension artérielle. Sem, méd. 1907 Nr. 11, p. 121. — 71. Weiss: Blutdruckmessungen mit Gärtners Tonometer. Münch. med. Woch. 1900. Nr. 3, 4, p. 70. — 72. Yanowsky M.: O kliniczeskoj metodike opredelenia mechanizma izmienienia arterialnawo dawlenia. Izwiest. Woj. Med. Ak. 1905 X. Nr. 1, p. 3. — 73. Zadeck: Die Messung des Blutdruckes am Menschen mittels des Basch'schen Apparates. Zeits. f. kl. Med. 1881. Bd. 2, p. 509.

Oceny i sprawozdania.

Doc. Dr Chlumský: **Mięsienie (masaż) i jego zastosowanie.** (Spółka Wydawnicza Polska w Krakowie, 1908, str. 103).

Każdą polską książkę lekarską powitać należy z radością, a zwłaszcza, jeżeli dotyczy przedmiotu, dotąd w piśmiennictwie naszem mało lub wcale nieomawianego. Dotyczy to szczególnie miesienia[1]), które na pozór bardzo znane i bardzo rozpowszechnione, mimo to, prawdę powiedziawszy, dotąd u nas naukowo i fachowo traktowane nie było. Kursa miesienia dla tak zwanych masażystów mogą ich zapoznać wprawdzie z techniką miesienia, lecz zastosowanie miesienia, określenie wskazań i odpowiednie przeprowadzanie leczenia powinno pozostać jedynie w ręku lekarzy. Wielu jeszcze lekarzy uważa miesienie za zabieg bardzo pożyteczny, lecz zarazem także za proceder, nie godzący się ze stanowiskiem i godnością lekarza, z tego też powodu pod koniec leczenia poleca niejeden lekarz choremu, by zwrócił się do »masażysty«, oddając w tak niepewne ręce dalsze losy chorego. Chory niejednokrotnie sam tego żąda, bo masażysta robi przecież napozór to samo, co lekarz, a znacznie taniej. Jeżeli jednak lekarze postępować będą inaczej i zechcą miesienie stosować fachowo i osobiście, to dopiero wtedy ocenią w całej pełni, jak cenne usługi oddaje w umiejętnych rękach ten napozór mało znaczący zabieg, a nawet i sami chorzy zupełnie inaczej zaczną się na miesienie zapatrywać, poznawszy w nim nie proceder dodatkowy do kąpieli i innych sposobów leczenia, lecz znakomity i pewny środek leczniczy. Podręczniki lekarskie zwykle ograniczają się przy końcu rozdziałów do uwagi: »dalsze leczenie kąpielami i miesieniem«. Przywykliśmy już do tej pobieżnej wzmianki, a wielu lekarzy, skoro ta chwila w leczeniu nadejdzie, uważa nawet swoje zadanie za skończone!

[1]) »Słownik lekarski polski« podaje słusznie pisownię »miesienie«, nie, jak się błędnie utarło, »mięsienie, bo polskie miano można wywodzić tylko od słowa »miesić« (= ugniatać).

Fachowy podręcznik miesienia można wobec tego powitać jedynie bardzo życzliwie, skoro toruje on drogę do usunięcia tych błędnych pojęć i do odpowiedniego zapatrywania się na miesienie. W tem też duchu pisze swą książkę Chlumský. Po wstępie historycznym omawia fizyologiczne działanie miesienia i tegoż skutki, dalej sposoby ogólne wykonywania miesienia, objaśniając wszystko rycinami. W dalszym ciągu przechodzi do opisania środków pomocniczych, urządzenia sali, wyboru dnia i godziny, w których miesienie odbywać się powinno, ułożenia chorego przy miesieniu, porządku poszczególnych zabiegów, siły używanej, długości i częstości posiedzeń i t. p. Następne rozdziały podręcznika omawiają szczegółowo miesienie różnych części ciała, przyczem autor poprzedza każdy ustęp krótkiem przypomnieniem stosunków anatomicznych. Końcowy rozdział obejmuje praktyczne zastosowanie miesienia w różnych cierpieniach. W krótkości omawia tu też autor wyniki leczenia w ogólności, jakoteż przytacza przykłady ze swej praktyki. Prócz stosowania miesienia w cierpieniach kości, stawów i mięśni, zwraca Chlumský także uwagę na korzystne działanie miesienia w nerwobolach, kurczach, chorobach nerwowych, w chorobach serca, naczyń, przewodu pokarmowego, kamicy żółciowej, otyłości itp.

Książka napisana treściwie i jasno służyć może zupełnie dobrze zarówno za podręcznik dla uczących się, jak i za uzupełnienie wiadomości i poradnik dla lekarzy praktyków. *Klęsk.*

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Kolle. **Aforystyczne spostrzeżenia nad niektórymi praktycznymi i teoretycznymi punktami nauki o odkażaniu.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 39). Niektóre dodatki do środków odkażających znoszą ich działanie. Stosowanie dwóch środków odkażających w mniejszych ilościach jest silniejsze, niż jednego w silniejszem zgęszczeniu. W odkażaniu mieszkań autanem znaleźliśmy prosty, a łatwy sposób dezynfekcyi. Pewnego sposobu odkażania rąk na dłuższy czas nie znamy. Należy też utrzymywać ręce o ile możności zdala od zakażenia, leczyć zadziorki i rozpadliny, w danym razie operować w rękawiczkach lub powłokach nieprzepuszczalnych. Bardzo dobrym środkiem do odkażania rąk jest mieszanina Schumberga: alkohol i eter (2: 1) z dodatkiem 0·5 prc. kwasu azotowego. Mieszanina ta wywołuje kurczenie się i zatykanie por w skórze. Mieszaninę tę wciera się wacikiem w skórę. *Klęsk.*

Enderlen. **Odkażanie jod-benzyną.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 38). Odkażanie jod-benzyną ma wiele bardzo wad. Niszczy ręce, rękawiczki i fartuchy, wywołuje wypryski i wpływa ujemnie na gojenie się rany. *Klęsk.*

Hoffmann. **Sztuczna suprarenina w znieczuleniu miejscowem.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 40). Fabryka w Höchst wyrabia obecnie trzy przetwory, przypominające zupełnie swym składem i działaniem nadnerczynę. Jeden z nich »syntetyczna suprarenina« działa nawet silniej od naturalnej, jest nadto zupełnie pewnie czysty, o jednakowym zawsze składzie, nie rozkłada się łatwo, powinien też znaleść w znieczuleniu miejscowem szerokie zastosowanie. *Klęsh.*

Strauss. **Obecny stan znieczulenia lędźwiowego.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* 89, 1—4). Najodpowiedniejszą według dotychczasowych spostrzeżeń okazała się tropakokaina, gdyż tak działanie jej uboczne, jak i następowe jest najsłabsze. W dawce 0·06 wystarcza dla wszystkich przypadków, działanie jej zaś w miarę potrzeby można wzmocnić przez wypuszczenie znaczniejszej ilości płynu mózgowo-rdzeniowego i wysokie ułożenie miednicy. Dodatek adrenaliny jest raczej szkodliwy. Znieczulenie trwa około godziny. Techniczne trudności pochodzą raczej z braku biegłości. Działania ubocznego i następowego można w wielu razach uniknąć przy odpowiedniem zastosowaniu i doborze przypadków. Z wielką pewnością daje się osiągnąć znieczulenie od dolnej części tułowia w dół. Znieczulenie lędźwiowe wskazane jest u chorych starych i osłabionych, przy niegruźliczych zmianach płuc i w cukrzycy. Przeciwwskazane jest u młodych do lat 15, u nerwowo lub umysłowo chorych, przy zmianach mózgu i rdzenia, przy zakażeniach ropnych i tam, gdzie łatwo można zastosować znieczulenie miejscowe. Ostrożność jest wskazaną przy gruźlicy, kile, w chorobach nerek i stwardnieniu tętnic, zwłaszcza mózgowych. *Kasprzyk* (Berlin).

Vilinger. **O próbach usypiania inhalacyjnego zapomocą nowego środka (dioform).** (*Archiv f. klin. Chir.* 83, III). Z doświadczeń, wykonanych na psie, którego co parę dni (12 razy) usypiał, przekonał się autor, że nowy ten środek: acetylendichlorid (dioform) (wytwarzany przez fabrykę: Consortium für elektro-chemische Industrie w Norymberdze), działa nasennie tak samo, jak chloroform, jedynie okres przebudzenia jest znacznie krótszy. Działanie dioformu na nerki i serce zdaje się być podobne do chloroformu. Zastępując później chloroform na coraz dłuższy czas dioformem i nie zauważywszy żadnych ujemnych objawów, wykonał w końcu V. 5 razy uśpienie tym środkiem u ludzi. Szkodliwego działania ani wśród uśpienia, ani następowego, z wyjątkiem lekkiego niekiedy podrażnienia do wymiotów, nie zauważał, natomiast zawsze szybkie przebudzenie się. Atoli tylko dalsze i liczne doświadczenia mogą dioform wprowadzić do użytku ogólnego. *Kasprzyk* (Berlin).

Wederhake. **W sprawie protez parafinowych.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 40). Niebezpieczeństwa wstrzykiwań parafiny stara się W. usuwać w ten sposób, że do wstrzykiwanej masy dodaje kauczuku. Na 10 grm. twardej parafiny (58° topliwości) dodaje 1 grm. czystego kauczuku i ogrzewa w tygielku porcelanowym, mieszając dopóty, aż kauczuk się rozpuści. Mieszanina taka wstrzyknięta trzyma się bardzo dobrze, nie kruszy się, przez co też nie ma obawy zatoru, ani zakrzepu. Do wypełniania ubytków kości używa W. jako plomby tej mieszaniny z dodatkiem 1 grm. strąconego węglanu wapna. Powinno się używać kauczuku czystego, nie wulkanizowanego. Odczyn w tkankach po wstrzyknięciu nie jest większy, niż przy czystej parafinie. *Dr Klęsk.*

Niclot i Romany. **Rany postrzałowe.** (*Revue de Chir.* 1907, Nr 6). Na podstawie doświadczeń bakteryologicznych zestawiają autorowie następujące wskazania, dotyczące leczenia ran postrzałowych. Każdą ranę postrzałową uważać należy za ranę powierzchownie zakażoną, otoczenie starannie oczyścić, ogolić i zastosować kąpiel przeciwgnilną (nadmanganian potasu, H_2O_2). Wyciągania pocisku lub sondowania bezwarunkowo należy zaniechać. Ranę opatrzyć trzeba przeciwgnilnie, unikać odejmowania zmiażdżonych części natychmiast po zranieniu. Przy postrzałach z większej odległości opatrunek z gazy wyjałowionej jest wystarczający. Dobry jest opatrunek wyskokowy lub napojony surowicą przeciwpaciorkowcową. W dalszym przebiegu stosownie do wskazań obowiązują zwykłe zasady chirurgii. *Kasprzyk* (Berlin).

Lohnstein. **Grudka wosku w pęcherzu, usunięcie jej przez rozpuszczenie zapomocą wstrzyknięcia benzyny.** (*Berl. klin. Wochs.* 1907, 23). U młodego robotnika, dotkniętego przewlekłym nieżytem pęcherza z częstym krwiomoczem wykrył cystoskop w pęcherzu blado-żółty twór jajowaty wielkości orzecha laskowego, o powierzchni gładkiej. Powtórne badanie dozwoliło stwierdzić, iż jest to ciało obce, swobodnie siedzące w pęcherzu, lżejsze od wody, gdyż po napełnieniu pęcherza wodą unosiło się ku górze. Chory przyznał się, iż przed kilku miesiącami wprowadził sobie do cewki z powodu uporczywego swędzenia kawałek świecy stearynowej, z której tylko część pewna odeszła. Mimo prawie półrocznego przebywania tej grudki wosku w pęcherzu nie wytworzyła się inkrustacya. Autor wstrzyknął po wypróżnieniu pęcherza 15 ctm.³ benzyny przez cienki zgłębnik, poczem po trzech kwandransach odeszła stearyna rozpuszczona w benzynie. Potem wstrzyknięto jeszcze 15 gr. benzyny i następnego dnia powtórzono wstrzyknięcie. Mocz się oczyścił, cystoskopem nie stwierdzono nic nieprawidłowego.

B. Żmigród (Rymanów).

Hochenegg. **O rozpoznaniu i klinicznem znaczeniu objawowego żylaka powrózka nasiennego przy złośliwych nowotworach nerki.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* T. 62). H. opisuje przypadek złośliwego nowotworu nerki wraz z żylakiem powrózka nasiennego, co uważał początkowo za ropień mosznowy, a dopiero później dokonana operacya naprowadziła na właściwe rozpoznanie. Przy operacyi stwierdził nadto H. zamknięcie żyły nasiennej przez wybujałości nowotworowe, przerzuty w gruczołach limfatycznych, które uciskały żyłę nasienną, uciskaną także przez guz nerkowy, a nadto załamanie żyły nasiennej przez przemieszczenie guza. Na podstawie tego przypadku sądzi autor, że w następstwie nowotworu nerki nierzadko powstaje żylak powrózka nasiennego po stronie zajętej nerki. Objawowy ten żylak powrózka znamionuje się tem, że występuje w późniejszym wieku, rozwija się szybko, jest zazwyczaj niebolesny, a u chorego leżącego wypełnienie żył krwią nie zmniejsza się, co następuje przy swoistym żylaku powrózka. Wypełnienie takich żylaków objawowych krwią utrzymuje się także w położeniu na czworakach przy podnoszeniu i przesuwaniu guza nerkowego.

B. Żmigród (Rymanów).

Blum. **Znaczenie odruchu nerkowo-nerkowego w patologii i w rozpoznawaniu chorób nerkowych.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, Nr 40). W chorobach nerek może stan nerki jednej wpływać na nerkę drugą. Wzajemna zależność od siebie nerek, podobnie jak innych narządów parzystych, takich, jak oczy, jądra, jajniki, może się różnie objawiać. Zmiany chorobowe jednego z narządów mogą wywoływać ból w narządzie drugim, zupełnie zdrowym, mogą wpływać na jego czynność, a nawet wywoływać w nim zmiany anatomiczne. B. opisuje 3 przypadki, w których kamica nerki jednej, była przyczyną kolki w nerce drugiej, zupełnie zdrowej; podobnie może się zdarzyć w przypadkach nowotworów lub gruźlicy nerkowej jednostronnej, że siedliskiem bolów jest nerka zdrowa, a nie chora; odruchowy ten ból zdrowego narządu może się stać (dzisiaj wobec tylu udoskonalonych sposobów badania nerek i dróg moczowych nie tak łatwo, jak dawniej) przyczyną pomyłek rozpoznawczych. Odruchowo, czy to skutkiem zranienia, czy kamicy jednej nerki, może powstać bezmocz w nerce drugiej. Również nagłe zatkanie lub uciśnięcie jednego moczowodu może być przyczyną zahamowania czynności obu nerek. Dzieje się to w ten sposób, że skutkiem niedrożności moczowodu zbiera się coraz więcej moczu w miedniczce, kieliszkach i kanalikach nerkowych; skutkiem wzmożonego ciśnienia śródnerkowego ustaje wydzielanie moczu w jednej nerce pod działaniem wpływu mechanicznego czynników, które nabłonka prawidłowego nie uszkadzają; tak się ma n. p. sprawa z przechodzeniem bakteryi przez nerki. Odruchowe wzajemne oddziaływanie jednej nerki na drugą jest następstwem odpowiedniego unerwienia. Do nerek dochodzą nerwy z części piersiowej rdzenia, gałązki nerwu współczulnego, nerwu błędnego i gałązki ze zwoju trzewnego; nerw błędny przeprowadza podniety z jednej nerki do drugiej. *Kostrzewski.*

Haberer. **Próby przeszczepiania świeżej tkanki nerkowej.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 84, Z. 1). H. przeszczepiał tkankę nerkową w śledzionę, wątrobę, sieć i przekonał się, że w końcu przeszczepiona tkanka ulega zawsze obumarciu, a na jej miejscu powstaje blizna. Wszczepiona tkanka nie ma żadnego wpływu na czynność nerek osobnika, któremu ją zaszczepiono. *Klęsk.*

Riedel. **O przesuniętej i w innem miejscu zrostami umocowanej prawej nerce.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 41, 42). Oddawna zauważono, że przy nerce ruchomej wydarzają się czasem nagłe napady wzdęcia brzucha, wymiotów i bolów. Odnosi się te przypadłości do uwięźnięcia nerki lub skrętu szypuły. O uwięźnięciu ruchomej nerki wspomina pierwszy Dietl. Obecnie nie ulega wątpliwości, że w wielu przypadkach tak zwanego uwięźnięcia nerki chodzi o kamicę żółciową. Skręcenia szypuły nerkowej przy operacyi nigdy dotąd nikt nie widział i trudno sobie nawet je wyobrazić, bo jak wiadomo, szypuła nerki składa się z naczyń, idących w górę i moczowodu, biegnącego w dół. Skręcenie szypuły nerkowej wywołaćby dalej musiało wystąpienie zawału krwawego, czego także nikt dotąd nie spostrzegał. Najczęściej występują wspomniane groźne objawy wśród wymiotów i bolów, zjawia się guz nerki, gorączka, nieraz białkomocz. Wtedy na pewno nie chodzi o nerkę ruchomą, lecz o wodonercze. W drugim rzędzie przypadków pojawiają się znów przypady u osób, u których nerki są przesunięte, lecz zarazem w innem miejscu umocowane. Gorączki przytem zwykle nie ma, mocz jest prawidłowy. Dotkniętą bywa wtedy zawsze prawa nerka. Przy operacyi znajduje się nerkę poza trzustką przy kręgosłupie i liczne zrosty między wątrobą, woreczkiem, trzustką, odźwiernikiem i zagięciem wątrobnem jelita grubego. Nerka sama przytem bywa niezmienioną. Okoliczność, że dolegliwości występują jedynie po stronie prawej i to głównie u kobiet, przemawia za tem, że wątroba odgrywa tu nie małą rolę, uciskając na nerkę, spychając ją, a często zajmując nawet zupełnie jej miejsce. Z tego też powodu nie każdą nerkę ruchomą można odprowadzić, jak to się mylnie sądzi. Czy zrosty powstają pierwotnie, czy następowo, orzec trudno. Przypady nerki przesuniętej i umocowanej przypominają często kamicę żółciową, bo nawet i żółtaczka dołączać się do nich może. Umocowanie nerki poprawia stosunki krążenia treści pokarmowej, usuwając ucisk na jelita, i stąd też chorzy po operacyi zwykle szybko przybierają na wadze. W razie przypadłości żołądkowych powinno się przy przemieszczonej i umocowanej nerce operować zawsze od przodu, a nieraz prócz nerki napotka się i na inne cierpienia, wymagające zabiegu. Natomiast swobodną nerkę ru-

chomą opisuje autor wyjątkowo, gdy sprawia ona wiele dolegliwości, co zdarza się nader rzadko. *Klęsk.*

Wilms. **W sprawie wycięcia moczowodu przez lędźwie sposobem Rovsinga.** (*Zentralbl. f. Chir.* 1907, Nr 30). Na ostatnim Zjeździe chirurgów niemieckich polecił Rovsing wszczepianie moczowodów w okolicę lędźwiową, w celu zapobieżenia występującemu tak często zapaleniu nerek i miedniczek. Wilms podwiązując żyłę nasienną przy ropnicy połogowej według Trendelenburga i stwierdziwszy, że tą drogą moczowody nadzwyczaj łatwo można odszukać, wykonał następnie wszczepienie moczowodów u pewnego dziecka ponad kolcem górnym przednim kości biodrowej z pomyślnym trwałym wynikiem. Polecając ten sposób, radzi W. wszczepiać moczowody podskórnie na głębokość około 4 ctm., podobnie jak przy wycięciu kiszki sposobem Hackera, i obszywać następnie ujście otaczającą skórą. Przy tem postępowaniu moczowód ulega nieznacznemu skróceniu i daje się łatwo — po wygojeniu nerek — z powrotem wszczepić w pęcherz; ziarnina nie zaciska ujścia, nadto czystość łatwiej można utrzymać, niż przy sposobie lędźwiowym. *Kasprzyk* (Berlin).

Marwedel. **O cięciu poprzecznem przy kamicy nerkowej.** (*Zentralbl. f. Chir.* 1907, Nr 30). Opisywano przypadki tak obfitego krwawienia następowego po cięciu nerkowem, że trzeba było ranę ponownie otworzyć i nerkę wyciąć. Sam M. w jednym wypadku na drugi dzień po zabiegu wykonał obszycie broczącej tętnicy w miąższu nerkowym. Hermann i Langemak stwierdzili na psach, że po cięciu poprzecznem nerki, tak krwawienie, jak i następowy zanik miąższu są mniejsze, niż przy cięciu podłużnem; przytem i dostęp do miedniczki nerkowej jest również dogodniejszy. M. w 5 przypadkach kamieni nerkowych, wyjętych przez cięcie poprzeczne, miał sposobność stwierdzić na ludziach słuszność tych spostrzeżeń, dokonanych na psach. Wobec tego zaleca przy wszystkich kamicach nerkowych niepowikłanych, nawet przy kamieniach stosunkowo wielkich, stosować cięcie poprzeczne, obecnie zaś stosowane cięcie zachować dla przypadków połączonych z ropieniem. *Kasprzyk* (Berlin).

Neurologia.

Salomon. **Przypadek połowiczego postępującego zaniku twarzy z objawami ze strony nerwów oczu.** (*Neurol. Centralbl* 1907, Nr 18). W przypadku tym zadziwiał brak objawów ze strony nerwu współczulnego, natomiast były objawy oczne: porażenie nerwu odwodzącego po stronie zdrowej i odosobnione porażenie wewnętrznych gałązek nerwu okoruchowego po stronie, dotkniętej zanikiem. Stąd wniosek, że zanik połowiczy był pochodzenia nerwowego, wywołany cierpieniem odżywczych wiązek nerwu trójdzielnego. Odosobnione zajęcie tych wiązek, a z drugiej strony tylko wewnętrznych gałązek nerwu okoruchowego i nerwu odwodzącego drugiej strony wskazywało, że nie nerwy obwodowe na podstawie były zajęte, lecz ośrodki i drogi śródopuszkowe tych nerwów. Przyczyną choroby była najprawdopodobniej kiła, za czem przemawiały poronienia i przedwczesne porody matki i pigmentacya dna oka u chorego dziecka. *Orzechowski* (Wiedeń).

Löwe. **W sprawie odsłonięcia przysadki mózgowej.** (*Neurol. Centralbl.* 1907, Nr 18). Usunięcie powiększonej przysadki mózgowej nie uleczy zapewne objawów akromegalii, może jednak polepszyć dwa najprzykrzejsze objawy, towarzyszące tej chorobie: zaburzenia wzrokowe i bole głowy. Operacya jest jednak wtedy tylko wskazaną, jeśli guz przysadki rozrasta się ku kości klinowej. W innym razie zrasta się guz z tkanką mózgową i nie można myśleć o jego doszczętnem wycięciu. O kierunku wzrostu guzów przysadki pouczają nas dobrze rentgenogramy. Jeśli guz rozrasta się ku kości klinowej, wówczas na rentgenogramie widać siodełko tureckie rozszerzone i pogłębione. Trzeba się z tem liczyć, że usunięcie zupełne przysadki, przynajmniej u zwierząt, wywołuje często śmierć. Na razie więc nie zaleca się u człowieka wycięcia całej przysadki. Dotychczas wykonano takich operacyj zaledwie kilka. Przyczyną tego było zdaniem autora przesadne wyobrażenie o jej niebezpieczeństwach. Z metod operacyj wybiera L. drogę przez jamę nosową, pomijając drogę śródczaszkową i przez jamę ustną jako niebezpieczne, trudne i nie dające obszerniejszego dostępu. Prowadzi cięcie w linii środkowej nosa przez części miękkie i kostne, które potem rozchyla na podobieństwo wrót; wyprząta treść jamy nosowej: przegrodę, muszle i błędnik kości sitowej; wycina, lub też odgina przegrodę nosową. Potem następuje odjęcie przedniej ściany, następnie przegrody kości klinowej, wreszcie jej dachu. Wtedy otwiera się przed operującym pole, obejmujące przysadkę, skrzyżowanie nerwów wzrokowych, obie zatoki jamiste i przednią część mostka. W podobny sposób operować można w częściach mózgu, leżących nad kością sitową, wybierając dostęp przez nos. Tej metodzie zarzucano, że naraża na zbyt znaczną utratę płynu mózgowo-rdzeniowego i że łatwiej wywołać może zakażenie: lecz doświadczenia na zwierzętach i zwłokach nie potwierdzają tego, żeby płyn mózgowo-rdzeniowy odpływał w tak pokaźnej, groźnej dla życia ilości. Przeciwko łatwości zakażenia opon przemawia to, że odpływ wydzieliny jest bardzo łatwy przy jakiemkolwiek ułożeniu głowy. Zresztą można zabieg wykonać dwuczasowo, poprzestając pierwszy raz na odsłonięciu opony twardej, poczem wykonuje się druga część operacyi w kilka dni, gdy wytworzyły się zrosty twardej opony z przysadką. *Orzechowski* (Wiedeń).

Dermatologia.

Prof. Łukasiewicz. **Leczenie kiły wobec nowszych badań.** (*Przegl. chorób skórn. i wen.* 1907, 7, 8, 9). Chociaż wycięcie lub wypalenie pierwotnego nacieku kiłowego nie ma zazwyczaj znaczenia leczenia poronnego, to jednak istnieje możliwość osłabienia jadu przez działanie miejscowe na sam naciek. Co do działania wprowadzonego przez Salmona atoksylu wyraża się Ł. niekorzystnie na mocy doświadczeń, przedsiębranych w jego klinice u 10 chorych i uważa ten przetwór tylko za środek wzmacniający, pomocniczy w leczeniu kiły. Za środek, swoiście na krętki blade działający, uważa tylko rtęć, przy działaniu której inne mikroby rozwijać się mogą. Przemawia jednak za stosowaniem rtęci tylko w razie objawów ogólnych, rozpoczyna zatem leczenie w chwili wybuchu pierwszej wysypki, a radzi leczyć dopóty, dopóki występują objawy, sprzeciwiając się bardzo energicznie leczeniu szablonowemu. Wreszcie obok wcierań zaleca Ł. swoją metodę stosowania wysokich dawek sublimatu. Metoda ta, wprowadzona w r. 1891, dawała mu bardzo dobre wyniki leczenia, gdyż usuwała szybko objawy, a nie przedstawia niebezpieczeństwa, jakie bywa zawsze przy stosowaniu przetworów nierozpuszczalnych. *Krzysztalowicz.*

Buraczyński. **W sprawie żółtaczki we wczesnym okresie kiły.** (*Przegl. chorób skór. i wen.* 1907, 7, 8, 9). Objawy ze strony wątroby wśród wczesnego okresu kiły należą do rzadkości. Etyologia żółtaczki przy świeżej kile nie jest jeszcze dostatecznie wyświetlona. Większość autorów mniema, że jest to żółtaczka natury mechanicznej, żółtaczka zastoinowa. Autor spostrzegał w ciągu dwóch lat cztery przypadki tego cierpienia na oddziale kiłowo-skórnym wojskowego szpitala we Lwowie. W dwóch z nich żółtaczka była natury łagodnej i mijała szybko wśród leczenia swoistego, w drugich dwóch żółtaczka miała przebieg złośliwy i zakończyła się zejściem śmiertelnem. W jednym z tych przypadków wystąpił ostry zanik wątroby prawie równocześnie z wysypką kiłową w trzy miesiące po zakażeniu, w drugim istniały równocześnie lepieże około odbytu. Podane szczegółowe historye choroby przedstawiają dokładnie cały przebieg sprawy. *Krzysztalowicz.*

Leszczyński. **Nowe zaróbki przetworów rtęciowych.** (*Przegl. chorób skórn. i wen.* 1907, 7, 8, 9). Autor stwierdza przedewszystkiem, że stosowanie zaróbek parafinowych dla wstrzykiwań rtęciowych zagraża zawsze niebezpieczeństwem zatrucia przez nagromadzenie rtęci, nadto przy wstrzykiwaniach mogą powstawać zatory płucne, a wstrzykiwania same są bolesne. Dlatego próbował L. znaleść taką zaróbkę dla nierozpuszczalnych przetworów rtęciowych, któraby nie miała tych niedogodności i wpadł na pomysł użycia w tym celu olejku łogowego (*Ol. sesami*). (Niezależnie od autora podał Karwowski z Poznania dla tego samego celu zwykłą oliwę i zachwala jej użycie do wstrzykiwań miąższowych). L. stosował swoją zaróbkę w dwojakiej mieszaninie: 1. *Hydr. salicyl. 1,0, Ol. sesami steril. 10,0. S.* co 5 dni strzykawka, — 2. *Hydrarg. redestil. 4,0 Ol. Palmae ster. 20 cm. Ol. sesami 20 cm. S.* co 5 dni strzykawka. Mieszaninę wedle drugiego przepisu nazwał L. »cinerol«. Przetworów tych używał autor w 6 przypadkach (35 wstrzykiwań) i stwierdza, że bolesność przy wstrzykiwaniu jest bardzo mała (najdłużej $^1/_4$ do $^1/_2$ godziny), jakoteż, iż nie występowały zaburzenia ogólne. Tylko czterokrotnie zauważył dłużej trwającą bolesność, a raz powstały w głębi pośladka guzek. *Krzysztalowicz.*

Kozerski i Górkiewicz. **Z osobistych spostrzeżeń w zakresie: A. Roentgenoterapii, B. Radiumterapii, C. Fototerapii.** (*Przegl. chorób skór. i wener.* 1907, 7, 8, 9). Autorowie opisując technikę, jakiej używali przy stosowaniu przyrządu Roentgena i zachwalając chromoradiometer Sabouraud-Noirégo, opisują różne przypadki chorób, leczonych tą metodą z różnym wynikiem. Przedewszystkiem zachwalają ten sposób dla leczenia trądzika, chociaż zastrzegają się, że skutek, chociaż szybszy, jest tak przemijający, jak przy wszystkich środkach zewnętrznych:

najlepsze wyniki widzieli w trądziku występującym po jodzie i bromie. Dalej chwalą szybkość wyniku w *hydradenitis axillaris suppur.*, w 7 przypadkach wyprysku pęcherzykowego i w przypadkach figówki ropnej. Przypadki (73) tocznia gruźliczego (*lupus vulg.*) leczone z początku promieniami Roentgena doznawały tylko polepszenia, do zupełnego zaś wyleczenia używano zawsze lampy Finsena, Kromayera lub światła radu, i w 21 przypadkach nie ma od kilku miesięcy objawów chorobowych. W przypadkach (8) liszaja zołzowego (*scrofuloderma*) i czyraków gruźliczych (*folliclis*) leczenie promieniami Roentgena oddawało autorom bardzo szybkie i dobre usługi. Tylko przemijające polepszenie uzyskano po naświetlaniu tocznia rumieniowego (*lupus erythemat.*). Przypadki powiększenia gruczołów chłonnych przy naświetlaniu przez czas dłuższy poprawiały się wyraźnie i trwale. Bardzo zachęcające wyniki otrzymywali autorowie w przypadkach grzybicy guzowej (*mycosis. fungoides*) i mięsaków, szczególnie pierwotnych, skóry. W przypadkach wyprysku przewlekłego uzyskano polepszenie tylko w małej liczbie przypadków, a wcale nie uzyskano polepszenia w przypadkach nerwowłókniaków, przy przerosłych bliznach i trądziku bliznowatym.

Bardzo szczegółowy opis podają autorowie metody przez siebie wypróbowanej po licznych doświadczeniach ze znanymi sposobami, stosowanymi w celach chwilowego usunięcia włosów, a zatem głównie w chorobach grzybkowych skóry owłosionej. Łuszczycę uważają autorowie za najwdzięczniejsze pole dla rentgenoterapii, chociaż metoda ta usuwa zmiany, ale nie chroni, jak i inne, przed nawrotami. Wadą jest kosztowność, bo łuszczyca wymaga dużo naświetleń, gdy choroba zajmuje całą powierzchnię skóry, i wrażliwość tych wykwitów, które pod wpływem za silnej dawki mogą się rozszerzyć. Liczne przypadki (95) nabłoniaków pouczyły autorów, co i teoretycznie jest uzasadnione, że jedynie powierzchowne nadają się do leczenia promieniami Roentgena.

Leczenie promienaimi radu, oddało autorom bardzo dobre usługi w przypadku gruźliczych owrzodzeń powiek, w kilku przypadkach liszaja rumieniowego, naczyniaków różnego rodzaju i nabłoniaków.

Światłem Finsena, dla którego zachwalają autorowie przedewszystkiem lampę rtęciową Kromayera, uzyskano wyleczenie w przypadkach tocznia i liszaja rumieniowego, a nie osiągnięto skutku w przypadkach odbarwień (*vitiligo*), łuszczycy i wyprysku.

Krzysztalowicz.

Bernhardt R. **O skombinowanem leczeniu wilka pospolitego.** (*Przegl. chorób skór. i wener.* 1907, 7, 8, 9). Autor zajmuje się głównie tymi przypadkami, w których choroba zajmuje większe przestrzenie. Leczenie takich przypadków rozdziela na dwie części. Najpierw usuwa B. zmiany powierzchowne zapomocą wyskrobania, wycinania lub głębokiego nacinania, a po tych krwawych zabiegach stosuje jeszcze w niektórych przypadkach przyżegania, czy to ciastem resorcynowem, czy maścią Finsena, czy parachlorfenolem, wreszcie i kwasem chlorooctowym. Dopiero po przeprowadzeniu leczenia wstępnego przechodzi autor do leczenia promieniami Roentgena, radem lub lampą łukowo-rtęciową Kromayera. Na błony śluzowe nosa i jamy ustnej stosuje B. te same sposoby leczenia krwawego, przyżegania i sposobów świetlnych. Wyniki leczenia były bardzo zachęcające w 52 przypadkach tocznia. Wreszcie dodaje B., że w ostatnich czasach używał tej samej metody skombinowanej, chirurgicznej z świetlną (Roentgen) w przypadkach ciężkiej gruźlicy krtani, którą naświetla od przodu przez powłoki szyjne.

Krzysztalowicz.

Świątkiewicz J. **Leczenie tocznia eugallolem.** (*Przegl. chorób skór. i wen.* 1907, 7, 8, 9). Autor używał eugallolu w roztczynie 66 prc. na 33 prc. acetonu w postaci okładu z gazy, złożonej 16—20 razy. Przetwór ten jest środkiem silnie odtleniającym, to też już po 24 godzinach stwierdza się obumarcie nacieków, zazwyczaj bez silniejszego działania na skórę zdrową, działanie zatem nazwać można wybiorczem. Jedynie nacieki w bliźnie lub głęboko położone wymagają dodatkowego leczenia. Jak z załączonych 40 historyi chorób przekonać się można, leczenie nie było dla chorych uciążliwsze, ani nie trwało dłużej, niż przy innych sposobach leczenia. Co do trwałości wyleczenia, to stwierdzić ją mogą dopiero dalsze spostrzeżenia.

Krzysztalowicz.

Leszczyński R. **O leczeniu poronnem rzeżączki.** (*Przegl. chorób skór. i wewn.* 1907, 7, 8, 9). Na zasadzie swych spostrzeżeń w kilkunastu przypadkach i doświadczeń różnych autorów dochodzi L. do wniosku, że do leczenia poronnego nadają się wszystkie przypadki świeżego trypra, zgłaszające się 3—5 dnia po zakażeniu, o ile wyciek jest surowiczo lub śluzowo-ropny, chory przy oddawaniu moczu odczuwa tylko lekkie pieczenie, nie ma bolesności i obrzęku ujścia cewki, a wydzielina jest przeważnie z nabłonków złożona, dwoinki zaś leżą zewnątrz komórek. Do leczenia używał autor 10 prc. rozczynu albarginy, ale sądzi, że i 2 prc. rozczyn (Blaschko) zupełnie wystarcza, a obok tego zachwala 15 prc. rozczyn novarganu, jako najmniej drażniący. Płynu wstrzykuje tyle, ile go przednia część cewki pomieścić może i każe zatrzymać 3—5 minut, powtarzając ten zabieg w drugim i trzecim dniu wedle potrzeby. Obok tego zaleca choremu wewnętrznie gonosan dla złagodzenia występujących po wstrzykiwaniu objawów zapalnych i w niektórych przypadkach wstrzykiwanie w domu rozczynów słabych ($^1/_4$—$^1/_2$ prc. novargan). Z reguły już trzeciego dnia nie powinno się znajdować w wydzielinie dwoinek. Jako leczenie następowe uważa L. za najodpowiedniejsze przepłókiwania obfite lekkimi rozczynami nadmanganczianu potasowego.

Krzysztalowicz.

Pedyatrya.

Hamburger. **O chłonieniu białka przy odżywianiu.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, Ergänzungsh.). Częściowe rozstrzygnięcie pytania, czy białko ulega z przewodu pokarmowego wessaniu w stanie pierwotnym, stało się możliwe dopiero skutkiem badań nad uodpornieniem. Białko obce można bezpośrednio po przejściu do krwi wykryć w niej zapomocą swoistych precypityn. Drugi sposób (»pośredni«) polega na tem, że białko obce wywołuje po pewnym czasie pojawienie się odpowiednich precypityn. Można wreszcie — i to jest sposób najczulszy — podawać jakąkolwiek antytoksynę i badać, czy i w jakiej ilości przechodzi do krwi, gdyż antytoksyna ściśle jest związana z białkiem. — Doświadczenia różnych autorów i własne autora doprowadzają do wniosku, że przewód pokarmowy zwierząt starszych i człowieka na pewne nie przepuszcza białka surowicy krwi, a prawdopodobnie nie przepuszcza też białka jaja kurzego i białka mleka. Nie jest jednak wyłączonem, że przy stanach chorobowych przewodu pokarmowego szczelność ta może ucierpieć, jakby o tem świadczyły dwa przypadki Moro u dzieci z zanikiem (atrophia). Przeciwnie u noworodków. Stwierdzano tutaj stale przechodzenie pewnej, chociaż nieznacznej części niezmienionego białka surowiczego i białka jaja kurzego, a także przechodzenie białka mleka krowiego nie jest wyłączone. Nawet zaś najdrobniejsze ilości tego ostatniego mogą być dla oseska nieobojętne.

Lewkowicz.

Schick. **Choroby następowe płonicy.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, Ergänzungsh.). Choroby, o których mowa, zostały opisane już w r. 1883 przez Kuwszyńskiego i Pastera na podstawie spostrzeżeń w petersburskim szpitalu barakowym. Autorzy ci przypuszczali, że zakażenie płonicze nie wyczerpuje się jednym napadem, lecz podobnie jak przy durze powrotnym, wywołuje często drugi, a niekiedy i trzeci napad. Jak autor podnosi, wszystkie sprawy popłonicze mają wiele cech wspólnych, coby świadczyło, że patogeneza ich jest jednaka. Wszystkie przebiegają z gorączką, która pojawia się po ustąpieniu pierwotnej gorączki płoniczej i przejście kilku- do kilkunastodniowego okresu bezgorączkowego. Początek nie zdarza się przed 12. dniem choroby, ani po 6. tygodniu, a najczęściej przypada na 3. i 4. tydzień. Gorączka rozpoczyna się nagle, jest zwalniającą, szybko dochodzi do szczytu, a następnie powoli opada. Okres gorączkowy wynosi zwykle 2—8 dni. Jako sprawy popłonicze wylicza autor: 1) zapalenie nerek, 2) zapalenie gruczołów około-żuchwowych, 3) gorączkę z ujemnym wynikiem badania, 4) zapalenie wsierdzia, 5) zapalenie stawów, 6) nawrót płonicy i 7) zapalenie gardła (bez wysypki), które można uważać za szczątkowy nawrót.

Lewkowicz.

Jahle. **O zapaleniu jelit paciorkowcowem i jego powikłaniach.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, Ergänzungsh.). Klinicznie niepodobna tej postaci odróżnić od innych postaci zapalenia jelit. Badaniem stolca przy barwieniu według Gram-Weigerta i podbarwieniu fuksyną stwierdza się obecność dwoinek lub paciorkowców w mniejszej lub większej ilości. Paciorkowce można też wykazać często w moczu, a w przypadkach śmierci także we krwi z serca. Do typowych powikłań należy zapalenie nerek i rzadsze znacznie zapalenie otrzewnej.

Lewkowicz.

Benjamin i Sluka. **Mięsak zielonawy (chloroma).** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, Ergänzungsh.). Przynależność mięsaka zielonawego, cierpienia rzadkiego, gdyż znanych jest tylko 46 przypadków, do białaczki, należy uważać za udowodnioną. Pewną jego odrębność stanowi upodobanie, z jakiem usadawia się w okostnej, i tworzenie zbitych guzów nie napotykanych

zwykle przy białaczce. Turk tłomaczy to w ten sposób, że przy białaczce sprawa sadowi się w śledzionie i szpiku kostnym, narządach, z których już normalnie nowo wytworzone ciałka krwi zostają wymywane i przechodzą do ogólnego krążenia, w nich zatem przy nadmiernem wytwarzaniu ciałek nie powstają guzy. W okostnej ciałka te pozostają na miejscu, stąd powstawanie guzów. Przyczyna barwy zielonej guzów nie jest wyjaśniona, ale prawdopodobnie barwa nie stanowi nic istotnego, gdyż także i przy białaczce szpik miewa niekiedy zabarwienie zielonawe. — Autor zestawia wszystkie znane z piśmiennictwa przypadki i dodaje własne spostrzeżenie. W przypadkach typowych rozpoznanie cierpienia byłoby łatwe. Najstalszym objawem jest wysadzenie oka jedno- lub obustronne, polegające na usadowieniu się guzów w oczodole. Często napotyka się także zbite guzy kości czaszkowych i twarzowych. Widzimy zatem dziecko woskowoblade, niekiedy z wybroczynami na skórze lub błonach śluzowych, z gałkami wysadzonemi z oczodołów, guzami w okolicy skroniowej i rozszerzonem skutkiem tego czołem, z twardemi guzowatościami na czaszce. Niekiedy stwierdzić można niedosłyszenie (zajęcie kości skalistej), zaburzenia pęcherzowe i odbytnicze (zajęcie kręgosłupa). Badanie krwi stwierdza niedokrwistość i zmiany odpowiadające białaczce (prawie zawsze gruczołowej, rzadko szpikowej), rozwijające się jednak powoli i stosunkowo późno tak, że początkowo wynik badania może być prawidłowy. Badanie histologiczne wykryło w przypadku autora jako główny składnik guzów komórki szpikowe (myelocyty).

Lewkowicz.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XVI. Posiedzenie d. 18. października 1907.

Na porządku dziennym była sprawa **obchodu jubileuszowego 30-lecia istnienia Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego**, którą w nieobecności inicyatora, kol. prof. Gluzińskiego, referował wiceprezes, kol. Starzewski. — W dyskusyi, która się następnie wywiązała, byli jedni koledzy za obchodem, drudzy mu przeciwni. Na wniosek kol. W. Ziembickiego, ażeby w nieobecności prezesa prof. Gluzińskiego rzeczy ostatecznie nie rozstrzygać i pozostawić członkom czas do jej rozważenia, odłożono całą sprawę do następnego posiedzenia.

Kol. Rencki poruszył podnoszoną coraz częściej myśl, ażeby Towarzystwo Lekarskie Lwowskie, będące dotąd, na swą niekorzyść, sekcyą Tow. Lek. Galicyjskich, uczynić towarzystwem samodzielnem na wzór krakowskiego. Polecono Zarządowi zastanowić się nad przeprowadzeniem tego projektu.

Z kolei przedstawił i omówił kol. prof. Ziembicki dwa przypadki ze swego oddziału, a mianowicie: **stopy końskoszpotawe** (*p. equinovari*) u 13-letniej dziewczyny i preparat **szytej tętnicy pachowej** (*a. axillaris*) z przypadku, zakończonego mimoto śmiercią z powodu nadmiernej utraty krwi po przebiciu bagnetem. — W dyskusyi zabierali głos: kol. Mars i Sieradzki.

XVII. Posiedzenie d. 25. października 1907.

Przewodniczy prof. Gluziński, protokołuje Dr W. Ziembicki.

Cz. I.: Uchwalono obchodzić jubileusz 30-lecia istnienia Towarzystwa lekarskiego lwowskiego. Obchód ma się odbyć w b. r., przed dorocznem Walnem Zgromadzeniem. Urządzenie go powierzono Zarządowi Towarzystwa lek. lw.

Cz. II.: Prof. Gluziński:

1) Przedstawił chorego z kliniki lekarskiej, u którego stwierdzić można **objaw Olivera-Cardarelliego**, podany jako właściwy dla tętniaka łuku tętnicy głównej i pozwalający na rozpoznanie tam, gdzie brak wszelkich innych objawów tętniaka. Jakkolwiek doświadczenie poucza, że objaw ten nie jest bezwzględnie znamiennym dla tego cierpienia, to w przypadku przedstawionym nie może być mowy o mylnem rozpoznaniu, bo obok wspomnianego objawu istnieje porażenie lewego nerwu zwrotnego. Objaw polega, jak wiadomo, na tem, że krtań, ujęta w dwa palce, sprawia wrażenie tętnienia, które z łuku tętnicy głównej, dotkniętego tętniakiem, udziela się jej za pośrednictwem ramienia oskrzelowego i tchawicy.

W dyskusyi podnosił rzadkość objawu prym. Pisek.

2) Omówił niezwykle zajmujący przypadek **ciężkiej niedokrwistości**, połączony z **żółtaczką**, zakończony śmiertelnie (wśród objawów śpiączki, wzniesionej ciepłoty i zwolnionego tętna) bez ścisłego rozpoznania, w którym na stole sekcyjnym znaleziono w przewodzie żółciowym okaz **motylicy** (*distomum hepaticum*). Ilość ciałek czerwonych spadła w tym przypadku do 700,000, przy 26% hemoglobiny. Ilość ciałek białych wynosiła około 100,000. Olbrzymia ilość ciałek czerwonych jądrzastych, myelocyty i myeloblasty, dowodziły podrażnienia narządów krwiotwórczych. Za życia chorego myślano o otruciu fosforem, ostrym zaniku wątroby, gruźlicy prosówkowej, ropnicy; obraz nie odpowiadał jednak żadnej z tych spraw. Trudności wzmagał brak wywiadów i nieprzytomność chorego. Przy sekcyi znaleziono obok niedokrwistości i zwyrodnienia narządów śledzionę dość znacznie powiększoną, wątrobę zaś rozmiarów prawidłowych, w pęcherzyku i przewodach żółć zupełnie gęstą, barwy niemal smoły. Przeszkody w odpływie nie było żadnej. Żółtaczkę należy nazwać krwiopochodną wbrew teoryom, przeczącym istnieniu takiej żółtaczki. W przewodzie żółciowym wspólnym znaleziono jeden jedyny okaz motylicy, który prelegent okazuje. Streściwszy szczupłe dane, jakie piśmiennictwo zawiera o motylicy u człowieka, nie może prelegent uznać w tym przypadku zupełnie stanowczo pasorzyta za przyczynę przedstawionego obrazu klinicznego i śmierci chorego, nie może jednak oprzeć się przypuszczeniu, że nie był tu prosty zbieg okoliczności, tylko że istnieje w istocie związek przyczynowy między pasorzytem a całą sprawą chorobową.

W dyskusyi objaśniał rektor akad. weterynaryi, prof. Szpilman, na sztucznych preparatach zawiłą historyę rozwoju motylicy, którą, jak podkreślał, zwierzęta zwykle znoszą obojętnie, Dr Nowicki zaś, który wykonał sekcyę, nadmienił, że ani w żółci, ani w treści jelitowej nie znaleziono jaj pasorzyta, które w danym razie mogłyby umożliwić rozpoznanie za życia.

Dr Witold Ziembicki.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Państwowy Związek Organizacyi lek. austr. ogłasza, co następuje: 1) Namiestnictwo tryesteńskie wydało rozporządzenie w sprawie wynagrodzenia za doniesienia o chorobach zakaźnych, uznając żądania lekarzy za słuszne. 2) Organizacya lekarzy-Niemców na Morawach ukonstytuowała się w d. 13. X. 1907, a należy do niej 36 prc. lekarzy morawskich; wkrótce powstanie na Morawach podobna organizacya lekarzy-Czechów. Do Związku państwowego przyjęto organizacyę lekarską Gorycyi i Gradyski. — Prezes: *Dr Janeczek.*

Bierny opór lekarzy gminnych dolno-austryackich został zakończony na zasadzie postanowienia organizacyi lek. z d. 25. X. Z tego powodu wyraża zarząd organizacyi dolno-austr. w przesłanem na nasze ręce piśmie podziękowanie wszystkim korporacyom i pismom lekarskim, które popierały lekarzy dolno-austryackich materyalnie lub moralnie. — Odniesione przez lekarzy dolno-austryackich zwycięstwo ma doniosłe znaczenie i powinnoby ostatecznie przekonać wszystkich lekarzy o potrzebie i pożytku organizacyi. Rzecz prosta, że tylko ścisła organizacya może mieć praktyczne sztuki; lekarze dolno-austryaccy dali przykład solidarności, karności i wytrwałości, nie ustając w walce przez lat kilka aż do osiągnięcia zamierzonego celu, t. j. ustawy emerytalnej dla lekarzy gminnych, świeżo przez Sejm dolno-austryacki uchwalonej. *R.*

Poliklinika chirurgiczna uniwersytetu berlińskiego nie będzie udzielać powtórnych porad w tych przypadkach, które nie są potrzebne do celów naukowych i dydaktycznych. Zarządzenie to zmierza do usunięcia skarg lekarzy praktycznych, żalących się na szkody materyalne z powodu poliklinik. *R.*

Brak lekarzy wojskowych w Austryi, wywołany zmniejszeniem się frekwencyi na Wydziałach lekarskich i przyrostu lekarzy wogóle, skłonił władze wojskowe do poprawienia niekorzystnych dotychczas stosunków awansu lekarzy wojskowych. Zarazem dla zapewnienia dostatecznej pomocy lekarskiej w czasie ćwiczeń, mają być w przyszłości powoływani do ćwiczeń lekarze rezerwy, podobnie, jak to działo się dotąd w obronie krajowej. (»Klin. ther. Wochs.« 41). *R.*

W sprawie warszawskiej Kasy chorych lekarzy, odpowiadając na zarzuty dra Kramsztyka (por. »Przegl. lek.« Nr 42, str. 558), wskazuje Dr J. Zawadzki na to, że wszystkie Związki zawodowe (a takim jest »Stowarzyszenie lekarzy polskich«, mające stworzyć Kasę chorych), mają i muszą mieć prawo kontrolować i karać swych członków i że obowiązkiem ich jest starać się o dobro swych przedewszystkiem członków. Ponieważ »reformy społeczne«, bliżej przez Dra Kr. nieokreślone, które mają poprawić byt lekarzy, są bardzo odległe, przeto nie można na nie czekać, ale trzeba uciec się do samopomocy. Najsłuszniejszą zaś podstawą samopomocy jest system opodatkowania się, proporcyonalnego do dochodów. (»Kron. lek.« 20). *R.*

Zmian w organizacyi Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich żąda Dr Tchórznicki (»Kuryer warsz.« Nr 289), podając obok pomysłów słusznych (ograniczenie liczby wykładów na posiedzeniach ogólnych, nadanie wycieczkom balneologicznym po Zjeździe charakteru więcej naukowego i t. p.), rozmaite inne, bądź spóźnione (organizacya komitetów lokalnych za pośrednictwem Towarzystw naukowych — uchwalona już przez X. Zjazd na wniosek Dra Jaworskiego z Warszawy), bądź trochę..... przedwczesne (wynagradzanie członków komitetu za prace przygotowawcze, wyznaczanie kolei i długości wykładów naukowych z góry według wartości pracy i ważności przedmiotu i t. p.). Z żądaniami tej ostatniej kategoryi i z krytyką Dra T., zwróconą do naszych dotychczasowych Zjazdów, rozprawia się ostro Dr Łagowski (»Gazeta codz.« Nr 83), któremu w tem zwłaszcza niepodobna odmówić słuszności, iż »żałować wypada, że Dr T. z krytyką naszych Zjazdów nie wystąpił na łamach pism ściśle naukowych«. Występując w jednem z pism codziennych, wyświadczył Dr. T., zdaniem Dra Łagowskiego, Zjazdom »nieosobliwą przysługę«. *R.*

Rachunki lekarskie za komisye zdrowotne. (Rozp. Nam. gal. z 20. X. 1907, l. 86.486 VI. B.). Wskutek prośby lekarzy okręgowych, wniesionej na ręce Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, c. k. Namiestnictwo po porozumieniu się z Wydziałem krajowym, zmienia: 1) § 5 instrukcyi o przedkładaniu rachunków lekarskich za poruczone im przez władze polityczne komisye w sprawach zdrowotnych, (rozp. Nam. z 26. V. 1880, l. 56.779 z r. 1879 i okólnik Nam. z 14. XII. 1883, l. 77.397) w ustępie b.) o tyle, że od lekarzy okręgowych, jako zaprzysiężonych organów publicznej służby zdrowia, nie będzie się wymagać przedkładania certyfikatów gmin lub obszarów dworskich, stwierdzających, ile czasu potrzebowali do czynności komisyjnej w danej gminie. 2) Punkt 30. rozporządzenia Nam. z 12. IV. 1890, l. 18.936, wydanego w porozumieniu z Wydziałem krajowym w sprawie ochronnego szczepienia od ospy, zmienia się o tyle, że nie będzie się w przyszłości żądać od lekarzy okręgowych potwierdzenia, czyli certyfikatu wedle załączonego do powyższego rozporządzenia wzoru. *T.*

Żądanie ustawy o przymusowem leczeniu ospy wnieśli w austryackiej Radzie Państwa Dr Chiari, Kindermann i Oberleithner 16. X. b. r. *R.*

Ustawy o opiece nad ubogimi, kalekami i nieuleczalnymi domagał się na jednem z ostatnich posiedzeń Sejmu gal. poseł Małachowski. Wniosek ten odesłano do komisyi administracyjnej. *R.*

Sprawą ustawy o chorobach zakaźnych zajął się z dzienników »Kuryer lwowski« (Nr 486), zalecając zbadanie ogłoszonych obecnie jej zasad ze względu na interesa Galicyi. *R.*

Szkół dla umysłowo upośledzonych dzieci jest w Niemczech obecnie 197. A u nas? *R.*

Podniesienie higieny mieszkań uzyskała Bawarya przez ustanowienie osobnych sanitarnych inspektorów mieszkań. Widocznie okazało się to praktyczne, skoro obecnie rząd würtemberski rozszerzył działalność takich inspektorów, ustanowionych dla miejscowości ponad 3000 mieszkańców, na wszystkie gminy kraju, a podobny nadzór wprowadza Rada kantonalna bazylejska w Szwajcaryi. Ciekawa rzecz, czy i kiedy u nas będzie coś podobnego? *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 20. do 26. X. 1907 doniesiono o 16 nowych przypadkach duru plamistego w 8 gminach, a mianowicie: pow. Drohobycz (Łastówki 3), Jaworów (Zawadów 2), Kosów (Riczka 1), Lisko (Wołosate 2), Rawa (Wulka mazowiecka 5), Śniatyn (Rudniki 1), Stryj (Duliby 1), Zaleszczyki (Milowce 1). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 20. do 26. X. 1907 urodziło się dzieci żywo 54, nieżywo 5; zmarło osób 54 (w tem obcych 21), z nich z gruźlicy 15 (4), zapalenia płuc 3, błonicy 1 (1), czerwonki 1. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 20. do 26. X. 1907 było przypadków: odry 2, płonicy 3, duru brzusznego 4, czerwonki 3 (†1 dziecko czteroletnie), krztuśca 2, błonicy 3, ospianki 1, róży 1, nagm. zapalenia przyusznicy 2. *W.*

Cholera pojawiła się już w gubernii lubelskiej; za zagrożone cholerą uznano urzędownie prócz tego gubernie wołyńską, mohylewską i mińską. Napewno też oczekiwać można rozszerzenia się zarazy na całe Królestwo Polskie i lada chwila przekroczyć ona może granice Galicyi. By stłumić ją w danym razie w zarodku, poczyniły rządowe władze sanitarne w Galicyi wszystkie przygotowania, podobnież zarządy miejskie Lwowa i Krakowa wydały stosowne zarządzenia; natomiast mniej niestety słychać o tem, żeby także miasta prowincyonalne galicyjskie zawczasu przygotowywały środki zapobiegawcze. *R.*

Wiadomości bieżące.

Kursa dla lekarzy odbędą się w Krakowie od 2. do 21. grudnia b. r. (Program kursów obacz niżej).

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 30. X. posiedzenie, na którem Prof. Kader przedstawił chorych ze swej kliniki, a Prof. Krzyształowicz i Prof. Siedlecki zdali sprawę ze swych szczepień kiły na małpy, przedstawiając jedno z tych zwierząt, poczem nastąpiła ożywiona dyskusya.

— Magistrat i komisya sanitarna miejska uznały niedawno, że niema epidemii płonicy w Krakowie, że więc miasto nie potrzebuje otwierać swego szpitala epidemicznego (za który służy w razie epidemii oddział szpitala OO. Bonifratrów). Natomiast Wydział krajowy zażądał, by miasto swój szpital otwarło, gdyż oddział zakaźny szpitala krajowego nie mógł pomieścić zgłaszających się wszystkich przypadków płonicy, co znów, zdaniem władz miejskich, nie było skutkiem epidemii, ale ciasnoty szpitala krajowego, niewystarczającego widocznie na zwykły, nie-epidemiczny przyrost chorych na płonicę. Namiestnictwo i Krajowa Rada Zdrowia uznały jednak płonicę w Krakowie za epidemiczną, przez co miasto musiało zastosować się do żądania Wydziału krajowego i swój szpital otworzyć. Sprawa ta może mieć, jak podniósł »Kuryer lwowski« (Nr 491) ciekawe następstwa, jeżeli miasto Kraków starać się będzie drogą prawa odzyskać od Wydziału krajowego swoje wydatki, wyłożone na otwarcie szpitala. Wynik tego sporu może mieć bowiem pod względem prawnym znaczenie zasadnicze nietylko dla Krakowa, ale i dla Lwowa, który był przed dwoma laty w położeniu podobnem, na drogę prawa jednak się nie zwrócił. Nadto, zależnie od wyniku sprawy, wypadnie, być może, albo gminie m. Krakowa postarać się o porządny szpital epidemiczny zamiast »tymczasowego« (od lat) posiłkowania się niezbyt odpowiednim oddziałem szpitala OO. Bonifratrów, albo też kraj będzie musiał znacznie rozszerzyć pomieszczenie dla chorych zakaźnych w szpitalu św. Łazarza.

— Na ostatniej konferencyi okręgowej nauczycielstwa krakowskiego w d. 15. X. wygłosił referat w sprawie opieki pozaszkolnej nad młodzieżą pod względem higienicznym Dr Jan Landau, znany z gorliwej kilkuletniej działalności w sprawach higieny szkolnej.

— Prymaryuszem oddziału położniczego szpitala św. Łazarza mianował Wydział krajowy Prof. Dr Al. Rosnera.

— Dyplom doktorski uzyskali panna Regina Korngoldówna, rodem z Tarnowa i p. Korneli Budzynowski, rodem z Krakowa.

— Dr Norbert Gertler prosi nas o zaznaczenie, że już w r. 1902 w dyskusyi nad wykładem Dra Biera »O organizacyi dezynfekcyi w większych miastach« w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem (»Przegl. lek.« 1902, Nr 8, str. 123) podał myśl, by w mieszkaniach chorych zakaźnych wprowadzić w użycie chałaty płócienne, zachęcając, by koledzy, zasiadający w Radzie miejskiej i komisyi sanitarnej, myśl tę podjęli. Główny ustęp przemówienia Dra Gertlera brzmiał według ogłoszonego wówczas protokołu posiedzenia: »Urząd dezynfekcyjny (lub magistrat) sprawia odpowiednią ilość chałatów szpitalnych, które w puszkach blaszanych zamkniętych, opatrzonych pieczęcią i znakiem »jałowe« oddaje na skład do aptek. Lekarz, wezwany do przypadku zakaźnego, zapisuje lekarstwo i zarazem odpowiednią ilość chałatów (wielkość może być różną, Nr 1, 2, 3) dla siebie i dla otoczenia chorego. Apteka (za małem wynagrodzeniem n. p. 40 h. i złożeniem odpowiedniej kaucyi) wypożycza chałat, który po

ukończeniu leczenia rodzina chorego zwraca zakładowi dezynfekcyjnemu, gdzie otrzymuje złożoną w aptece kaucyę«.

Lwów. Rada miejska uchwaliła 24. X. jednomyślnie na wniosek radcy m. Dra Piska starać się przez posłów m. Lwowa, aby do Najwyższej Rady Zdrowia w Wiedniu powołano nietylko jednego lekarza-Polaka w miejsce ś. p. Jordana, ale przynajmniej 4 członków z Galicyi.

— W mniejszym może stopniu, niż Kraków, odczuwa jednakże i Lwów konieczność reform służby lekarskiej miejskiej. Rzecz ta idzie jednak we Lwowie o tyle lepszą drogą, że poruszana ona jest często i w Radzie miejskiej i w prasie codziennej. »Kuryer lwowski« (Nr 501) sądzi, że nie zachodzi potrzeba zmiany instrukcyi dla lekarzy miejskich (coby wymagało zresztą osobnej ustawy krajowej), lecz że wystarczyłoby zwiększyć liczbę lekarzy dzielnicowych z 7 do 10 (jakby to odpowiadało wymaganiom ustawy), i podnosząc odpowiednio wynagrodzenie tych lekarzy uwolnić ich od konieczności zajęć ubocznych (praktyki prywatnej) tak, aby cały swój czas i wszystkie siły poświęcić mogli obowiązkom swego urzędu.

— »Tygodnik lekarski« (43) gorąco popiera myśl urządzenia 30-letniego jubileuszu istnienia Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, ponieważ uroczystość ta może wpłynąć ożywczo na projektowane reformy, jak przekształcenie Towarzystwa z sekcyi Towarzystwa lekarzy galic. na Towarzystwo zupełnie samoistne, na sprawę finansów, budowy własnego domu i organu Towarzystwa lwowskiego.

— Na pierwszy rok Wydziału lekarskiego we Lwowie wpisało się 65 słuchaczy, o 30 przeszło mniej, niż w r. z.

— Zaszczytnie znany z prac swych na polu historyi medycyny, Dr med. Władysław Szumowski, rodem z Warszawy, uzyskał dyplom doktora filozofii Uniw. lwowskiego.

Warszawa. Wobec stwierdzenia podejrzanych zasłabnięć w gubernii lubelskiej i uznania jej za zagrożoną przez cholerę zarządził generał-gubernator warszawski, by osoby, przybywające z tej gubernii, poddawać odpowiedniemu nadzorowi, a prezydent m. Warszawy przystąpił do utworzenia w Warszawie komitetu do walki z cholerą. — W gub. lubelskiej 15. i 16. X. wygłosili lekarze powiatowi dla policyi, wójtów i sołtysów kilkanaście wykładów o cholerze, jej objawach i środkach zapobiegawczych ze szczególnem uwzględnieniem odkażania, w d. 20. X. odbył się tam Zjazd wszystkich lekarzy powiatowych w celu wypracowania jednostajnego regulaminu walki z cholerą, wreszcie na naradzie u gubernatora postanowiono bezzwłocznie utworzyć dwa ruchome oddziały sanitarne, oraz dwie podręczne apteki. — Urząd lekarski gub. warszawskiej podzielił całą gubernię na obwody, a w każdym obwodzie utworzył osobne komitety przeciwcholeryczne, których personal lekarski składa się ze wszystkich wogóle lekarzy, zamieszkałych w obrębie danego obwodu; do pomocy lekarzom dodano felczerów oraz sanitaryuszów płci obojga. Każdy obwód otrzyma własny tymczasowy szpital choleryczny kosztem miast lub gmin. Nadto na wszystkich przystaniach na Wiśle polecono urządzić stacye obserwacyjne z kamerami dezynfekcyjnemi. — Coraz bardziej szerząca się epidemia ospy sprawiła, że i ludność w dzielnicach fabrycznych Warszawy poprostu ciśnie się do szczepienia, a nawet dzieci starsze poddaje szczepieniu powtórnemu. — Zarządowi szpitala żydowskiego w Warszawie od pewnego czasu zarzucał jeden z dzienników ciągłe niedbalstwo, a służbie szpitalnej — nieludzkie obchodzenie się z chorymi. Naczelny lekarz szpitala, Dr Szwajcer, w liście otwartym zaprzeczył tym wieściom i rzeczą jest pewną, że wieści te były z gruntu zmyślone. — Pawilon im. ś. p. Dra Jonszera w szpitalu dla umysłowo chorych w Kochanówce pod Łodzią ma być oddany do użytku publicznego już na wiosnę. — Z powodu przejścia szpitala w Tworkach pod zarząd gubernialnej Rady Dobr. zaniechano projektu budowy nowego szpitala dla obłąkanych wyłącznie na potrzeby ludności gub. warszawskiej, natomiast postanowiono rozszerzyć szpital w Tworkach przez przebudowanie doń nowego pawilonu. — Redaktorem »Zdrowia«, organu Warszawskiego Towarzystwa higienicznego, na następne trzechlecie obrano Dra Józefa Piotrowskiego. — Do komitetu zorganizowanego we Włocławku »Oddziału kujawskiego« Warsz. Tow. higienicznego weszli oprócz inicyatora, Dr M. Certowicza, Doktorzy: Gruel, Sawicki, Wolberg i Zawadzki, oraz inż. Domański. *Dr L.*

— W uniwersytecie warszawskim (nadal zamkniętym) utworzyło ministeryum oświaty komisye egzaminacyjne z prawem wydawania dyplomów. Do egzaminów lekarskich przystępować mogą studenci, mający świadectwo uczęszczania przez 10 półroczy na wydział lekarski.

— P. Izabela Landauowa ofiarowała 30,000 rb. na założenie izraelickiej instytucyi dozorczyń chorych.

— Ruchomy oddział okulistyczny udzielił w Pułtusku przez miesiąc 2,585 porad i wykonał 107 operacyi.

— Towarzystwo lekarskie radomskie liczyło z początkiem roku 1906 65 członków, z końcem 58, odbyło w ciągu r. 1906 7 posiedzeń (kilku posiedzeń nie zwołano z powodu stanu wojennego), na których było tylko 5 odczytów i 1 demonstracya. Jeszcze w r. 1903 liczyło Towarzystwo członków 67, odbyło 11 posiedzeń z 19 odczytami i 10 demonstracyami. W roku 1906 urządziło Towarzystwo, jak corocznie, szczepienie krowianki. Zwróciwszy uwagę Zarządu miasta na panujące epidemie, uzyskało Towarzystwo zarządzenie odpowiednich środków. Dochody wynosiły 792 rb., rozchody 623 rb., fundusz dla wdów i sierót po lekarzach 121 rb. Biblioteka liczyła 1,036 tomów. (»Czasop. lek.« 9/10).

— Lekarze łódzkiego szpitala im. Poznańskich ogłosili list otwarty, piętnujący postępowanie łódzkiej gminy izraelickiej, która zalegając z opłatami za ubogich chorych, zamknęła przez to ludności najbiedniejszej wstęp do szpitala. (»Czas. lek.« 9/10).

Wilno. Naczelny lekarz zakładów Dzieciątka Jezus, Dr J. Moraczewski, otrzymał dymisyę pomimo, że za czasów jego kierownictwa śmiertelność wśród dziatwy zakładu spadła z 77% na 10%, jak to zaznaczył gubernator wileński w wydanem Dr Moraczewskiemu świadectwie. (»Kuryer warsz.« 29).

Z różnych stron. W Salzburgu odbył się we wrześniu pierwszy wiec profesorów wszechnic niemieckich. Najważniejsze z omawianych spraw były uchwały, dotyczące wyrabiania nowych sił dydaktycznych. Uznano, że dopuszczenie do wykładów (prawo habilitacyi) powinno być autonomicznem prawem wszechnic, że przy habilitacyach należy stawiać jaknajwyższe wymagania, zostawiając jednak otwarte wrota dla wszystkich kierunków naukowych, nie dopuszczając zaś do habilitacyi tych tylko, których sposób życia i stanowisko nie godzą się z zawodem nauczycielskim i zadaniami samodzielnego badacza, że docenci prywatni i profesorowie bezpłatni, których zdolności zostały wypróbowane, powinni otrzymywać płace. Przyszły wiec odbędzie się w październiku 1908 w Jenie; w komitecie zasiadają z lekarzy prof. Waldeyer i Hohenegg.

— W Berlinie utworzył się międzynarodowy komitet lekarskich wycieczek naukowych pod przewodnictwem prof. Renversa. Honorowym prezesem jest prof. Leyden.

— Zjazd stałej międzynarodowej komisyi dla badania chorób zawodowych odbędzie się w r. 1910 w Brukseli. W Medyolanie utworzono klinikę chorób zawodowych pod kierunkiem prof. Devoto.

— W jednym z dzienników warszawskich (»Gaz. codz.« 85) poruszono praktyczną myśl, by okładkę zeszytów szkolnych użyć dla krzewienia zasad higieny, na wzór Szwajcaryi, gdzie na okładkach zeszytów szkolnych drukowane bywają pouczenia z najróżniejszych zakresów życia praktycznego, przenikające przez to bez trudu do szerokich kół młodzieży.

— Prof. A. Eber, dyrektor instytutu weterynaryjnego na uniwersytecie lipskim, ogłasza wyniki, uzyskane po dwuletniem stosowaniu surowicy Behringa przeciw gruźlicy u bydła. Dochodzi on do wniosku, że surowica Behringa nie jest lekiem dostatecznie skutecznym i pewnym, widzi w niej tylko lek pomocniczy i działający korzystnie, jeśli się ją stosuje równocześnie z innymi środkami. *Stahr.*

Mianowani: Asystentami Uniw. Jag.: Dr Wł. Filipkiewicz przy katedrze pedyatryi, Dr Z. Radliński przy katedrze chirurgii; b. lekarz szpitala św. Władysława w Opocznie, Dr. Walenty Rudziński, mianowany nadetatowym lekarzem miejskim przy warszawskim urzędzie lekarskim; Dr B. Handelsman ordynatorem szpitala powiatowego w Łodzi; Dr St. Bartoszewicz, b. docent uniwersytetu w Charkowie, kierownikiem miejskiej pracowni higieniczno-sanitarnej w Łodzi;

Prof. Henkel z Berlina dyrektorem kliniki położniczej w Gryfii.

Redakcya otrzymała: Doc. Chlumský: Mięsienie i jego zastosowanie. Kraków (Spółka wyd.) 1908. — Nitsch: O jadzie błoniczym. — Klecki: Bericht üb. d. experiment. Untersuchungen üb. d. Durchtritt von Bakterien durch die intakte Darmschleimhaut. »Wiener klin. Wochs.« 1907. — Dobrowolski St.: Zasady postępowania w położnictwie na podstawie sprawozdania z dziesięciolecia kliniki poł.-gin. Uniw. J. »Ginekologia« 1907. — Prof. A. Bonome: Sulla tubercolosi di origine alimentare. Milano 1907.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w październiku 1907: *Gazeta lekarska Nr 38—42:* Starkiewicz: Ś. p. Bolesław Żebrowski. Żebrowski Bol.: O stosunku substancyi uczulającej hemolitycznej do precypitynogenu. Heryng: Gruźlica migdałków i gardzieli (dok.). Jaworski J.: O leczeniu spraw zapalnych przymacicznych, okołomacicznych i przydatków macicy. Ryłko: Przypadek mięsaka błony śluzowej trzonu macicy. Zebrowski Aleksander: W sprawie uleczalności i pooperacyjnego leczenia ropnicy pochodzenia usznego (dok.). Lewenstern: O uszkodzeniach kiszek pochodzenia urazowego przy zachowaniu całości powłok brzusznych. Polański: Zmiany chorobne oraz powikłania w nosie, gardzieli, krtani i narządzie słuchowym przy influency. Bychowski: Przyczynek do rozpoznania powierzchownych guzów mózgu. *Medycyna Nr 40—43:* Gryglewicz: Ś. p. Bolesław Żebrowski. Stankiewicz: O krwiomoczu. Paszkiewicz (dok.). Bieliński (c. d.). Steinhaus J.: Stosunek szybkości obiegu krwi do częstości tętna. Neugebauer: Fistula vesicovaginalis profunda. Hysterokleisis vesicalis. Sanatio. Borsuk: Przyczynek do sprawy powikłań przepuklin uwięzniętych. — *Kronika lekarska Nr 19—20:* Sędziak: Etyologia porażeń nerwów krtaniowych dolnych czyli wstecznych. Dudrewicz: O zapobieganiu cierpieniom narządu słuchowego. Giedroyć (c. d.). Bregman: O całkowitej utracie czucia. — *Tygodnik lekarski Nr 40—43:* Hornowski: O groźnych dla życia objawach, wywołanych przez opadanie trzew brzusznych. Cybulski i Tarchanow: Kilka słów w sprawie jadów w jelicie prawidłowem (doniesienie tymczasowe). Dobrucki: Przyczynek do chirurgii wgłobień. Spira: Przekrwienie bierne metodą Bier-Klappa w leczeniu chorób usznych. Popielski: O fizyologicznem działaniu i chemicznych własnościach wyciągów z treści i ścianek jelit. Sokołowski A.: Czy ludność żydowska częściej niż chrześcijańska zapada u nas na suchoty płucne? — *Czasopismo lekarskie Nr 9—10:* Lidmanowski: O wewnętrznem leczeniu niedrożności kiszek. Schoeneich: O zapaleniu nerek w przebiegu płonicy (dok.). W. Puławski: Dalsze przyczynki do statystyki leczenia błonicy surowicą swoistą. Sędziak: Zaburzenia nosowo-gardłowo-krtaniowo-uszne w przebiegu cierpień dróg oddechowych. Piasecki: I. Niedrożność jelit w drugiej połowie ciąży. II. Przypadek odmy urazowej całkowicie zamkniętej. — *Nowiny lekarskie Nr 10:* Janowski: Dyagnostyka funkcyonalna serca i naczyń. W. Nowicki i J. Hornowski: Zmiany w tętnicy głównej królików po śródżylnych wstrzykiwaniach adrenaliny. Eisenberg: Nowe drogi i nowe zagadnienia w nauce o odporności. — *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych Nr 7—9:* Łukasiewicz: Leczenie kiły wobec nowszych badań. Buraczyński: W sprawie żółtaczki we wczesnym okresie kiły. Leszczyński: Nowe zarobki przetworów rtęciowych. Kozerski i Górkiewicz: Z osobistych spostrzeżeń w zakresie rentgenoterapii, radiumterapii i fototerapii. Bernhardt: O skombinowanem leczeniu wilka pospolitego. Świątkiewicz Józef: Leczenie tocznia żrącego eugallolem. Leszczyński: O leczeniu poronnem rzeżączki. — *Postęp okulistyczny Nr 9:* Wicherkiewicz: Przecięcie mięśni prostych dla zapobieżenia objawom zapalenia sympatycznego i dla względów kosmetycznych. Szymański: Czasowy nystagmus, wywołany przez polipa w uchu. *Kronika dentystyczna Nr 10:* Gońka: Która metoda leczenia zgorzeli miazgi i zaopatrywania korzeni daje najlepsze wyniki?

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 6 listopada o godz. 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska l. 4). Porządek dzienny: 1) Dr Radliński: Modyfikacye operacyi Bassiniego i operacyi żylaka powrózka nasiennego w związku z wynikami badań nad tętnicami jądra. 2) Demonstracye: Prym. Dr Borzęcki, Prof. Kader, Dr. Filipkiewicz, Doc. Gliński.

Po posiedzeniu wspólna **wieczerza koleżeńska.**

Kursa dla lekarzy na Wydziale lekarskim w Krakowie

2. do 21. grudnia 1907.

Wyjaśnień udziela i zgłoszenia przyjmuje prof. Ciechanowski (Wielopole 4).

Wpisy przyjmuje kwestura Uniwersytetu (Collegium novum, ul. Jagiellońska) od 26 listopada do 2 grudnia 1907.

Liczba uczestników (najmniejsza, konieczna do rozpoczęcia kursu i najwyższa) w niektórych działach ograniczona.

Kursa odbywać się będą tylko w dni powszednie, t. j. prócz niedziel.

Zebranie informacyjne wszystkich uczestników wspólnie z komitetem kursów dla ustalenia dni i godzin tych kursów, które z góry nie są oznaczone i t. d. odbędzie się w niedzielę 1 grudnia o godzinie 8 wieczór w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4).

Prócz już ogłoszonych kursów będzie można zorganizować wtedy kursa na inne jeszcze tematy, jeżeli zgłosi się dostateczna liczba uczestników.

Dotąd zgłoszono kursa następujące:

Bakteryologia.

Prof. Nowak wspólnie z asystentem Dr Szymanowskim: Praktyczny kurs bakteryologii. W zakładzie mikrobiologii (św. Jana 20). 12 godzin tygodniowo, codziennie od 4—6 popołudniu. Czesne 50 K. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Doc. Droba: Bakteryologia cholery i duru brzusznego (ćwiczenia praktyczne). W zakładzie anatomii patol. (Collegium medicum, Grzegórzecka). 6 godzin tygodniowo, w poniedziałki, środy i piątki od 6—8 popołudniu. Czesne 30 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Prof. Bujwid: 1) Najprostsze sposoby rozpoznawania bakteryi chorobotwórczych. W zakładzie higieny (Strzelecka 9). 12 godzin tygodniowo, codziennie od 3—5 popołudniu. 2) Szczepienia lecznicze i ochronne, demonstracye przygotowania surowic i szczepionek. Tamże, 10 wykładów od 4—5 popołudniu, w dniach, później oznaczyć się mających. 3) Higieniczne badanie wody. Tamże, 5 wykładów, w dniach i godzinach później oznaczyć się mających. Czesne podane będzie później. Najmniej 5, najwyżej 15 uczestników.

Chemia lekarska.

Prof. Marchlewski wspólnie z asystentami Dr Koźniewskim i Dr. Mostowskim: Ćwiczenia praktyczne w chemii lekarskiej. W zakładzie chemii lek. (Kopernika 15). 6 godzin tygodniowo, w poniedziałki i środy od 3—6 popołudniu. Czesne 30 koron. Najmniej 5 uczestników. Początek kursu 4. XII.

Anatomia patologiczna, histologia praktyczna.

Prof. Ciechanowski: Dyagnostyka anatomiczno-patologiczna z ćwiczeniami w sekcyach. W zakładzie anatomii patolog. (Collegium medicum, Grzegórzecka 22). 6 godzin tygodniowo, codziennie od 2—3 popołudniu. Czesne 20 koron. Najmniej 5 uczestników.

Prof. Maziarski: Technika histologiczna (ćwiczenia praktyczne). W zakładzie fizyologicznym (Collegium medicum). 5 godzin tygodniowo, w środy i soboty od 2—4½ popołudniu. Czesne 20 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników. Początek kursu 4. XII.

Doc. Gliński: Dyagnostyka mikroskopowa guzów chorobowych z uwzględnieniem główniejszych metod badania. W zakładzie anatomii patol. (Collegium medicum), 8 godzin tygodniowo, w poniedziałki, wtorki, czwartki i piątki od 2—4 popołudniu. Czesne 30 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Jaworski i Doc. Mięsowicz: Demonstracye ważniejszych przypadków klinicznych. W klinice lekarskiej (ulica Kopernika). Jedna godzina tygodniowo (w porze porannej, później oznaczyć się mającej). Czesne 10 kor.

Prof. Jaworski: O znaczeniu uodpornienia i leczenia surowicami w zastosowaniu klinicznem. Miejsce: Klinika lekarska. Wogóle 2 godziny (w porze później oznaczyć się mającej). — »Publicum« dla wszystkich uczestników kursu (bez osobnego czesnego).

Doc. Latkowski: Dyagnostyka chorób wewnętrznych (ćwiczenia praktyczne) na materyale przychodnim. W klinice lekarskiej (ul. Kopernika). 3 godziny tygodniowo w porze porannej. Czesne 20 kor. Liczba uczestników nieograniczona.

Neurologia i psychiatrya.

Prof. Domański: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób układu nerwowego i omówienie ich leczenia. W szpitalu św. Łazarza. 3 godziny tygodniowo od 8—9 rano w dniach, które później oznaczone będą. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. Piltz: Sposoby badania chorób nerwowych i umysłowych. W ambulatoryum neurologicznem (Klinika okulistyczna, Kopernika 40). 3 godziny tygodniowo, we wtorki, czwartki i soboty od 4—5 popołudniu. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Pedyatrya.

Prof. Lewkowicz: Ćwiczenia w badaniu i leczeniu chorób dzieci. W klinice chorób dzieci (szpital św. Ludwika, ulica Strzelecka). 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 10—12 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Chirurgia.

Prof. Bossowski: Chirurgia dla lekarzy praktycznych. W szpitalu Bonifratrów (na Kazimierzu). 12 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 9—11 rano. Czesne 20 koron. Najmniejsza liczba uczestników 5.

Doc. Chlumsky: 1) Praktyczny kurs miesienia. W zakładzie ortopedycznym (Rynek kleparski 12). Czesne 40 koron. Najmniej 4 uczestników. 2) Praktyczny kurs ortopedyi. Tamże. »Publicum« bez osobnego czesnego. Liczba uczestników nieograniczona. Oba kursa razem 4 godz. tygodniowo, od 5—6 wieczór w poniedziałki, wtorki, środy i czwartki.

Prof. Kader wraz z asystentem Dr Radlińskim: Ćwiczenia teoretyczne i praktyczne z chirurgii szczegółowej. W klinice chirurgicznej (Kopernika 10). 14 godzin tygodniowo, codz. nie wyjmując Niedziel. Od 2. do 8. XII. od godz. 9—11 rano, od 9—21. XII. od 11—1 w południe. Czesne 60 koron. Najmniej 4, najwyżej 8 słuchaczy.

Kursa Doc. Rutkowskiego będą ogłoszone później.

Anatomia topograficzna.

Prof. Bochenek: Topografia narządów miednicy, z demonstracyami. W zakładzie anatomii opisowej (Kopernika 12). 3 godziny tygodniowo, w poniedziałki, wtorki i środy od 6—7 wieczór. Czesne 15 koron. Najmniej 10 uczestników.

Okulistyka.

R. dw. Prof. Wicherkiewicz wspólnie z asystentem dr Witalińskim: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób oczu. 6 godzin tygodniowo, od 6—11 w poniedziałki, środy, piątki. Czesne 30 koron. Najmniej 5 uczestników.

Kurs wziernikowania urządzony będzie w razie zgłoszenia się uczestników w liczbie dostatecznej, w godz. popołudniowych.

Dentystyka.

Prof. Łepkowski: Ćwiczenia w ekstrakcyach i plombowaniu zębów materyałami plastycznymi. W c. k. ambulatoryum dentystycznem (Rynek gł. 22, II. p.). 12 godzin tygod., codz. od 8—10 rano. Czesne 80 kor. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Laryngologia i otyatrya.

Prof. Pieniążek i doc. Nowotny: Praktyczny kurs laryngologii. W klinice laryngologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej, którą dokładniej później się oznaczy. Czesne 10 koron. Najwyżej 10 uczestników.

Doc. Nowotny: Praktyczny kurs otyatryi, (tamże), 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (j. w.). Czesne 10 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Doc. Baurowicz: Ćwiczenia w badaniu górnych dróg oddechowych prawidłowych i narządu słuchowego prawidłowego. W klinice chorób skórnych (szpital św. Łazarza). 4 godziny tygodniowo, w poniedziałki i piątki od 5 do 7 wieczór. Czesne oznaczone będzie później.

Dermatologia i syfilidologia.

Prof. Reiss: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób skórnych. W klinice dermatologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, we wtorki od 8—10, w czwartki i piątki od $8^1/_2$ do 10 rano. Czesne 20 koron. Najmniej 10 uczestników. Początek kursu 10. XII.

Prof. Krzyształowicz: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób wenerycznych. (Tamże). 3 godziny tygodniowo, we środy od 8—10, w soboty od 9—10 rano. Czesne 12 koron. Najmniej 5 uczestników. Początek kursu 11. XII.

Położnictwo i ginekologia.

Prof. Rosner wspólnie z asystentami: Dr Cetnarowskim, Jaworowskim i Morawskim: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu i leczeniu chorób kobiecych. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15), 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 9—10 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Doc. Dobrowolski: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu chorób ciąży i porodu i uwagi o fizyologii i patologii ciąży i porodu. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15) i na oddziale położniczym w szpitalu św. Łazarza, 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 10—11 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Kurs Doc. Brauna ogłoszony będzie później.

Medycyna sądowa.

Doc. Horoszkiewicz: Ćwiczenia praktyczne w orzeczeniach sądowo-lekarskich. W zakładzie medycyny sądowej (Collegium medicum, Grzegórzecka) 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 4—5 popołudniu. Czesne 20 koron. Najmniej 5 uczestników.

Przegląd godzin.

8—9.	Neurologia (Prof. Domański) 3 godz. tyg.
8—10.	Dermatologia i syfilidologia (Prof. Reiss i Krzyształowicz) codziennie prócz poniedziałków.
	Dentystyka (Prof. Łepkowski) codz.
9—10.	Ginekologia (Prof. Rosner) codz.
9—11.	Chirurgia (Prof. Bossowski) codz. — Prof. Kader od 2—8. XII.
10—11.	Położnictwo (Doc. Dobrowolski) codz.
10—12.	Pedyatrya (Prof. Lewkowicz) codz. prócz sobót.
11—1.	Okulistyka (Prof. Wicherkiewicz i Dr Witaliński) poniedz., środy, piątki. — Chirurgia (Prof. Kader i Dr Radliński od 9. XII, codz.
Pora poranna na razie nie oznaczona.	Medycyna wewn. (Prof. Jaworski i Doc. Mięsowicz) 1 g. tyg. (Doc. Latkowski) 3 g. tyg.
	Laryngologia i otyatrya (Prof. Pieniążek i Doc. Nowotny) codz. prócz sobót.
2—3.	Dyagnostyka anatom. patol. (Prof. Ciechanowski) codz.
2—$4^1/_2$.	Technika histol. (Prof. Maziarski) środy i soboty. Dyagnostyka histopatologiczna (Doc. Gliński) inne dni.
3—5.	Dyagnostyka bakteryol. (Prof. Bujwid) codz.
3—6.	Chemia lek. (Prof. Marchlewski) poniedz. i środy.
4—5.	Neurologia (Prof. Piltz) wtorki, czwartki i soboty.
	Medycyna sądowa (Doc. Horoszkiewicz) codz. prócz sobót.
	Szczepienie ochronne (Prof. Bujwid) 10 wykładów.
4—6.	Kurs praktyczny bakteryologii (Prof. Nowak) codz.
5—6.	Miesienie i ortopedya (Doc. Chlumsky) codz. prócz piątków i sobót.
5—7.	Badania laryngol. (Doc. Baurowicz) poniedz. i piątki.
6—7.	Anatomia topogr. miednicy (Prof. Bochenek) poniedz., wtorki, środy.
6—8.	Kurs choleryczny (Doc. Droba) poniedz., środy, piątki.
Pora popołudn. na razie nie oznaczona.	Wziernikowanie oka.
	Badanie higien. wody (Prof. Bujwid) (5 wykł.).

Rok XLVI. Kraków, dnia 9 listopada 1907. Nr 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału I. B) chorób wewnętrznych Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Rzut oka na przypadki duru brzusznego w ubiegłem dziesięcioleciu.

Napisał

Prym. Dr Antoni Krokiewicz.

Przypadki duru brzusznego *(typhus abdominalis)* zajmowały w ubiegłem dziesięcioleciu, t. j. w czasie od 1. VI. r. 1897 do 1. VII. r. 1907 niepoślednie miejsce w rzędzie chorób, leczonych na oddziale I. B) krajowego szpitala św. Łazarza. Na ogólną ilość chorych 18,671 (9,259 m., 9,412 k.) stwierdzono dur brzuszny 385 razy (u 194 m., 191 k.), t. j. 2,06%. Największa ilość przypadała na rok 1897, 1900, 1901, 1903 i 1907, a najmniejsza na rok 1902, 1904 i 1906, skoro:

w roku	rozpoznano dur brzuszny w przypadkach	m.	k.	na chorych	m.	k.	t. j. %
1897 (od 1. VI.)	29	(11	18)	1,085	(490	595)	2,6
1898 »	38	(21	17)	1,923	(955	968)	1,9
1899 »	37	(24	13)	1,839	(935	904)	2,01
1900 »	48	(23	25)	1,776	(881	895)	2,6
1901 »	49	(17	32)	1,888	(960	928)	2,6
1902 »	24	(14	10)	1,771	(888	883)	1,3
1903 »	45	(18	27)	1,928	(903	1,025)	2,3
1904 »	24	(16	8)	2,125	(1,027	1,098)	1,3
1905 »	37	(20	17)	1,632	(786	846)	2.2
1906 »	24	(17	7)	1,742	(922	820)	1,3
1907 (do 1. VII.)	30	(13	17)	962	(512	450)	3,1

Przeważnie na dur brzuszny zapadały osoby między 13. a 30. rokiem życia (zwłaszcza w wieku od 20—30 lat); mniej między 30. a 40. rokiem życia. W miarę późniejszego wieku przypadki duru brzusznego coraz rzadziej się pojawiały; najstarsza chora liczyła lat 75 (wyzdrowiała). Poniżej zamieszczone zestawienie rzecz bliżej wyjaśnia:

Od 13—20 l. zachor. na d. brz. osób	110	(69 m.,	41 k.)	tj. 28,5%
» 20—30 » » » » » »	165	(73 »	92 »)	» 42,8 »
» 30—40 » » » » » »	75	(37 »	38 »)	» 19,4 »
» 40—50 » » » » » »	24	(10 »	14 »)	» 6,2 »
» 50—60 » » » » » »	6	(1 »	5 »)	» 1,6 »
» 60—70 » » » » » »	4	(4 »	0 »)	» 1,06 »
» 70—75 » » » » » »	1	(0 »	1 »)	» 0,2 »

Najwięcej zgłosiło się chorych do szpitala w miesiącach letnich i jesiennych, tudzież w styczniu; natomiast w lutym, marcu, kwietniu, maju i czerwcu — ilość chorych na dur brzuszny bywała znacznie mniejsza i utrzymywała się prawie w tej samej mierze, gdyż:

w styczniu znajdowało się w leczeniu szpit.	(15 m.,	17 k.)	32
w lutym » » » »	(7 »	13 »)	20
w marcu » » » »	(9 »	12 »)	21
w kwietniu » » » »	(12 »	10 »)	22
w maju » » » »	(17 »	5 »)	22
w czerwcu » » » »	(15 »	9 »)	24
w lipcu » » » »	(22 »	21 »)	43
w sierpniu » » » »	(25 »	22 »)	47
w wrześniu » » » »	(24 »	29 »)	53
w październiku » » » »	(19 »	17 »)	36
w listopadzie » » » »	(20 »	20 »)	40
w grudniu » » » »	(9 »	16 »)	25

Okoliczność tę łatwo wytłómaczyć teoryą przyrzutową, kontagionistyczną, ze względu na sposób szerzenia się prątka Eberth-Gaffkyego.

Chorzy na dur brzuszny pochodzili z 97 miejscowości zakażonych; przeważnie jednak z Krakowa (156 chorych t. j. 75 m., 81 k.), lub z najbliższych okolic Krakowa (155 chorych t. j. 84 m., 71 k.), tylko 74 (35 m., 39 k.) chorych było mieszkańcami gmin odleglejszych. Należy też podnieść, iż w ostatnich 2 latach ilość chorych na dur brzuszny z miasta Krakowa niepomiernie się zmniejszyła z powodu korzystniejszych warunków higienicznych przez zaprowadzenie wodociągów i zaopatrzenie mieszkańców w lepszą wodę do picia. Gdy w poprzednich latach rokrocznie leczono na dur brzuszny z samego Krakowa 17—22 chorych, to w r. 1906 ilość ich ograniczyła się do 10, a w r. 1907 spadła do 8.

Z wyjątkiem 11 chorych, należących do ludzi o wyższem zawodowem wykształceniu lub do młodzieży uczącej się (ksiądz, sędzia, inżynier, artysta dramatyczny, nauczycielka, 6 uczniów gimnazyalnych), wszyscy inni zaliczali się do klasy, stojącej na nizkim stopniu inteligencyi. W 43,1% chorzy rekrutowali się ze stanu robotniczego i wyrobniczego (168 t. j. 82 m., 86 k.); w 22,5% ze służących (83 t. j. 16 m., 67 k.); w 5,8% z rolników (22 t. j. 13 m., 9 k.); w 3,2% z zawodu piekarskiego; w 2,6% z zawodu kowali i ślusarzy; dalej 2,4% szewców, 2,1% szwaczek, 1,8 konduktorów kolejowych, 1,3% murarzy, kramarzy, stolarzy, kamieniarzy, 1,06% szynkarzy i kelnerów, kotlarzy, blacharzy, stróżów domowych, 0,8% tercyanów szkolnych, malarzy pokojowych, szklarzy, drukarzy, aresztantów; 0,2% t. j. w sporadycznych przypadkach nie brakło przedstawicieli

zawodu cukierniczego, kucharskiego, powroźniczego, kominiarskiego, bednarskiego, siodlarskiego, a nawet mamki, włóczęgi i prostytutki. Zauważyć należy, iż nikt ze służby szpitalnej nie zachorował na dur brzuszny; natomiast względnie często, gdyż u 12 chorych t. j. 3,2% można było wykazać zatrudnienie w piekarni.

Chorzy przyjęci do szpitala z durem brzusznym znajdowali się przeważnie w pierwszych dwóch tygodniach choroby. Według zestawienia stwierdzono w chwili przyjęcia:

I tydzień choroby u 130 chorych (64 m., 66 k.)
II » » » 126 » (68 » 58 «)
III » » » 76 » (31 » 45 «)
IV » » » 46 » (28 » 18 «)
V—VIII » » 7 » (3 » 4 «)

Przebieg kliniczny w przeważnej liczbie przypadków miał cechy, właściwe durowi brzusznemu: znamienne odurzenie, suchość języka, obrzęk śledziony, bolesność w okolicy kiszki ślepej. Pod koniec 10—14 dnia występowała w 78% osutka guzkowa w różnem nasileniu na brzuchu, rzadziej na klatce piersiowej; dość rzadko (12%) stwierdzano osutkę plamistą obok guzkowej, a dwa razy tylko (0,8%) osutkę z charakterem wybroczynowym. Również między 10. a 14. dniem znamienne stolce podobne do grochowianki, dopełniały obrazu chorobowego. W nielicznych względnie przypadkach rzecz miała się inaczej. Najdłuższy okres chorobowy, uwzględniając stan gorączkowy w całości, t. j. w czasie pobytu w domu i szpitalu wynosił 90 dni; najkrótszy 11 dni; średnio około 20 dni. W czasie pobytu w szpitalu trwała gorączka najdłużej 70 dni, najkrócej 5 dni, a średnio około dni 14.

W czasie spostrzegania szpitalnego ciepłota ciała przeważnie wahała się pomiędzy 39—40° C.; w 21 przypadkach (10 m., 11 k.) od 40,5—40,6° C,; w 3 zaledwie przypadkach (1 m., 2 k.) dochodziła do 41° C. i 41,5° C. (przypadki te zakończyły się wyzdrowieniem).

Tętno prawie zawsze miało cechy, właściwe durowi brzusznemu, gdyż prawie zawsze przy gorączce 39—40° C. wynosiło około 90—96 uderzeń na minutę. Zwłaszcza po zastosowaniu lekkiego środka przeczyszczającego, jak olejku rącznikowego, można było następnego dnia zauważyć spadek tętna, n. p. z 112—120 na 96. W rzadkich stosunkowo przypadkach, gdzie tętno było nitkowate i nie wyrównało się w pierwszych dniach pobytu w szpitalu, następowało zejście śmiertelne wśród objawów porażenia serca. Dwubitność tętna *(dicrotismus)* zauważyć można było zaledwie u 48 chorych (27 m., 21 k.) t. j. 12,4% i to w II. i z początkiem III. tygodnia duru brzusznego. Natomiast częściej, niż to bywa podawane, spostrzegano znaczny niestosunek między ciepłotą ciała, a liczbą tętna. U 5 chorych (1 m., 4 k.) przy ciepłocie ciała 40,5° C. tętno wynosiło 90 uderzeń na minutę; w jednym przypadku u kobiety, tętno przy 40° C. wynosiło 72. Bardzo znaczne zwolnienie tętna *(bradycardia)* spostrzegano w 30 przypadkach duru brzusznego (23 m., 7 k.) t. j. 7,7%; przyczem w 26 przypadkach występowało ono albo pod koniec choroby lub też w okresie zdrowienia i wynosiło od 50—60 uderzeń na minutę. W 4 przypadkach (3 m., 1 k.) zwolnienie tętna pojawiło się ku końcowi I. i na początku II. tygodnia t. j., w 7, 8, 9, 10 dniu choroby, a liczba tętna przez cały czas choroby wahała się naówczas od 40—60 (wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie).

Zwolnienie tętna zauważano zwłaszcza często w ostatniej epidemii duru brzusznego w roku 1907. W przebiegu zwolnienia tętna nie można było stwierdzić objawów, przemawiających za podrażnieniem opon mózgowych; w jednym tylko przypadku, u mężczyzny, zwolnienie tętna zauważono po przebytem obustronnem ropnem zapaleniu ucha środkowego z następowem przedziurawieniem błony bębenkowej i ropotokiem usznym. Zwolnienie tętna w przebiegu duru brzusznego należało odnieść do zadziałania niezwykle złośliwego jadu durowego na ośrodki nerwowe w mięśniu sercowym. Przemawia za tem okoliczność, iż podczas epidemii w r. 1907 bardzo złośliwej (śmiertelność wynosiła 26,6%, śmierć następowała w I. i II. okresie chorobowym jedynie tylko przez porażenie serca) zwolnienie tętna było bardzo częstym objawem klinicznym.

Niezwykłe powikłanie w przebiegu duru brzusznego stanowiły świeże zmiany zapalne na błonach sercowych w 4 przypadkach (2 m., 2 k.) t. j. 1,06%, a mianowicie: 1) Zapalenie ograniczone osierdzia *(pericarditis sicca)* u mężczyzny 22-letniego w 21. dniu choroby. 2) Zmiany świeże zapalne na zastawce dwudzielnej *(endocarditis recens mitralis)* u mężczyzny 42-letniego w 16. dniu choroby. 3) Zmiany świeże zapalne na zastawkach tętnicy głównej i dwudzielnej *(endoc. recens aortica et mitralis)* u naczycielki w 28 dniu choroby. 5) Zapalenie świeże zastawki dwudzielnej i trójdzielnej *(endoc. subacuta recens mitralis et tricuspidalis)* u kobiety 48-letniej. Pojawienie się zmian zapalnych świeżych na błonach sercowych świadczyło o ciężkiem nasileniu duru brzusznego. Wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie prócz ostatniego. Chora zmarła w 10. dniu spostrzegania klinicznego, a protokół oględzin pośmiertnych pokrótce opiewa: *Ileotyphus in stadio ulcerationis. Tumor lienis ac. Degeneratio parenchymatosa ac. myocardii, hepatis, renum. Endocarditis verrucosa recens, mitralis et tricuspidalis (praecipue mitralis). Cystitis catarrhalis ac. Dilatatio vesicae urinariae. Pneumonia hypostatica sin.* W przypadku tym przez cały czas spostrzegania klinicznego tętno było nitkowate, ciepłota ciała wahała się od 30—40° C.; w 10. dniu choroby na wargach wystąpiły opryszczki *(herpes labialis)*. Na szczególniejszą uwagę zasługuje przypadek, dotyczący nauczycielki 22-letniej, u której w przebiegu bardzo ciężkiego duru brzusznego w 28. dniu choroby wśród silnych dreszczów, gorączki 41,5° C. wystąpiły objawy zajęcia zastawek aorty i ujścia żylnego lewego. Chora odtąd gorączkowała wysoko o typie przerywanym przez sześć tygodni; tętno utrzymywało się około 132 uderzeń na minutę. W kilka dni po stwierdzeniu zapalenia na zastawkach, wystąpiła u niej na powłokach brzusznych zgorzel, ograniczona do skóry, w kształcie motyla, a następnie dołączył się skrzep w żyle udowej lewej, co przeciągnęło sprawę chorobową do 3 miesięcy. Chora zupełnie wyleczona opuściła szpital.

Jako powikłanie ze strony narządu krążenia przy osłabionej akcyi serca, należy podnieść zakrzep żyły udowej w następstwie zapalenia *(thrombophlebitis)* u 6 chorych (1,3%) i to u 2 m. 1 k. zapalenie żyły udowej prawej, a u 1 m. i 2 k. zapalenie żyły udowej lewej. Zapalenie żyły udowej wystąpiło u 5 chorych (3 m., 2 k.) między 17. a 40. dniem choroby, trwało 4—6 tygodni, i zakończyło się pomyślnie. U jednej

kobiety nastąpiło zejście śmiertelne wśród objawów pęknięcia wrzodu jelitowego, a sekcya stwierdziła prócz tego dawne zmiany skrobiowate w nerkach i śledzionie. (C. d. n.)

Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Resekcya kątnicy.

Zarys techniki operacyjnej.

Podał

Dr Z. Radliński.

(Ciąg dalszy.)

Wspomnę jeszcze o jednym typie przetok ropno-kałowych okolicy kątniczej. Powstają one wskutek szczególnej, w piśmiennictwie niejednokrotnie zaznaczanej, skłonności raka kątnicy do wytwarzania ropni (Körte, Schloffer). Wewnątrz nacieku nowotworowego powstaje ognisko ropne, które najczęściej bardzo powoli, wśród stanu podgorączkowego, poprzez istniejące już zrosty nowotworowe lub powodując zapalne zrosty ze ścianą brzuszną przednią, przebija się na zewnątrz. Trudności rozpoznawcze mogą być wtedy znaczne, gdyż nawet badanie mikroskopowe cząstek wyskrobanych nie wyjaśnia obrazu choroby. Rozpoznanie chylić się będzie przeważnie ku sprawie zapalnej okołowyrostkowej, lub gruźlicy. Podług Körtego, skąd ten obraz czerpię, ma być charakterystycznem dla trafnego rozpoznania stwierdzenie wprowadzonym przez przetokę palcem swoistej twardości ścian jamy ropnia.

Przypadki pomyślnej resekcyi kątnicy w takim stanie wraz z częścią ściany brzusznej są opisane (Körte, Matlakowski — przypadek bez przetoki, ale niemal w przeddzień jej powstania).

Do resekcyi kątnicy może dać powód także odbyt sztuczny kątniczy, jak to ilustruje nasz jeden przypadek. Chora poza kliniką przebyła drogą cięcia brzusznego zabieg ginekologiczny, po którym powstała przetoka kałowa. Przetoka stopniowo zamieniła się w odbyt przez bliznowate przyciąganie ku dość dużemu wylotowi tylnej ściany jelita. Próby zmiażdżenia t. zw. ostrogi zapomocą kentrotrybu były bezskuteczne, z powodu zbyt tępego kąta, przez jej ściany wytworzonego. Przy zabiegu rozplątanie ogromnie powikłanych i pozrastanych jelit stało się możliwem dopiero wtedy, gdy wskutek pooddzielania krezki usunięcie większego odcinka jelit stało się już nieuniknionem. Oględziny preparatu wykazały, że usunięto część jelita biodrowego, całe ślepe z odbytem na niem i część okrężnicy wstępującej.

Przechodzimy do tak zwanych przewlekłych nacieków jako wskazania do resekcyi kątnicy. W piśmiennictwie dawniejszem ten rodzaj wskazania spotykamy stale (Machard 5 na 145), później uwidocznia się uzasadnione niedowierzanie. Körte n. p. wyraża powątpiewanie co do istnienia wogóle tej postaci chorobowej, odnosząc przypadki opisane do niewykrytej gruźlicy, lub promienicy. Takie stany mogą jednak istnieć, jak dowodzą 2 nasze przypadki. W jednym powodem było 35 pestek ze śliwek, które uwiązłszy w kątnicy, spowodowały odleżyny na śluzówce, bliznowate zwężenie przy ich gojeniu się i dokoła zrosty zapalne. W drugim przypadku, klinicznie nasuwającym myśl o gruźlicy, szeroko otaczał twardy i zwężający światło jelita naciek podstawę wyrostka robaczkowego w ścianie kątnicy; sam wyrostek był zamieniony w niedrożną ku jelitu ślepemu torbiel ropną *(empyema)*. Badanie mikroskopowe nie wykazało nic, prócz nacieczenia zapalnego o charakterze przewlekłym.

Sprawa zwężeń jelitowych na tle przymiotu wogóle nie należy do rozstrzygniętych. N. p. Hartman jest skłonny przewidywać przeniesienie conajmniej większości przypadków zwężeń, uchodzących dotychczas za przymiotowe (np. w odbytnicy) do grupy schorzeń gruźliczych. Natomiast Brunner usiłuje ustalić obrazy anatomo-patologiczne i kliniczne schorzeń swoiście przymiotowych, przebiegających pod postacią zwężeń, potwierdzone badaniem mikroskopowem i skutecznością leczenia przeciwkiłowego. Rozpoznanie trafne chyba wyjątkowo będzie możliwe. Brunner przytacza zaledwie 2 przypadki, operowane z powodu przymiotowego zwężenia kątnicy. W jednym (Riedel) usunięto zwężenie i założono odbyt sztuczny (zejście śmiert.), w drugim (Vautrin) — resekcya jednoczasowa (wyzdr.).

Uważam za właściwe usprawiedliwić się w paru słowach, dlaczego odstąpiłem od szablonu i nie umieszczam w moim zarysie rozdziału: »rozpoznanie, wzgl. rozpoznanie różniczkowe«. Powody są dość już wyraźne z tego, co pisałem wyżej: — nigdy prawie nie możemy być pewni, że postawione naprzód rozpoznanie anatomiczne wyrokiem mikroskopu lub obrazu podczas zabiegu nie zostanie skreślone. To, co mówię, odnosi się nawet do tak pozornie samoistnego i odrębnego swą postacią schorzenia, jak wgłobienie. Miejmy odwagę powiedzieć sobie, że przy dotychczasowych sposobach badania nie wyjdziemy poza rozpoznanie kliniczne: »guz«, względnie, »zwężający guz kątniczy«. Poniżej zobaczymy, że nawet takie rozpoznania, o ile chorego widzimy po raz pierwszy już z objawami niedrożności lub silnego zwężenia, nie raz postawić będziemy mogli dopiero po cięciu brzusznem. Odróżnianie od spraw chorobowych innych narządów albo będzie ogromnie łatwe (spotykamy n. p. rozważanie autorów o odróżnieniu od nerki ruchomej!) albo również możliwe dopiero przy zabiegu. Pozwoliłem sobie postawić zasadę, że wszelki »guz kątniczy«, naturalnie nie znikający po dokładnem przeczyszczeniu (zatwardzenie, skupienia kałowe) już sam przez się stanowi rozpoznanie, dostatecznie usprawiedliwiające wkroczenie chirurga. Nie mówię tu o ostrych sprawach okołowyrostkowych, których wyłączenie, szczególnie w okresie podostrym, może czasem nasunąć poważne trudności.

Przeciwwskazania.

Przeciwwskazania do resekcyi kątnicy dzielimy na takie, które określamy przed zamierzonym zabiegiem i na występujące dopiero po otworzeniu jamy brzusznej. Do pierwszych należy przedewszystkiem zły stan ogólny chorego. Nie mogę zaprzeczyć, że w ocenie stanu ogólnego z natury rzeczy panować będzie pewna dowolność, zależna od doświadczenia osobistego każdego chirurga i wreszcie od wyniku walki wewnętrznej pomiędzy chęcią niesienia za wszelką cenę ratunku skazanemu człowiekowi, a niechęcią do t. zw. »psucia sobie statystyki«. Zaznaczę, że dzięki postępom techniki wogóle i techniki znieczulania w postaci znieczulania lędźwiowego w szczególności ilość cierpiących, oznaczo-

nych fatalnem »noli tangere« dąży ku zmniejszeniu się. Późne, wyżej już wspomniane, zgłaszanie się chorych z guzami kątnicy do chirurga (a w naszych ziemiach niestety często jeszcze późniejsze, niż na zachodzie), bardzo powolnie, ale głęboko podkopujące siły chorego cierpienie, nieraz postawi nam przed oczami granicę, której przekroczyć nie odważymy się z naszym zabiegiem doszczętnym, a nawet wszelkim wogóle, o ile niema konieczności objawowej niesienia choremu przynajmniej ulgi.

Dalej przeciwwskazanym będzie zabieg doszczętny, kiedy chorego z guzem kątnicy dostaniemy w ręce w okresie częstych i silnych napadów zwężeniowych, lub zgoła z objawami niedrożności. Zatrucie kałowe, obniżona odporność na zakażenie zapalnie zmienionej, lub conajmniej przekrwionej otrzewnej, utrudniające nałożenie szwu i pozbawiające pewności jego działania rozdęcie jelit, wreszcie smutne doświadczenie nie liczących się z powyższymi czynnikami chirurgów ograniczy nasze wkroczenie na razie do założenia odbytu sztucznego.

Wielkość i stopień unieruchomienia guza kątnicy mogą być dokładnie ocenione dopiero po otworzeniu jamy brzusznej. O wykonalności zabiegu doszczętnego przy guzie rozrośniętym i prawie unieruchomionym zapewne znów nieraz decyduje doświadczenie osobiste i sprawność operatora, jednak jesteśmy w możności ustalić pewne zasady ogólne. Mianowicie silny rozrost guza ku linii środkowej, ku podstawie krezki, oraz w kierunku ku miednicy małej należy uważać za okoliczności bardzo niepomyślne, w przeciwstawieniu do względnie obojętnego rozprzestrzenienia sprawy chorobowej ku górze, na okrężnicę wstępującą. Wskutek rozległego uszkodzenia krezki przy zabiegu możemy być zmuszeni do usunięcia zbyt wielkiego odcinka jelit (w jednym naszym przypadku usunięto 275 ctm. z zejściem pomyślnem), nie mając przytem pewności, czy przez podwiązywanie naczyń krezkowych w ich przebiegu początkowym nie zostały upośledzone w odżywianiu i wystawione na zgorzel jelita pozostawione. Dalej poważne niebezpieczeństwo stanowi niemożność wyosobnienia moczowodu i wielkich naczyń biodrowych *(a. v. iliaca)*.

Wprawdzie w razie przecięcia moczowodu (o ile to zostanie w porę zauważone) lub skaleczenia wielkich naczyń, chirurgia współczesna uczy nas radzić sobie. Znane są przypadki pomyślnie zakończone, pomimo uszkodzenia moczowodu (Juillard), a co do naczyń, to w razie ich stopniowego przez guz uciśnięcia i prawdopodobieństwa już wytworzonego krążenia okolnego, możemy z góry przypuścić bezkarność podwiązki, nie mówiąc już o szwie naczyniowym, to jednak jest wątpliwem, czy w przypadkach, z góry skazanych na te powikłania, wogóle jeszcze będziemy się kusić o doszczętność zabiegu.

Wciągnięcie do sprawy chorobowej kątnicy przylegających pętli jelita cienkiego i konieczność ich usunięcia wraz z guzem nie stanowi przeciwwskazania do resekcyi z warunkiem, by dokładnie się oryentować co do końców doprowadzającego i odprowadzającego i nie przekroczyć dozwolonego *maximum* — około 3 metrów — co, uprzedzić muszę, na oko bywa bardzo trudne.

Co do ruchomości, to wogóle guzy kątnicy, cokolwiek już większe, posiadają ją w małym stopniu, i można powiedzieć, że stopień unieruchomienia, któryby w innych okolicach ciała nasuwał myśl o niewykonalności zabiegu, tu nie powinien odstraszać.

Wskutek właściwości powłoki otrzewnej kątnicy i okrężnicy wstępującej i ułożenia ich na mało przesuwalnej powięzi biodrowej, guzy kątnicy wogóle są mało przesuwalne, przyczem bardziej są ruchome w kierunku poprzecznym, niż w podłużnym. O ile guz, rozrastając się ku tyłowi, uzyskuje szeroką podstawę na talerzu biodrowym, niejednokrotnie traci on zupełnie swą przesuwalność. Nie stanowi to jednak jeszcze o tem, by guz taki usunąć się nie dał, przeciwnie, pozornie przymocowany do podłoża, nieraz dziwnie łatwo, czysto i dokładnie da się on niemal na tępo oddzielić od mięśnia biodrowo-lędźwiowego (*iliopsoas)*.

Jeżeli, jako o przeciwwskazaniu do zabiegu doszczętnego, wspominam o przerzutach nowotworowych, to tylko dlatego, by przypomnieć, że w każdym odpowiednim przypadku po otworzeniu jamy brzusznej i przed przystąpieniem do wyłuszczenia guza należy się w miarę możności przekonać, czy przerzutów nie ma. Przeważnie zwrócić należy uwagę na wątrobę i na rozsianie guzków nowotworowych po otrzewnej. Oprócz tego Bakes, na podstawie spostrzeżeń swoich i Alberta, doradza przekonać się, czy na jelicie grubem jeszcze gdzie nie ma nowotworu. Podwójność raków jelita grubego widział parokrotnie; niedopatrzenie tego powikłania, zupełnie możliwe wobec braku objawów specyalnych, uczyni nasz zabieg bezcelowym.

Przy guzie kątnicy gruźliczym rozsianie gruzełków na powierzchni otrzewnej nie stanowi przeciwwskazania do zabiegu doszczętnego, ponieważ znany dodatni wpływ samego już cięcia brzusznego, wraz z usunięciem głównego ogniska choroby prowadzi niejednokrotnie do wyleczenia. Natomiast, podług Körtego, o ile gruźlicze owrzodzenia śluzówki wychodzą daleko poza granice guza, zarówno w kierunku jelita biodrowego, jak szczególnie okrężnicy wstępującej, to rokowanie o doszczętności zabiegu z góry jest niepomyślne i jest to tem przykrzejsze, że dopiero po przecięciu jelita (o ilebyśmy to czynili sposobem otwartym), t. j. już po wyosobnieniu guza, o tem się możemy przekonać. Przed zabiegiem, a nawet po obmacywaniu jelit bezpośredniem przewidzieć, że sprawa gruźlicza z miejscowej przeszła w tę bardziej rozlaną postać, nie mamy możności. Niekiedy biegunki, parcia *(tenesmus)*, krew w stolcu, zwykle nie zdarzające się dopóki gruźlica jest umiejscowiona w kątnicy, zwrócą zawczasu uwagę na zajęcie dalszych odcinków jelita grubego. (C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Walliczek. **O zgrubieniu (*hyperostosis*) szczęki górnej.** (*Berl. klin. Wochenschft.* 1907, Nr 28). Rzadkie to cierpienie, występujące symetrycznie, zwykle po urazie, wywołuje mniej lub więcej znaczne zniekształtnienie jam nosowych i utrudnienie oddychania nosowego i prawie zawsze wiedzie do zupełnego zniesienia jamy szczęki górnej. Czy inne sprawy, jak: próchnienie zębów, kiła, gruźlica, ostre choroby zakaźne i t. p. usposabiają do tego cierpienia — nie wiadomo. Rokowanie niepomyślne. Zanim się przystąpi do operacyi, polegającej na usunięciu szpecących wyrośli kostnych i rozszerzeniu jam nosowych — wskazanem jest zastosowanie wcierań rtęciowych i jodku potasu wewnętrznie. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Wieting. **Korzyści i niebezpieczeństwa poprzedniego podwiązania tętnicy szyjnej przy jedno i obustronnem wycięciu szczęki górnej.** (*Deutsch. Zeitft. f. Chir.* T. 90, Z. 1—3). Za najlepszy sposób tamowania krwotoku przy wycięciu szczęki górnej uważa W. podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej. Jest to zabieg prosty, zupełnie nie niebezpieczny i lepszy od chwilowego zaciśnięcia. Tętnicy wspólnej nie należy natomiast nigdy podwiązywać. *Klesk.*

Ito i Y. Soyesima. **Leczenie porażenia nerwu twarzowego przeszczepianiem.** (*Deutsch. Zeitft. f. Chir.* T. 90, Z. 1—3). I. i S. leczyli w ten sposób 6 przypadków porażenia nerwu twarzowego na tle gośćcowem. W 2 przypadkach nerw twarzowy połączyli z dodatkowym, a w 4 z podjęzykowym. W 5 wynik dobry, ale tylko co do symetryi twarzy w spokoju. Przy ruchach asymetrya występuje znowu wyraźnie. *Klęsk.*

Courtade. **Surowicze zapalenie wyrostka sutkowego.** (*Progr. med.* 1907, Nr 28). Łącznie z 2 przypadkami podobnymi, ogłoszonymi poprzednio w piśmiennictwie francuskiem, omawia C. znów jeden świeżo spostrzegany. We wszystkich tych 3 wystąpiły objawy przedmiotowe i podmiotowe ropnego zapalenia wyrostka łącznie z objawami mózgowymi, które natychmiast ustąpiły jużto po przekluciu błony bębenkowej, jużto po zagęszczeniu powietrza w przewodzie słuchowym, przyczem wylała się znaczna ilość cieczy żółtawej przezroczystej. C. mniema, że takie przypadki są nie tak rzadkie, jakby się na pozór zdawało, gdyż pominąwszy już te, które wskutek krótkiego przebiegu i pomyślnego zakończenia, nie dochodzą do wiadomości powszechnej, opisano przypadki, w których przy dłutowaniu wypłynęła z ucha środkowego znaczna ilość cieczy zmieszanej z krwią, lub też objawy nagle ustąpiły przy silnem siąkaniu nosa, prawdopodobnie wskutek wylania się cieczy przez trąbkę słuchową. *Kasprzyk* (Berlin).

Aberle. **W sprawie operacyjnego leczenia kręczu.** (*caput obstipum*). (*Zentrblt. f. Chir.* 1907, Nr 28). Na klinice Lorenza zarzucono dawno otwarte przecinanie lub nawet częściowe wycinanie mięśnia mostkowo - sutkowo - obojczykowego przy kręczu, natomiast stosuje się przecięcie podskórne, kładąc główny nacisk na następowe wyprostowanie przy pomocy opatrunku wyłącznie gipsowego. Unika się przy tem postępowaniu szpecącej blizny i zniekształtnienia szyi. Gdzie ten sposób postępowania (zdaniem wielu) ma być niewystarczający, tam również chybia celu i częściowe wycięcie mięśnia, przy którem dla konsekwencyi powinno się także przecinać głębokie mięśnie szyi, gdyż są to przypadki o znacznem bocznem skrzywieniu części szyjnej kręgosłupa. Z tem zapatrywaniem zupełnie się zgadza König (*ibidem*), powołując się na przypadki dawniej operowane, i sądzi, że ten sposób zabiegu należy bezwarunkowo napowrót wprowadzić. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Prof. Franke. **W sprawie leczenia zranień serca.** (Nakłucie worka osierdziowego). (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 38). Liczba zabiegów dokonanych na sercu wynosi już podług Rehna 120 z 46 prc. wyleczeń. Jak z tego widzimy, statystyka wcale świetną nie jest, a pochodzi to z jednej strony z trudności rozpoznania i działania samego narządu, a wreszcie z niebezpieczeństw leczenia następowego. Objawy zranienia serca są bardzo trudne do rozpoznania; zdarzało się też, że operowano, a rany serca zupełnie nie było. Bardzo poważną rzeczą w rokowaniu jest możliwość zakażenia lub też wystąpienia zrostów, utrudniających czynność serca. Wobec tego F. stał się przeciwnikiem natychmiastowego bezwzględnego zabiegu przy zranieniu serca, a operuje tylko w razie wielkiej konieczności. Natomiast radzi gorąco wykonywać nakłucie worka osierdziowego, które działa z jednej strony łagodząco na objawy, a z drugiej nieraz wprost leczniczo. Najgroźniejszym objawem zranienia serca jest ucisk krwi wylanej do osierdzia na serce, czyli tak zwana tamponada serca Rosego. Tę usuwa nakłucie, pozwalając zaraz sercu swobodnie pracować. W wielu przypadkach nakłucie wprost może ratować życie, lub też być przygotowaniem do operacyi. W ten sposób wyleczył F. chorego, u którego właściwie było wskazanie do operacyi. W przypadkach lżejszych należy nakłucie wykonać dopiero w pewien czas, gdy się ma pewność, że wessanie krwi nie postępuje. Technika nakłucia jest łatwa i wolna od niebezpieczeństw. Nakłucie najlepiej robić trójgrańcem, albo strzykawką o grubej igle w 5. międzyżebrzu koło mostka (2—3 ctm. od brzegu tegoż, by nie zranić tętnicy sutkowej wewnętrznej). Igłę wprowadzać należy powoli, przyczem zaraz poznać można chwilę, gdy igła dosięga serca. F. zachęca też do częstszego stosowania nakłucia przy wysięku zapalnym osierdzia, działa ono bowiem nadzwyczaj dobrze leczniczo. *Klęsk.*

König. **W sprawie techniki kardyolizy.** (*Zentrblt. f. Chir.* 1907, Nr 27). Według spostrzeżeń niektórych autorów, okostna żebrowa, pozostawiona po wyłuszczeniu żeber przy kardyolizie, miała odtwarzać napowrót kość, niwecząc z czasem zupełnie osiągnięty na razie pożądany wynik. K. na podstawie sekcyi osoby, zmarłej na gruźlicę w 2 i pół lat po kardyolizie, stwierdza, że żebra wcale się nie odtwarzają, a tylko tu i ówdzie w bliźnie, zwłaszcza w okolicy odciętego końca, można napotkać drobne kawałki nowej kości, które jednak nie mają znaczenia dla ruchów serca. Z własnego doświadczenia radzi K. usuwać IV, V i VI żebro z kawałkiem chrząstki, zabierając tylko okostną od przodu. To zupełnie wystarcza, a cały zabieg trwa wtedy krótko i jest bardzo prosty. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Stieda. **Chirurgiczne leczenie pewnych postaci rozedmy płuc.** (*79 zjazd niem. lek. i przyr. Drezno* wrzesień 1907). S. przedstawił chorego, którego operował z powodu silnego rozszerzenia klatki piersiowej i rozedmy płuc sposobem Freunda, przez co uzyskał ruchomość klatki piersiowej, przesuwanie się brzegów płuc o kilka centymetrów i ogólne polepszenie. Obustronnie z chrząstki 2—4. żebra wyciął kawałki 2—3 cm długości, a oprócz tego kawałek z kości 2. żebra. Na podstawie swego przypadku poleca S. gorąco podobne przypadki operować. *Klęsk.*

Finsterer. **O raku sutka i trwałem jego wyleczeniu drogą operacyjną.** (*Deutsch. Zeitschft. f. Chir.* 89, 1—4). Na podstawie statystyki z kliniki prof. Hohenegga w Wiedniu i innych dotąd znanych dochodzi autor do następujących wniosków: W ostatnich 8 latach, przy stosowaniu zabiegu, odpowiadającego ściśle rozległości zmian, uzyskano wyleczenie w 25%, natomiast przedtem tylko w 14%. Za najlepsze sposoby operacyi należy uważać te, które zmierzają do gruntownego miejscowego usunięcia tak skóry, jak innych tkanek chorych lub podejrzanych, i do najskrupulatniejszego wyłuszczenia wszelkich gruczołów (np. sposób Halstedta). Gruczoły nadobojczykowe najlepiej jest zawsze usuwać, a bezwarunkowo trzeba to uczynić w razie zajęcia podobojczykowych. Ponieważ przy zajęciu gruczołów nadobojczykowych mogą być gruczoły śródpiersia jeszcze niezmienione, przeto w takich przypadkach należy zważyć czas trwania choroby, rozległość i usadowienie się zmian (czy zewnętrzna, czy wewnętrzna strona sutka), wielkość i istniejące w danym razie zrosty gruczołów nadobojczykowych z sąsiednimi narządami i według tego postanawiać operacyę lub jej poniechać. Ze względu na stosunkowo częste nawroty późne należy uważać za granicę wyleczenia trwałego lat 5. *Kasprzyk* (Berlin).

Borelius. **Przyczynek do rozpoznania i leczenia podskórnego urazowego pęknięcia śledziony.** (*Zeits. für klin. Med.* T. 63. Z. 1—4). Chorego 48-letniego przejechał wóz. Badanie, dokonane w 1½ godziny potem, stwierdziło nadwerężenie kości miednicy, bole przy ucisku na lewą stronę klatki piersiowej, tętno nieco słabsze i brzuch tylko przy silnym ucisku bolesny. Tętno po niejakim czasie coraz słabsze i mniejsze, bladość, szum w uszach, omdlenia, a nadto stłumienie w obu bokach brzucha zmusiły do laparotomii: stwierdzono zupełne oderwanie śledziony, która leżała głęboko w tyle po stronie lewej. Śledzionę usunięto, krwotok zatamowano. Przypadek zakończył się pomyślnie. W przypadku tym było rozpoznanie niepewne, gdyż stłumienie po obu stronach brzucha mogło przy równoczesnych objawach nagłej niedokrwistości przemawiać tak za pęknięciem śledziony, jak i za pęknięciem wątroby. Dla leczenia nie ma to znaczenia, gdyż w każdym razie należy przystąpić do laparotomii. Nawiązując zaś do swego przypadku sądzi B., że najpewniejszym środkiem wstrzymania krwotoku jest w takich razach usunięcie śledziony. Badanie krwi w okresie ozdrowienia stwierdziło zwiększenie się ilości limfocytów i ciałek białych eozynofilnych i pojedyncze myelocyty. *B. Żmigród* (Rymanów).

Prof. Hochhaus. **O kamicy żółciowej i cukromoczu.** (*Deutsch. med. Wochft.* 1907, Nr 41). Niektórzy autorowie twierdzą, że przy kamicy żółciowej często spotyka się cukromocz. H. mimo starannych badań stwierdzić tego nie zdołał, natomiast spostrzegł przypadek cukrzycy, w którym przez wystąpienie kamicy żółciowej znikł zupełnie cukier z moczu i to na stałe, chociaż chory nie zachowywał później właściwej dyety. Dotąd spostrzegano zniknięcie cukru z moczu bardzo rzadko, w następstwie zapalenia płuc, duru powrotnego, czerwonki, i t. p., zwykle natomiast po ostrych zakaźnych chorobach ilość cukru w moczu wzrasta. *Klęsk.*

Hippius i Lewinson. **Cianka** (*oxyuris*) **a wyrostek robaczkowy.** (*Deutsch. med. Wschft.* 1907, Nr 43). Wpływ obecności cianek w wyrostku robaczkowym na występowanie stanów zapalnych bywał dotąd bardzo różnie oceniany. Jedni są-

dzili, że pasorzyty te są zupełnie niewinne, inni znów przypisywali im wielkie znaczenie. Zmiany, widoczne w ścianie wyrostka gołem okiem, są nieznaczne, inaczej jednak rzecz się przedstawia przy badaniu drobnowidowem. H. i L. spostrzegali przypadek zapalenia wyrostka, który następnie był operowany przez Blumberga. Przy operacyi znaleziono wyrostek wypełniony ciankami (80 samiczek), a badanie mikroskopowe wykryło ogromne zniszczenie ścian, wnikanie w nie pasorzytów aż do błony mięsnej, a nawet surowiczej, zanik gruczołów i t. d. Cianki mogą więc wywoływać zmiany w wyrostku, a nadto ułatwiać następowe wnikanie drobnoustrojów. Zwykle wywołują cianki obraz kliniczny lekkiego surowiczego zapalenia wyrostka. *Klęsk.*

Jeanbran i Anglada. **Uraz, a zapalenie wyrostka robaczkowego.** (*Révue de Chir.* 1907, 7—10). Dotąd nie opisano ani jednego przypadku, w którymby uraz u człowieka poprzednio zdrowego wywołał zapalenie wyrostka robaczkowego. Uraz może wywołać napad ostry lub przedziurawienie wyrostka, zadany nawet w odległe części brzucha jedynie u ludzi, którzy przebywali już poprzednio ostre napady, lub którzy cierpią na zapalenie utajone. W tych przypadkach nietylko uraz wszelakiego rodzaju, ale również znaczniejszy wysiłek może przerwać istniejące zrosty, ściany ropni, lub kruchą ścianę wyrostka. Zapalenie wyrostka, które wystąpi po upływie 2 dni od urazu, nie pozostaje w związku przyczynowym z urazem.

Dr Kasprzyk (Berlin).

Neuberg. **O zapaleniach wyrostka robaczkowego w wieku dziecięcym.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* 89, 1—4). Według dotychczasowych spostrzeżeń zapalenie wyrostka robaczkowego u dzieci do lat 15 przebiega o wiele złośliwiej (14—16 prc. śmiertelności), niż u dorosłych, to też prawie wszyscy chirurdzy i pedyatrzy oświadczają się za niezwłoczną operacyą. Prawdopodobnie słaba skłonność do wytwarzania się zlepów i otarbiania się ognisk ropnych jest powodem, że tak często napotyka się przy zapaleniu wyrostka robaczkowego u dzieci rozlane ropne zapalenie otrzewnej. Rozpoznanie nie jest trudne, bo odpada wiele chorób, które u dorosłych wchodzą w rachubę w rozpoznaniu różniczkowem, a nadto u dzieci do lat 4 można doskonale palcem przez odbytnicę obmacać całą okolicę kiszki ślepej. Przytaczając na koniec 2 przypadki niedrożności jelit, które wystąpiły w kilkanaście dni po zapaleniu, na podstawie własnej statystyki nie oświadcza się jednak N. za bezwzględnym natychmiastowym zabiegiem. *Kasprzyk* (Berlin).

Martens. **O zapaleniu żyły wrotnej przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 42). Ropne zapalenie żyły wrotnej jest najgorszem powikłaniem zapalenia wyrostka robaczkowego, bo wobec niego jesteśmy zupełnie bezsilni. M. na 503 chorych, operowanych na zapalenie wyrostka, spotkał to powikłanie 3 razy. Im wcześniej operujemy, tem bardziej wyłączamy możność wystąpienia tego groźnego powikłania. Przez wczesną operacyę w ciężkich przypadkach rozumie autor operowanie w pierwszej dobie, bo spostrzegano już wystąpienie zapalenia żyły wrotnej mimo operacyi, podjętej w 40 godzin po wybuchu choroby wyrostka. *Klęsk.*

Cohn. **O leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Medic. Blätter* Nr 28 i 29, 1907). C. radzi operować w pierwszych 2 dniach choroby u dzieci i kobiet ciężarnych zawsze, u innych zaś, gdy obraz chorobowy jest ciężki, a mianowicie: początek burzliwy, przebieg gwałtowny, wymioty, bolesność uciskowa rozlana, mięśnie proste brzucha silnie napięte, niestosunek tętna do ciepłoty lub odwrotnie, twarz blada i zapadła. Przy rozpoznaniu różniczkowem mogą wchodzić w rachubę: zapalenie przydatków, kolka żółciowa, nerkowa, a nawet i dur brzuszny. Po objawach ostrych mogą się pojawić powikłania w odległych narządach, jak zator w płucach, w żyle wrotnej, mnogie ropnie wątroby i t. p. W czasie ostrego napadu radzi C. stosować worek z lodem i morfinę (makowiec zaciera obraz chorobowy), przy nudnościach bezwzględne wstrzymanie się od pokarmów i napojów. W przewlekłych przypadkach, gdy nie można chorego nakłonić do operacyi, zaleca C. lekką dyetę, wyjazd do wód, n. p. Kissingen, nawet miesienie.

Kasprzyk (Berlin).

Prof. Kuzniecow. **O osiowem skręceniu pętli esowatej wskutek bliznowatego kurczenia się jego krezki.** (*Wiener med. Presse* 1907, Nr 34—38). Skręt jelita esowatego bywa nader często następstwem bliznowatego kurczenia się krezki. Z początku oba ramiona zbliżają się do siebie, a nieraz zrastają, jak przewody strzelby dwururkowej, i to już może być przyczyną niedrożności. Stan ściany skręconego jelita nie zależy tyle od kąta skrętu, ani od czasu jego trwania, jak raczej od stanu naczyń krezki. Skręt, powstały wskutek skurczenia krezki, nie przekracza zwykle 270°. Skręt występuje zazwyczaj u ludzi starszych, co przemawia też za powstawaniem jego na tle nabytych zmian w krezce, a nie na tle wadliwej jej budowy (nadmiernie długie jelito, a krótka krezka). Kurczenie się krezki cechuje klinicznie uporczywe zaparcie stolca. K. spostrzegał w Warszawie 5 przypadków skrętu, z tego w 3 mógł to zbliznowacenie krezki dokładnie wykazać. Zwykle przy skręcie nie spotykamy wymiotów, a tylko nudności. Ważnym objawem rozpoznawczym jest miejscowe wzdęcie jelita (Wahl), powstałe wskutek przesięku do jelita z powodu zaciśnięcia żył i wydzieliny błony śluzowej. Zabiegi operacyjne polegają na odkręceniu i umocowaniu jelita przy otrzewnej ściennej, wycięciu jelita (Obaliński), połączeniu jelit ze sobą, ostatecznie założeniu odbytu sztucznego w ciężkich przypadkach. Czasem wysokiemi lewatywami, atropiną i t. p. można też osiągnąć chwilowy skutek. Według Helfericha nie powinno się nigdy dłużej odkładać operacyi, niż 48 godzin, gdy lewatywy i t. d. zawiodą. *Klęsk.*

Ruge. **O patologii i terapii wrzodziejącego ropnego zapalenia odbytnicy.** (*Arch. f. klin. Chir.* 83, II). Przewlekłe to cierpienie, występujące niemal wyłącznie u kobiet, prawdopodobnie wskutek właściwego przebiegu naczyń krwionośnych i chłonnych, ułatwiających przenoszenie się zakażenia z pochwy na odbytnicę, objawia się klinicznie wydzieliną ropną, parciem na stolec i bolami, uporczywem zaparciem stolca, niekiedy znów przewlekłem rozwolnieniem, do czego po pewnym czasie dołączają się owrzodzenia mniej lub więcej rozległe, najrozmaitszego kształtu i głębokości, w końcu zwężenia, przetoki, żylaki stolcowe i powiększenie gruczołów pachwinowych. Zapalenie ropne czasem przechodzi we wrzodziejące, które miejscowo wywołuje coraz większe spustoszenia, wiodąc w końcu do ogólnego wynędznienia i upadku sił. W przeważnej części przypadków za przyczynę choroby należy uważać kiłę, mały stosunkowo odsetek przypada na gruźlicę, wiewióra i czerwonkę. Leczenie zapomocą najrozmaitszych lekarstw jest uzasadnione jedynie w okresie początkowym (*proct. purulenta*), w późniejszym natomiast wskazane jest utworzenie sztucznego odbytu i leczenie od góry, przyczem sondowanie jest czasem niebezpieczne. O ile zaś owrzodzenia sięgają najwyżej do zagięcia esowatego, a krezka jest dostatecznie długa, najodpowiedniejszem jest wycięcie odbytnicy przez takie cięcia, które dają szeroki dostęp do pola operacyjnego. Wycięcie blizny znajdzie zastosowanie tylko w nielicznych przypadkach, przy owrzodzeniach ograniczonych i powierzchownych. W końcu tam, gdzie zabieg jest konieczny, a wycięcie z jakichbądź powodów jest niemożliwe, pozostaje jeszcze nacięcie odbytnicy od tyłu (*rectotomia posterior*). *Kasprzyk* (Berlin).

Schulz. **Atropina przy niedrożności jelit.** (*Mitteil. aus den Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. 70, Z. 5). Na podstawie 35 własnych spostrzeżeń i piśmiennictwa dochodzi S. do przekonania, że atropina przy ostrej niedrożności jelit powinna zawsze znaleść zastosowanie ze względu na swe wybitne i bezsprzeczne działanie. Wstrzyknięta podskórnie w dawce 2 mlgr. u dorosłych, $^1/_2$ mlgr. u dzieci, następnie stosowana w miarę potrzeby co parę godzin, uśmierza atropina bole, kurcze i wymioty, poprawia czynność serca i ogólne krążenie, zobojętnia tworzące się w przewodzie pokarmowym ptomainy, sprowadza ogólne uspokojenie i sen. Zwykle po paru dawkach odchodzą wiatry i stolec. Atropina działa tem szybciej, im wcześniej się ją stosuje. Z operacyą nie należy się spieszyć, gdyż statystyka poucza, że odsetek śmiertelności przy stosowaniu atropiny jest znacznie mniejszy, niż po operacyach. Stosować można atropinę przez $1^1/_2$ dnia, nie obawiając się zatrucia, w razie wystąpienia silniejszych objawów, poda się morfinę, dopiero gdy po upływie tego czasu nie ma stolca, należy chorego przygotować do operacyi. W przypadkach rozpaczliwych należy również przed operacyą stosować atropinę, aby podnieść czynność serca, poprawić krążenie, usunąć wymioty i pobudzić jelita do skurczu po operacyi. Po wystąpieniu stolców, w żadnym przypadku nie można wypuszczać chorego z opieki przez pewien czas, ze względu na możliwość wystąpienia objawów otrzewnych. *Kasprzyk* (Berlin).

White. **Leczenie spadku ciśnienia krwi wskutek zapalenia otrzewnej śródżylnemi wlewaniami adrenaliny z solą kuchenną.** (*Zentralbl. f. Chir.* 1907, Nr 41). Heidenhain stosuje ze znakomitym wynikiem od 2 lat celem podniesienia ciśnienia krwi przy zapaleniu otrzewnej śródżylne wlewania fizyologicznego rozczynu soli z dodatkiem adrenaliny, a mianowicie na $^1/_2$ godziny przed operacyą $^3/_4$ do 1 litra rozczynu fizyologicznego soli i 6—8 kropli rozczynu adrenaliny 1 : 1000.

Klęsk.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 3. lipca 1907.

Przewodniczy prezes prof. Rosner. Obecnych członków 24.

1) Prezes poświęca gorące wspomnienie pośmiertne prof. Hoyerowi z Warszawy, którego to przemówienia wysłuchali obecni stojąc.

2) Przyjęto jednomyślnie na członków Towarzystwa kol.: Dra M. Kapellnera, Dra A. Wespańskiego i prof. Emila Godlewskiego.

3) Kol. prof. Kader przedstawia: *a)* chorego **po wycięciu tętniaka w przegubie łokciowym**, *b)* chorego **po operacyi stóp płaskich**, polegającej na wycięciu kości czółenkowych, *c)* chorego **ze zwichnięciem stawu łokciowego** i złamaniem śródstawowem (leczenie wyciągowe), *d)* chorego po **podwiązaniu tętnicy biodrowej** wspólnej **z powodu tętniaka**, w którym to przypadku odpowiednia kończyna dolna zupełnie nie ucierpiała na swej sprawności, *e)* stół operacyjny własnego pomysłu, wykonany przez Lentza w Berlinie, *f)* przyrząd do unieruchomienia stawu biodrowego. — W dyskusyi zabrał głos prof. Browicz ad *d)*, tłómacząc, iż tem trzeba wyjaśnić, że kończyna nie uległa martwicy, iż już w czasie powstawania tętniaka wytwarzało się krążenie uboczne.

4) Kol. Rydel przedstawia: *a)* przypadek **choroby Littlea**, *b)* przypadek **kurczu stałego twarzy**, — przeznaczone do leczenia chirurgicznego.

5) Kol. Steuermark przedstawia **przypadki leczone promieniami Roentgena** *a)* i *b)* raki twarzy, *c) neurodermitis circumscripta;* we wszystkich trzech przypadkach osiągnięto widoczny skutek.

6) Kol. M. Godlewski przedstawia typowy przypadek t. zw. **choroby Bantiego.**

7) Kol. Prof. Rosner przedstawia **uciskadła** własnego pomysłu, tamujące krwotok przy hebosteotomii.

8) Kol. Doc. Gliński przedstawia preparat **wgłobienia jelit z wytworzeniem się odbytu nienaturalnego w obrębie wgłobienia.**

9) Kol. Schlank przedstawia wózek, używany w krakowskiej klinice chirurgicznej do przewożenia chorych.

Sekretarz: *Dr Owsiński.*

---

† Dr Mikołaj Strawiński.

Po blizko 40-letniej rzetelnej i niezmordowanej pracy na niwie lekarskiej i społecznej zmarł w 62. roku życia jeden z najwybitniejszych ziomków naszych w nadnewskiej stolicy, świętej i nieodżałowanej pamięci Dr Mikołaj Strawiński, człowiek na nasze czasy i stosunki niepowszedni.

Urodzony w majątku Tomki powiatu Kowieńskiego w roku 1846, nauki średnie pobierał w gimnazyum w Kownie, w tych samych murach poklasztornych, gdzie niegdyś jako nauczyciel gimnazyalny wykładał wymowę łacińsko-polską i prawo — Adam Mickiewicz. Widocznie nie przebrzmiały podówczas jeszcze ostatecznie echa wykładów naszego wieszcza i tradycyjnie trzymały się starego gmachu, bo niejeden oddźwięk zapadł do serca młodego ucznia, a on skrzętnie je pielęgnował, starał się przelać w innych i przechował w sobie do ostatnich dni czystego jak kryształ swojego żywota.

Gimnazyum ukończył ś. p. Strawiński w nieszczęsnym roku 1864. Po strasznej klęsce pozostała jednak nadzieja, że praca i jedynie praca może dźwignąć nasz naród z niedoli, zapewnić mu byt na przyszłość i uszlachetnić go w szerszem pojęciu. To też ówczesna młodzież jęła się pracy z zapałem. Ś. p. Strawiński, jako człowiek czynu, całkowicie przejął się tą ideą. Niezmordowana pracowitość cechowała dalszą Jego działalność i trwała aż do chwili, kiedy już ciężka niemoc przykuła go do łoża.

Obrawszy sobie ciężki zawód lekarski, zapisuje się jako student do Petersburskiej Akademii, gdzie otrzymuje w roku 1869 stopień lekarza i zostaje ordynatorem kliniki chorób wewnętrznych prof. Ekka. Po roku zostaje ordynatorem w klinice położniczej prof. Antoniego Krassowskiego, naszego rodaka. W r. 1872 został ś. p. Strawiński wysłany przez Departament lekarski do powiatu Gdowskiego gubernii petersburskiej z powodu grasującej tam podówczas cholery. Z początkiem roku następnego kosztem skarbu wysłany został zagranicę dla dalszego kształcenia się. Tam pracował przedewszystkiem w klinice położniczej prof. Karola Brauna w Wiedniu, a równocześnie w pracowni fizyologicznej prof. Brückego, w której podjął badania budowy naczyń pępowiny. Praca ta p. t.: »Ueber den Bau der Nabelgefässe und über ihren Verschluss nach der Geburt« wyszła w rocznikach Wiedeńskiej Akademii Umiejętności w r. 1874. Już dawniej wiedziano o tem, iż nie zatorowi przypisać należy, że po przecięciu pępowiny bez poprzedniego podwiązania krwawienie jest nader nieznaczne i szybko ustaje. Odnoszono to do zmiany krążenia, jaka zachodzi u dziecka z chwilą porodu. Dr Strawiński wskazał na istotną przyczynę tego zjawiska, leżącą w odmiennej budowie naczyń pępowinowych. Zwraca on uwagę na wielką, przedtem nieznaną różnicę w budowie tętnic pępowiny w porównaniu z innemi tętnicami u noworodków, polegającą na obfitości mięśni a nader małej ilości włókien sprężystych, zawartych w ścianach tętnic pępowinowych. Szybkie i szczelne zamykanie się światła tętniczego jest następstwem skurczu mięśni okrężnych, wskutek czego opisane po raz pierwszy przez Strawińskiego, znamienne dla tętnic pępowiny zgrubienia miejscowe ścian, wpuklające się do wnętrza światła naczyniowego (polsterartige Erhabenheiten), jeszcze więcej przyczyniają się do zwężenia tego światła, które na przecięciu poprzecznem ma wówczas postać półksiężyca, aż w końcu ostatecznie znika.

Po dłuższym pobycie w klinikach położniczych w Paryżu, Pradze i Berlinie, powróciwszy w r. 1875 do Petersburga, wstąpił Strawiński do petersburskiego Zakładu położniczego, znajdującego się podówczas pod świetnym kierunkiem prof. Antoniego Krassowskiego. W r. 1876 uzyskał stopień doktora medycyny. Dwuletnią prawie przerwę w działalności położniczej stanowi powołanie Strawińskiego na stanowisko głównego lekarza 14. szpitala polowego na Dunaju podczas wojny tureckiej w latach 1877—1878. Po powrocie z wojny w dalszym ciągu pracuje Strawiński w Zakładzie położniczym, gdzie składa dowody wybitnych zdolności dydaktycznych, kształcąc młodych lekarzy i uczenice, przyszłe położne.

Miłując nadewszystko niezależność, wstępuje Strawiński w szeregi praktykujących lekarzy. Tutaj dopiero uwydatniają się Jego niepowszednie uzdolnienie i wiedza, jako lekarza. Gruntownem wykształceniem zawodowem, pracowitością i sumiennością pozyskuje powszechne uznanie wśród tutejszego świata lekarskiego i obszerną klientelę. Można o Nim śmiało powiedzieć: »suae quisque faber fortunae«, ponieważ wszystko zawdzięczał jedynie samemu sobie. To też zachowując zupełną niezależność, pozostaje do ostatnich dni na skromnem stanowisku lekarza praktycznego, nie zapominając jednak o dorobku naukowym. W r. 1882 miał odczyt w »Petersburger Aerzte-Verein« p. t.: »Przypadek ciężkiego porodu bliźniąt zrosłych w okolicy mostka«. Przy powstaniu w roku 1886 »Towarzystwa położniczo-ginekologicznego« obrany członkiem zarządu, piastował długie lata urząd skarbnika, a w końcu wiceprezesa i brał żywy udział w pracach naukowych tego Towarzystwa, przedstawiając liczne swoje spostrzeżenia, n. p.: »Dwa przypadki ciąży zewnątrzmacicznej« (w jednym z nich ciążę zewnątrzmaciczną stwierdzono u tejże chorej dwa razy w odstępie roku i 9 miesięcy [Żurnał Akusz. i Żenskich Bolieznej, Nr 3, 1888]; w swoim czasie było to *unicum*), dalej »Cystoma sacrale congenitum«, przedstawiony w Towarzystwie i ogłoszony w rocznikach tego Towarzystwa za r. 1889 i t. d.

»Koło lekarzy polskich« w Petersburgu zawdzięcza szczególniej Strawińskiemu swoje powstanie w r. 1901; w uznaniu ego zasług i nieskazitelnego charakteru obrało go »Koło« pierwszym swym prezesem, który to urząd piastował Strawiński nieprzerwanie aż do śmierci. Najlepszym dowodem szacunku, jaki Go powszechnie otaczał, był obchód dwudziestopięciolecia Jego działalności społeczno-lekarskiej, w r. 1904.

Z podwójnym zapałem w ostatnim roku życia krzątał się ś. p. Strawiński około przeistoczenia »Koła lekarskiego katolickiego Towarzystwa dobroczynności« na zupełnie samoistny i szeroko zakreślony »Związek lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu«, który, po długich mozołach w maju roku bieżącego zatwierdzony przez rząd, ma niebawem rozpocząć działalność. Niestety ś. p. Strawiński nie doczekał się tej chwili, w której byłby niezawodnie powołany na przewodniczącego »Związku«.

Jako lekarz, oddawał się ś. p. Strawiński chorym niepodzielnie, dobro chorego mając jedynie na względzie. Jako towarzysz, w stosunkach koleżeńskich, bez skazy, przejęty na wskroś etyką zawodową, wylany, serdeczny, starający się złagodzić ostrą

wymianę zdań i powaśnionych pogodzić, często obierany na sędziego sądu polubownego. Jako obywatel, nigdy nie zatracił łączności swojej z krajem, zawsze chętnie stawał na usługach wszelkich instytucyi, dobro ziomków na obczyźnie mających na celu, w wahających się i obojętnych rozbudzał ducha, dla stałości przekonań szanowany nawet przez przeciwników. Jako człowiek, zawsze pogodny, chętny do światłej rady i dobrego uczynku, sumiennie, niezmordowanie i bezinteresownie pracowity, aż do zaparcia się samego siebie.

Niech światły ten obraz, na który tak szczęśliwie i nierozdzielnie skojarzyły się w jednej osobie i dary umysłu i zdolności rozumu i nabytki wiedzy z podniosłym ideałem moralnym, wiecznie tkwi w pamięci osób, które go znały i służy za wzór dla nowozaciężnych pracowników naszego zawodu.

Zmarł 7/20. października na udar mózgowy. »Koło lekarzy polskich« w celu uczczenia Jego pamięci uchwaliło na posiedzeniu 9/22. października: złożyć na grób Jego srebrny wieniec, umieścić Jego popiersie w sali posiedzeń »Związku lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu« i zebrać drogą składek fundusz Jego imienia na cel dobroczynny. Zwłoki spoczęły w rodzinnej ziemi na cmentarzu Szydłowskim w gubernii Kowieńskiej.

Cześć Jego pamięci!

Dr med. Urban Wierciński.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Rozporządzenia Namiestnictwa galicyjskiego. Z powodu niebezpieczeństwa zawleczenia cholery przypomniało Namiestnictwo (12. X. 1907. L. 127995/VI. b.) władzom administracyjnym dawniejsze swe zarządzenia, wezwało je wszystkie do nadzwyczajnej czujności, nakazało zarządzać pięciodniowy nadzór sanitarny nad wszystkimi przybyszami z Kijowa i gub. Kijowskiej. W razie spostrzeżenia jakichkolwiek podejrzanych objawów mają zwierzchności gminne i obszary dworskie jak najkrótszą drogą (telegraficznie, konnym posłańcem) zawiadomić o tem starostwo, a to znów telegraficznie ma zawiadomić Namiestnictwo i Ministerstwo spraw wewn., oraz zarządzić bezwzględne odosobnienie chorych i zapowietrzonych zagród. Władze graniczne mają donosić o każdej przepuszczonej przez granicę osobie, jadącej z okolic, cholerą dotkniętych. Telegramy do władzy politycznej o cholerze są bezpłatne. Nadto wydało Namiestnictwo publiczne obwieszczenie (22. X. 1907. L. 130471), nakazując pod rygorem grzywny do 200 kor. lub aresztu do 14 dni — 1) przeprowadzić natychmiast jaknajdalej idącą asanacyę gmin przez usunięcie nieczystości, zabezpieczenie dobrej wody do picia i t. d., 2) zwracać szczególną uwagę na stan zdrowia przybyszów z okolic cholerą nawiedzonych, donosić o ich przybyciu miejscowej władzy policyjnej (obowiązek ten ciąży na osobach, przyjmujących przybyszów na mieszkanie), poddawać 5-dniowemu nadzorowi ich stan zdrowia, a w razie wyjazdu w tym czasie zawiadamiać o tem zwierzchność gminną nowego miejsca pobytu, 3) ogłosić, że o wszelkich podejrzanych zachorowaniach są obowiązani donosić zwierzchności gminnej: lekarze, przełożeni zakładów przemysłowych i publicznych, właściciele domów i t. d., wogóle wszyscy, którzyby się o takich przypadkach dowiedzieli; 4) w razie takiego doniesienia ma zwierzchność gminna zawiadomić o tem starostwo (telegraficznie, posłańcem konnym) i odosobnić chorego w jego mieszkaniu, stawiając w razie potrzeby wartę przed domem zakażonym; 5) wreszcie mają gminy zawczasu przygotować lokal izolacyjny i zapas niegaszonego wapna, oraz czystego płynnego kwasu karbolowego do odkażania.—Na granicy kraju utworzyło Namiestnictwo 6 stacyi rewizyjnych i ustanowiło lekarzy rewizyjnych, a mianowicie: Podwołoczyska (Dr Dawid), Folwarki (Dr Strumieński), Brody (Dr Sołtysik), Uhrynów (Dr Blaim), Bełzec (Dr Regiec), Ruda Zbaraska (Dr Berger). — Dalej zarządziło Namiestnictwo (31. X. 1907. L. 137165), żeby wszelkie przedmioty (stolce, treść jelit i t. p.) przesyłano »express« z uwagą »przedmiot zakaźny« niezwłocznie do Zakładu higienicznego we Lwowie Prof. Kučery (Piekarska 52). Minister spr. wewn. przydzielił do tego zakładu c. k. asystenta sanitarnego Dra Napoleona Gąsiorowskiego. (Dr Gąsiorowski, poprzednio asystent tego zakładu, przez dłuższy czas pracował w instytutach higienicznych w Wiedniu, a obmyślił bardzo praktyczny przyrząd do odkażania parami formalinowemi przy wysokiej ciepłocie). *T.*

Zakazany środek. Namiestnictwo gal. zakazało (6. X. 1907. L. 97596/VI b.) obrotu handlowego środkiem kosmetycznym, zwanym »Rasol« (węgierski proszek do golenia). *R.*

Do egzaminów fizykackich na rok 1907/8 zostali mianowani: Przewodniczącym komisyi egzaminacyjnej R. Dw. i kraj. ref. san. Dr Józef Merunowicz, zastępcą kraj. insp sanit. Dr Zdzisław Lachowicz. Egzaminatorami i zast. egzam. we Lwowie: 1) z higieny i ustaw sanitarnych Prof. Dr Paweł Kučera i Stanisław Bądzyński, 2) z medycyny sądowej i psychiatryi Prof. Dr Włodzimierz Sieradzki i Andrzej Obrzut, 3) z farmakologii i toksykologii Prof. Dr Leon Popielski, 4) z chemii Prof. Dr Stanisław Bądzyński i Stanisław Tołłoczko, 5) z weterynaryi Prof. Dr Józef Szpilman i Mieczysław Grabowski; w Krakowie: ad 1) Prof. Dr Odo Bujwid i Dr Leonard Bier, ad 2) Prof. Dr Leon Wachholz i Tadeusz Browicz, ad 3) Prof. Dr Józef Łazarski i Edward Janczewski, ad 4) Prof. Dr Leon Marchlewski i Doc. Ignacy Lemberger, ad 5) Prof. Dr Julian Nowak i Dr Kazimierz Rutkowski. *T.*

W sprawie Najw. Rady Zdrowia wniósł w austr. Radzie Państwa w d. 28. X. poseł Bojko i tow. (klub polskich ludowców) interpelacyę, domagającą się powołania do Najw. Rady Zdrowia w najbliższym czasie 4 członków z Galicyi (po 1 z obu Izb i z obu Wydziałów lekarskich). *R.*

O mandat sejmowy dla Izb lekarskich wznowiła, jak donosi »Głos lek.« (20), starania jeszcze przed odroczeniem Sejmu gal. Izba lekarska wschodnio-galicyjska, wnosząc powtórnie petycyę w tej sprawie przez posła prof. Marsa. *R.*

Związek lekarski w Radzie Państwa austryackiej, powstały już podobno przed paru dniami, liczy około 30 członków, gdyż prócz 10 posłów-lekarzy będą do niego należeć i posłowie nie-lekarze, życzliwi sprawie reform sanitarnych, do których związek (obok strzeżenia interesów zawodowych) ma zmierzać. *R.*

Walka lekarzy dolno-austryackich i jej skutki mają też swoich krytyków. I tak »Wiener med. Presse« (44) zauważa zgryźliwie, że bierny opór był »mieczem, który nikogo nie skaleczył« i który »po niewinnej zabawie w nikomu nieszkodzącą wojnę schowano czemprędzej do pochwy, skoro tylko nadarzyła się pierwsza sposobność«. To, co istotnie osiągnięto, nie da się nawet porównać z tem, co zamierzono. Uzyskana ustawa pensyjna byłaby rzeczywistą zdobyczą tylko wtedy, gdyby równocześnie wprowadzono awans lekarzy gminnych, obecnie bowiem musi się każdy lekarz trzymać każdej, choćby najgorszej posady, bez nadziei poprawy bytu, bo na lepszą nie może się przenieść bez zgody Wydziału krajowego, chybaby wyrzekł się nabytych już do emerytury praw. (U nas także od ostatniej noweli jest mianowanie lekarzy okręgowych wyłącznie w ręku Wydziału krajowego, ale zato... niema ustawy emerytalnej). *R.*

Lekarze pomocniczy praskiego zakładu obłąkanych przestali pełnić dyżury, ponieważ nie uwzględniono ich skarg na liche jedzenie, dostarczane dyżurnym i żądania, by im przyznano przynajmniej (!) dyetę taką, jak chorym na I klasie. *R.*

Wprowadzenia lekarzy szkolnych uchwalił jednomyślnie domagać się ogólno-austryacki Zjazd nauczycielski, świeżo odbyty we Lwowie. W rozprawach różniono się jednak znacznie co do zakresu działania lekarzy szkolnych. Gdy jedni pragnęli oddać im nadzór nad higieną szkolną, drudzy odrzucali to żądanie, jakoby uszczuplające władzę dyrektorów szkół i zalecali pozostawić lekarzom tylko rolę doradcy sanitarnego. *R.*

Towarzystwo higieniczne lwowskie odbyło 9. X. zgromadzenie, na którem toczyły się rozprawy nad kierunkiem wytycznym dla organu Tow., »Przeglądu higienicznego«, rozwijającego się coraz lepiej i opartego obecnie o liczne grono współpracowników. W miesięczniku tym mają być w przyszłości opracowywane w sposób popularny poszczególne działy higieny społecznej. Dr Mikołajski zalecał jednakie lekarzy na członków Towarzystwa, opłacających tylko 4 kor. rocznie, a otrzymujących zato bezpłatnie organ Towarzystwa. — Wydział Towarzystwa uchwalił na posiedzeniu 21. X. urządzić szereg wykładów dla członków; rozpoczął go 28. X. Prof. Kučera wykładem »O cholerze«. (Tyg. lek. 44). *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 27. X. do 2. XI. 1907 doniesiono o 15 nowych przypadkach duru plamistego w 8 gminach, a mianowicie: pow. Jaworów (Zawadów 2), Kałusz (Dobrowlany 1, Równia 3), Nadwórna (Pniów 2), Rawa (Wulka mazowiecka 3), Śniatyn (Dżurów 1), Stryj (Duliby 2), Zaleszczyki (Milowce 1). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 27. X. do 2. XI. 1907 urodziło się dzieci żywo 47, nieżywo 4; zmarło osób 56 (w tem obcych 28), z nich z gruźlicy 10 (6), zapalenia płuc 2 (1), błonicy 2 (2), płonicy 2 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 27. X. do 2. XI. 1907 było przypadków: odry 3, płonicy 11 † 1, duru brzusznego 1, krztuśca 1 † 1, błonicy 6, gorączki połogowej 1 † 1, róży 2. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 20. X. do 2. XI. 1907 było przypadków: błonicy 12 † 3 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca 2 † 1, płonicy 59 † 7 (8 † 2), odry 22 † 1 (1), duru brzusznego 6 (2). *L.*

Cholera w Rosyi. Od ukazania się epidemii do 15. X. było w całej Rosyi 8299 przypadków, z nich 3995 śmiertelnych. *Dr L.*

Wiadomości bieżące.

Program kursów dla lekarzy, urządzonych przez Wydział lekarski krakowski od 2—21. XII. został ostatecznie uzupełniony (obacz poniżej). Wyjaśnień udziela prof. Ciechanowski (Wielopole 4).

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 6. XI. posiedzenie, na którem Prym. Dr Borzęcki przedstawił przypadek *»dermatitis herpetiformis Duhring«*, Dr Radliński przypadek choroby Littlea leczony wstrzykiwaniami wyskoku w nerwy, Doc. Gliński okaz mięsaka sutka i *»struma vicaria«* u nasady języka, poczem Dr Radliński miał zapowiedziany wykład. W rozprawach przemawiali: Prof. Kader i Dr Borzęcki.

— Wyszedł z druku i został rozesłany bezpłatnie wszystkim prenumeratorom »Przeglądu lekarskiego« Zeszyt III. Tomu I. »Rocznika lekarskiego«, wydawanego przez Wydział lekarski Uniw. Jagiell. i Towarzystwo lekarskie krakowskie. Zeszyt ten zawiera następujące prace: 1) Wrzosek: Dalsze badania nad hodowaniem beztlenowców bezwzględnych w atmosferze powietrza. 2) Bujak: Przyczynek do badań widmowych krwi. 3) Radliński: Unaczynienie tętnicze powrózka nasiennego i jądra. Zastosowanie wyników badań do zabiegów, dotyczących powrózka nasiennego. — Następny zeszyt »Rocznika ma wyjść w grudniu r. b.

— Sprawa budowy szpitala epidemicznego w Krakowie, weszła, jak się właśnie dowiadujemy, w nowy okres. Wyczerpujące sprawozdanie wraz z wnioskami w tej sprawie opracował na życzenie Prezydenta miasta lekarz miejski Dr Schaitter. Przedmiot ten stanie obecnie zapewne na porządku dziennym obrad miejskiej komisyi sanitarnej, a ze względu na doniosłość sprawy nastąpić to powinno w czasie jak najbliższym. Z naszego stanowiska zajmiemy się też sprawą szpitala epidemicznego w Krakowie w czasie właściwym, zaliczamy ją bowiem do tych, których odkładanie z roku na rok pozostaje w sprzeczności z należytem pojmowaniem obowiązków co do zapobiegania chorobom zakaźnym, oraz tłumienia zarazy już istniejącej.

— Dzienniki donoszą, że rząd zatwierdził już plan robót regulacyjnych i kanalizacyjnych na Wiśle pod Krakowem kosztem 14 milionów koron. Pod względem sanitarnym ma m. i. znaczenie połączona z temi robotami budowa wielkiego kolektora dla kanałów miejskich, do której miasto przyczynia się kwotą 100.000 K.

— Krakowskie Towarzystwo ratunkowe walczy z podobnemi trudnościami finansowemi, jak lwowskie (ob. niżej). Czynności jego i wydatki wzrastają gwałtownie, a dochody, ograniczone na subwencyę m. Krakowa (2000 K.), niewielkie subwencye m. Podgórza, kraju, instytucyi finansowych i 2-koronowe wkładki 172 członków (aż tylu dostarcza 105.000 ludności liczący Kraków!), nie zwiększają się i oczywiście wystarczać nie mogą, pomimo, że dyżurni Pogotowia pełnią swe obowiązki bezinteresownie. Wobec tego wniosło Towarzystwo do Rady miejskiej prośbę, w której domaga się: 1) subwencyi w kwocie 6000 koron rocznie, 2) osobnej karetki dla ewentualnych cholerycznych, 3) dodania trzeciej pary koni i woźnicy, 4) podwyższenia płacy sanitaryuszy, rekrutujących się z »pomocników straży pożarnej«, 5) zaprowadzenia elektrycznego światła na stacyi, a wreszcie 6) wybudowania budynku dla stacyi ratunkowej. — Słuszne te żądania powinna Rada miejska bez odwłoki wypełnić.

Lwów. Krajowa Rada zdrowia odbyła w ostatnim czasie 4 posiedzenia, z których 2 były prawie wyłącznie poświęcone sprawie grożącego niebezpieczeństwa zawleczenia cholery z Rosyi do Galicyi, tudzież sprawie tłumienia jej w takim razie. W tym celu powzięto szereg uchwał, a między innemi: 1) uznano potrzebę większej czystości w wielu budynkach stacyi kolejowych, w wychodkach na stacyach i w pociągach osobowych, dalej postanowiono 2) urządzić krótkie kursa dla lekarzy o istocie cholery azyatyckiej i sposobach jej tłumienia, 3) sprawić ruchomą pracownię bakteryologiczną dla badania przypadków cholerycznych, 4) oprócz ustanowionyeh już stacyi rewizyjnych w miejscach wchodowych z Rosyi do kraju, zalecić utworzenie dalszych stacyi od strony wschodniej, 5) studnie kopane we Lwowie, nieodpowiadające ustawie budowniczej, pozamykać stale, inne kopane, a ze względów higienicznych niezupełnie odpowiednie, pozamykać na czas trwania cholery, 6) polepszyć nadzór targowy nad przetworami spożywczymi we Lwowie, 7) podejrzanych o cholerę, jakoteż zaraz pierwszych chorych cholerycznych we Lwowie umieszczać w miejskim baraku cholerycznym, a nie w pawilonie szpitala powszechnego.

Nadto oprócz spraw, wspomnianych w Nrze 43 »Przeglądu« (str. 57), wydała Rada zdrowia na tych posiedzeniach opinię: 1) w sprawie zmiany taks leczenia także w szpitalach powiatowych w Białej, Brodach, Kołomyi, Sokalu; 2) w sprawie nowych okręgów sanitarnych w Piwnicznej (pow. nowosądecki), w Jazłowcu i Baryczu (pow. buczacki) i w Bilczu złotem (pow. borszczowski); 3) w sprawie rewakcynowania uczniów i uczennic w seminaryach nauczycielskich; 4) w sprawie używania solanki z Pomiarek w Truskawcu do celów leczniczych; 5) o planach szpitala dla matołków w Iwoniczu i szpitala powszechnego w Horodence; 6) w sprawie założenia prywatnych grobowców w Berezowicy wielkiej (pow. Tarnopol) i w Hucisku (pow. Wieliczka); 7) w sprawie udzielenia koncesyi na publiczną aptekę w Wełdzirzu. *T.*

(Mimowolnie nasuwa się tu uwaga, że niektóre z uchwał Krajowej Rady zdrowia w sprawie cholery same ilustrują słuszność żądania, by w Radzie zasiadało kilku członków z zachodniej części kraju. Niema wątpliwości, że stolica kraju jest w obecnym stanie rzeczy więcej zagrożoną, niż n. p. Kraków; niemniej na przygotowania przeciwcholeryczne i w Krakowie nie jest zawcześnie, a to tem więcej, że warunki higieniczne Krakowa wcale od lwowskich nie są lepsze, przyczem trzeba mieć na względzie wielkie przeludnienie i o wiele większy niedostatek miejskiej służby sanitarno-lekarskiej. A jednak Krajowa Rada zdrowia zajęła się tylko Lwowem, bo też niema teraz w Radzie tych, którymby zachodnia część kraju szczególnie na sercu leżała i którzyby podnieśli, że Kraków, chociaż dalej leży od gubernii zakażonych, niż Lwów, to jednak ze wspomnianych wyżej względów powinien być już teraz przyniewolony do energicznych środków zapobiegawczych. Nie zanosi się na to, aby Kraków sam bez nacisku zdobył się rychło na pomnożenie swego personalu sanitarnego, bez czego asanizacya, konieczna wobec zagrażającej krajowi od wschodu cholery, przewlekać się i chromać musi; niechby więc przynajmniej pod groźbą zarazy miasto Kraków zmuszone zostało niezwłocznie uczynić to, co według obowiązujących ustaw dawno uczynić było powinno. Ale na to trzebaby, aby Krajowa Rada zdrowia zajęła co do Krakowa równie stanowcze stanowisko, jak co do Lwowa; niewątpliwie impuls do tego wyszedłby w obecnej chwili od przedstawicieli zachodniej części kraju, gdyby nie to, że ich w Radzie zupełnie brakuje).

— Zarząd Towarzystwa ratunkowego lwowskiego zastanawiał się nad tem, czyby, wobec braku dostatecznego poparcia w społeczeństwie, Towarzystwa dobrowolnie nie rozwiązać. Mianowicie czynności Pogotowia i idące za tem koszta wzrastają gwałtownie, a dochody pozostają te same. Stąd niedobory, które pokrywała już niejednokrotnie ofiarność prezesa Towarzystwa, Dra Stroynowskiego. Za r. b. zagraża niedobór około 4500 K. obecnie zaś już doszedł on do 1600 K., przyczem zupełnie brak środków na opłacenie lekarzy, (którzy ze względu na humanitarny cel instytucyi pobierają tylko po 50 hal. za godzinę pracy), służby i t. d. Wogóle ma Pogotowie 10.000 K. rocznego dochodu, z tego 3000 z wkładek członków, resztę z subwencyi miasta. Sejm daje ledwo kilkaset koron. (Wiedeńskie Pogotowie ma 400.000 K. rocznego dochodu). W tych warunkach nie dziw, że zastanawiano się nad rozwiązaniem Towarzystwa, dopóki jeszcze długi mają pokrycie w wartości inwentarza. Ponieważ instytucya taka upaść nie powinna, a na poparcie społeczeństwa istotnie niema co liczyć, przeto dzienniki lwowskie podniosły, że Pogotowie ratunkowe powinnoby objąć na swój koszt miasto, już i dziś łożące na nie sporo. I rzeczywiście lwowska Rada miejska uchwaliła 31. X. jednomyślnie wnioski Drów Piska,

Szpilmana i Mikołajskiego, a mianowicie postanowiła pokryć dotychczasowy niedobór, wyznaczyć komisyę dla zaradzenia złemu na przyszłość (przez zwiększenie subwencyi miejskiej lub całkowite objęcie Pogotowia przez miasto), tymczasem zaś wydatniej poprzeć Pogotowie (przez dostarczenie drugiej pary koni i t. d.).

Warszawa. Ponieważ prawo o przekazaniu szpitali warszawskich magistratowi wydane zostało na mocy § 87 zasadniczych praw państwa, wymaga ono jeszcze zatwierdzenia przez Dumę. Otóż ministeryum spraw wewnętrznych poleciło, by szpitale, oraz wszelkie wogóle instytucye, pozostające pod zarządem Miejskiej Rady Dobr., były oddane, chociażby tylko w ogólnych zarysach, magistratowi przed dniem 14. XI., t. j. przed otwarciem Dumy. Tymczasem komisya szpitalniana, (do której dodatkowo wezwano szereg obywateli, m. i. prof. J. Kosińskiego), nie zdążyła dotychczas dokonać najważniejszego nawet zadania, t. j. spisu inwentarza. — Obejmując szpitale, magistrat znajdzie się w niesłychanie trudnych warunkach finansowych. Do uregulowania nieudolnej gospodarki Rady potrzeba 1,500.000 rb., mianowicie na wyrównanie długów, pozostałych do końca r. 1906 170.000 rb., na pokrycie niedoborów r. 1907 i 1908 po 400.000 rb., (fundusze szpitalne same nie wystarczą), na uporządkowanie i przebudowę gmachów szpitalnych 300.000 rb., wreszcie na utrzymanie w ciągu lat 2 spadłych z etatu urzędników M. Rady Dobr., jakoteż na sporządzenie inwentarza, majątków i kapitałów szpitali itd. 150.000 rb. Wobec tego postanowił magistrat zaciągnąć tej wysokości 4 prc. pożyczkę z zapasowego kapitału ubezpieczeniowego m. Warszawy ze spłatą na lat 15 i wystąpił do władzy wyższej o upoważnienie do jej zaciągnięcia. — Za pierwszy swój obowiązek po objęciu szpitali uważa miasto bezzwłoczne powiększenie liczby łóżek. Że zaś na budowę nowych i rozszerzenie już istniejących szpitali brak jest na razie funduszów, powzięto zamiar usunąć ze szpitali wszystkich tych chorych, którzy nie potrzebują ciągłej pomocy lekarskiej i na zaopiekowanie się nimi przeznaczyć 200.000 rb. Budżet roczny szpitali, jak się okazało, trzeba będzie powiększyć o 800.000 rb. Dlatego to projektowane jest nałożenie podatku szpitalnego na wszystkich bez wyjątku mieszkańców Warszawy.

Nadzór nad prywatnemi instytucyami dobroczynnemi po skasowaniu M. Rady Dobr. miał przejść do kancelaryi generał-gubernatora. Obecnie powstał projekt przekazania tego nadzoru oberpolicmajstrowi.

Tymczasowy oddział szpitalny dla chorych zakaźnych przy ul. Złotej w budynku, w którym były koszary wojskowe, urządzany jest pospiesznie tak, by 14. XI. r. b. był już gotów. Koszt przeróbki gmachu z koszar na szpital obliczono na 9500 rb., tworząc na razie łóżek 50, budynki mogą jednak pomieścić 300.

Projekt rozszerzenia szpitala w Tworkach, o którym donosiłem, jest projektem dalekiej przyszłości. Pociągnęłoby to bowiem za sobą wydatek 300.000 rb., na jaki władze gubernialne nie prędko się zdobędą.

Stosownie do uchwały X. Zjazdu lek. i przyr. polskich tutejsza Sekcya chemiczna przy Tow. popierania przemysłu i handlu przystąpiła do zawiązania »Towarzystwa chemików polskich« z siedzibą w Warszawie. Do komisyi statutowej weszli: Dr Bielecki, inż. Benstefson, mag. Mutniański i Prof. Znatowicz oraz prezydyum sekcyi w osobach pp.: Wł. Lepperta i Dr Weila.

W szpitalu św. Ducha zaszedł w tych dniach ciekawy incydent. Jeden z posługaczów szpitalnych brał od chorych w ambulatoryum datki. Otóż usunięto go, a na jego miejsce przyjęto innego. Ogół jednak posługaczów oparł się temu, zagroził strejkiem, a przyjętego nowego posługacza wyrzucił w worku na ulicę. W sprawę tę wdali się lekarze szpitala św. Ducha: Borzymowski, Purytz i Drabczyk. Przesłuchawszy posługaczy, postanowiono przyjąć wydalonego posługacza, a usunąć nowego. Gdy na to nie zgodziła się administracya szpitala, zgłosili się do szpitala »delegaci« jakiejś »partyi« i starali się terrorem zmusić administracyę do przyjęcia dawnego posługacza. Policya, uwiadomiona o tem zajściu, uwięziła wszystkich trzech lekarzy i 4. posługaczy. Dr Borzymowskiego wypuszczono w kilka godzin, dr Purytza uwolniono po kilku dniach, a dziś uwolniono i Dr Drabczyka. *Dr Ł.*

— Uwięziono Dr Fabjana Zapałkiewicza, Dr Pawła Jankowskiego, Dr Sachsa i Dr Bychowskiego.

— W d. 31. X. odbyło się pierwsze posiedzenie naukowe świeżo zawiązanego Polskiego Towarzystwa psychologicznego.

— W ubiegłym tygodniu przystąpiono do budowy nowego szpitala dla dzieci w Lublinie. Szpital ten będzie się mieścił przy ul. Szarytkowskiej, naprzeciw szpitala Szarytek. Plan gmachu szpitalnego został sporządzony przez p. Dziekońskiego, budowniczego z Warszawy. Z wiosną r. p. będzie rozpoczęta robota przy budowie trzech budynków frontowych, z których środkowy, jako główny, będzie 2-piętrowy, oraz dwóch pawilonów: dla chorób zakaźnych i dezynfekcyjnego.

— Staraniem miejscowego zarządu weterynaryjnego powstaje w Miechowie laboratoryum bakteryologiczne, którem zarządzać będzie powiatowy lekarz weterynaryi Malawski.

— Do trzeciej »dumy« wejdzie z Królestwa Polskiego nieproporcyonalnie wielu lekarzy, bo 3 na 14 posłów: Dr Jan Harusewicz z łomżyńskiego, Dr Józef Świeżyński z radomskiego i Dr Antoni Rząd z Łodzi.

Wilno. W tych dniach otwarto w Wilnie przy ul. Starej schronisko i lecznicę dla opilców na 10 łóżek.

Z różnych stron. Jak już donosiliśmy, zawiązało się niedawno i uzyskało zatwierdzenie władz polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie. Dzienniki donoszą, że pierwsze posiedzenie Towarzystwa, powstałego z inicyatywy Dr M. Kozłowskiego, M. Łazyńskiego i J. Sochackiego, odbyło się 31. X. w lecznicy chirurgicznej przy bulwarze Bibikowskim. Oprócz zadań naukowych postawiło sobie Towarzystwo za cel krzewienie wśród miejscowej ludności polskiej zasad higieny. Presem Towarzystwa obrano Dr Konrada Rumszewicza.

Nowemu Towarzystwu lekarskiemu polskiemu składamy najszczersze życzenia szybkiego rozwoju i płodnej pracy. Z upadkiem »Aten wołyńskich« przeniosła fala młodzieży naszej do Kijowa krzemienieckie tradycye, snując ich nić przez szereg pokoleń. Niechże nowe Towarzystwo stanie się osią ruchu naukowego, któryby wskazał, że nić ta nie zerwała się i że promienie, które padły niegdyś z naszego kresowego ogniska oświaty szeroko i daleko, do dziś dnia nie zgasły.

— W Pradze obchodzono 5. XI. uroczyście 60-tą rocznicę urodzin Prof. Maixnera, wybitnego czeskiego internisty.

— W szpitalach berlińskich postanowiono zaprowadzić kursa kształcenia służby szpitalnej.

— W berlińskich szpitalach dziecięcych będą wobec doświadczeń, zebranych ostatniego lata w szpitalu »Am Urban« w przypadkach choleryny, przyjmowane w razie potrzeby mamki.

— Według zestawienia Dra Stickera wyszło od r. 1902 niemniej jak 3395 prac o raku, z tego 1960 niemieckich, 607 angielskich, 549 francuskich, 113 włoskich, 70 polskich i rosyjskich, 37 skandynawskich i t. p.!

Zmarli. Dr Ludwik Bernstein, Warszawianin, emigrant z 1863 r., zmarł w Lismore w Nowej Południowej Walii w 70 r. ż. Wydział lekarski ukończył w Heidelbergu, poczem studyował chirurgię w Paryżu i Edymburgu. W Lismore stworzył szpital i przytułek i różne instytucye społeczne. Wybierano go kilkakrotnie radnym miejskim i burmistrzem i oddano mu stanowisko okręgowego lekarza rządowego. (»Kurj. Warsz.« 302).

Redakcya otrzymała. Giedroyć Fr.: Zapiski do dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce. Warszawa 1907 (odb. z »Kron. lek.«). — Welecki: Przyczynek do znajomości fizyologicznego działania nadnercza i adrenaliny. Kraków. Ak. Um. 1907. — Sędziak: Etyologia porażeń nn. krtaniowych dolnych. »Kronika lek.« 1907. — W. Świątecki: The estimation of sugar in urine by means of caustic alkali. »The Lancet« XXI. Vol. I. 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 13. listopada o godz. 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska l. 4). Porządek dzienny: 1) Demonstracye. 2) Sprawa państwowej ustawy o chorobach zakaźnych; zagai kol. prof. Ciechanowski.

Po posiedzeniu wspólna **wieczerza koleżeńska.**

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

żołądka w celu podniesienia apetytu i wydzieliny oraz, jak to udowodnił Dr Koch, w celach odkażania narządu trawienia. Dobry wyciąg z chiny jest więc bardzo pożądany. Używanie gliceryny (do osłody lub lepszego konserwowania chininy) lub innych domieszek w tym rodzaju jest szkodliwe. Wprowadzenie wodnego wyciągu chininy Nanninga do lecznictwa wydało, jak wykazały doświadczenia kilka autorów, doskonałe wyniki. Wyciąg ten sporządzany bywa z najlepszej czerwonej chiny, bez domieszek wyskoku; żywicę i inne składniki chiny, oprócz kwasu chinowego, usuwa się. Autor stosował wyciąg chinowy Nanninga w 26 przypadkach z pomyślnym skutkiem przy przewlekłym nieżycie żołądka, utrudnionem trawieniu i t. p. Samo przez się rozumie się, że Extr. chinae Nanning nie należy uważać za jedyny, uniwersalny środek w chorobach żołądka. *Ng.*

Visvit (Dr Otto Willke »Medico«, Nr 30, 1907) posiada wielką odżywczą własność, zdolność łatwego przyswajania się, oraz miły smak. Podawany przy niedokrwistości i osłabieniu przyczynia się do zwiększenia czerwonych ciałek krwi (w przypadku przez autora opisanym z 2,600,000 na 5,000,000). Przy wrzodzie żołądka stosował W. z doskonałym wynikiem visvit z mlekiem (na 1/4 litra mleka 3 łyżeczki visvitu), podnosząc w ten sposób wartość odżywczą pokarmu dzięki znacznej ilości białka, zawartego w tym leku. Autor radzi stosować visvit w przypadkach ogólnego osłabienia, gdy zmniejsza się ilość hemoglobiny we krwi, przy dnie, cukrzycy i zapaleniu nerek.

Visvit sprzyja wzrostowi kości i działa uspokajająco na układ nerwowy. Zawarte w visvicie węglowodany w rzadkich tylko przypadkach mogą przeszkadzać wśród leczenia tych przypadków, gdzie podawanie ich jest zabronione. Pomijając te wyjątkowe przypadki, jest visvit z powodu braku działania drażniącego i braku istot wyciągowych w przypadkach cukrzycy, zawsze grożącej zapaleniem nerek, szczególnie wskazany. *Hr.*

Kursa dla lekarzy na Wydziale lekarskim w Krakowie

2. do 21. grudnia 1907.

Wyjaśnień udziela i zgłoszenia przyjmuje prof. Ciechanowski (Wielopole 4).

Wpisy przyjmuje kwestura Uniwersytetu (Collegium novum, ul. Jagiellońska) od 26 listopada do 2 grudnia 1907.

Liczba uczestników (najmniejsza, konieczna do rozpoczęcia kursu i najwyższa) w niektórych działach ograniczona.

Kursa odbywać się będą tylko w dni powszednie, t. j. prócz niedziel. Tylko kurs prof. Kadera będzie także i w niedzielę.

Zebranie informacyjne wszystkich uczestników wspólnie z komitetem kursów dla ustalenia dni i godzin tych kursów, które z góry nie są oznaczone i t. d. odbędzie się w niedziele 1 grudnia o godzinie 8 wieczór w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4).

Prócz już ogłoszonych kursów będzie można zorganizować wtedy kursa na inne jeszcze tematy, jeżeli zgłosi się dostateczna liczba uczestników.

Dotąd zgłoszono kursa następujące:

Bakteryologia.

Prof. Nowak wspólnie z asystentem Dr Szymanowskim: Praktyczny kurs bakteryologii. W zakładzie mikrobiologii (św. Jana 20). 12 godzin tygodniowo, codziennie od 4—6 popołudniu. Czesne 50 K. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Doc. Droba: Bakteryologia cholery i duru brzusznego (ćwiczenia praktyczne). W zakładzie anatomii patol. (Collegium medicum, Grzegórzecka). 6 godzin tygodniowo, w poniedziałki, środy i piątki od 6—8 popołudniu. Czesne 30 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Prof. Bujwid wspólnie z asystentami: 1) Najprostsze sposoby rozpoznawania bakteryi chorobotwórczych. W zakładzie higieny (Strzelecka 9) 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 3—5 popołudniu. Czesne 30 koron. 2) Szczepienia lecznicze i ochronne, demonstracye przygotowania surowic i szczepionek. W zakładzie surowic (Lubicz 28), 10 wykładów od 5—6 popołudniu, codziennie od 2—14. XII. Czesne 15 kor. 3) Higieniczne badanie wody. W zakładzie badania środków spoż. (Strzelecka 9), 5 wykładów, we wtorki i czwartki od 6—8 wieczór. W każdym kursie najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Chemia lekarska.

Prof. Marchlewski wspólnie z asystentami Dr Koźniewskim i Dr. Mostowskim: Ćwiczenia praktyczne w chemii lekarskiej. W zakładzie chemii lek. (Kopernika 15). 6 godzin tygodniowo, w poniedziałki i środy od 3—6 popołudniu. Czesne 30 koron. Najmniej 5 uczestników. Początek kursu 4. XII.

Anatomia patologiczna, histologia praktyczna.

Prof. Ciechanowski: Dyagnostyka anatomiczno-patologiczna z ćwiczeniami w sekcyach. W zakładzie anatomii patolog. (Collegium medicum, Grzegórzecka 22). 6 godzin tygodniowo, codziennie od 2—3 popołudniu. Czesne 20 koron. Najmniej 5 uczestników.

Prof. Maziarski: Technika histologiczna (ćwiczenia praktyczne). W zakładzie fizyologicznym (Collegium medicum). 5 godzin tygodniowo, w środy i soboty od 2—4 1/2 popołudniu. Czesne 20 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników. Początek kursu 5. XII.

Doc. Gliński: Dyagnostyka mikroskopowa guzów chorobowych z uwzględnieniem główniejszych metod badania. W zakładzie anatomii patol. (Collegium medicum), 8 godzin tygodniowo, w poniedziałki, wtorki, czwartki i piątki od 2—4 popołudniu. Czesne 30 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Jaworski i Doc. Mięsowicz: Demonstracye ważniejszych przypadków klinicznych. W klinice lekarskiej (ulica Kopernika). Jedna godzina tygodniowo (w porze porannej, później oznaczyć się mającej). Czesne 10 kor.

Prof. Jaworski: O znaczeniu uodpornienia i leczenia surowicami w zastosowaniu klinicznem. Miejsce: Klinika lekarska. Wogóle 2 godziny (w porze później oznaczyć się mającej). — »Publicum« dla wszystkich uczestników kursu (bez osobnego czesnego).

Doc. Latkowski: Dyagnostyka chorób wewnętrznych (ćwiczenia praktyczne) na materyale przychodnim. W klinice lekarskiej (ul. Kopernika). 3 godziny tygodniowo od 8—9 rano. Czesne 20 kor. Liczba uczestników nieograniczona.

Neurologia i psychiatrya.

Prof. Domański: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób układu nerwowego i omówienie ich leczenia. W szpitalu św. Łazarza. 3 godziny tygodniowo od 8—9 rano w dniach, które później oznaczone będą. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. Piltz: Sposoby badania chorób nerwowych i umysłowych. W ambulatoryum neurologicznem (Klinika okulistyczna, Kopernika 40). 3 godziny tygodniowo, we wtorki, czwartki i soboty od 4—5 popołudniu. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Pedyatrya.

Prof. Lewkowicz: Ćwiczenia w badaniu i leczeniu chorób dzieci. W klinice chorób dzieci (szpital św. Ludwika, ulica Strzelecka). 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 10—12 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Chirurgia.

Prof. Bossowski: Chirurgia dla lekarzy praktycznych. W szpitalu Bonifratrów (na Kazimierzu). 12 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 9—11 rano. Czesne 20 koron. Najmniejsza liczba uczestników 5.

Doc. Chlumsky: 1) Praktyczny kurs miesienia. W zakładzie ortopedycznym (Rynek kleparski 12). Czesne 40 koron. Najmniej 4 uczestników. 2) Praktyczny kurs ortopedyi. Tamże. »Publicum« bez osobnego czesnego. Liczba uczestników nieograniczona. Oba kursa razem 4 godz. tygodniowo, od 5—6 wieczór w poniedziałki, wtorki, środy i czwartki.

Prof. Kader wraz z asystentem Dr Radlińskim: Ćwiczenia teoretyczne i praktyczne z chirurgii szczegółowej. W klinice chirurgicznej (Kopernika 10). 14 godzin tygodniowo, codz. nie wyjmując Niedziel. Od 2. do 8. XII. od godz. 9—11 rano, od 9—21. XII. od 11—1 w południe. Czesne 60 koron. Najmniej 4, najwyżej 8 słuchaczy.

Doc. Rutkowski: 1) Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chirurgicznych chorób dzieci. W szpitalu św. Ludwika (ul. Strzelecka). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 11—12 rano. Czesne 20 koron. Najmniej 5 uczestników. 2) Przepukliny urazowe. »Publicum« bez osobnego czesnego, w dniach i godzinach, które później się oznaczy.

Anatomia topograficzna.

Prof. Bochenek: Topografia narządów miednicy, z demonstracyami. W zakładzie anatomii opisowej (Kopernika 12). 3 godziny tygodniowo, w poniedziałki, wtorki i środy od 6—7 wieczór. Czesne 15 koron. Najmniej 10 uczestników.

Okulistyka.

R. dw. Prof. Wicherkiewicz wspólnie z asystentem dr Witalińskim: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób oczu. 6 godzin tygodniowo, od 6—11 w poniedziałki, środy, piątki. Czesne 30 koron. Najmniej 5 uczestników.

Kurs wziernikowania urządzony będzie w razie zgłoszenia się uczestników w liczbie dostatecznej, w godz. popołudniowych.

Dentystyka.

Prof. Łepkowski: Ćwiczenia w ekstrakcyach i plombowaniu zębów materyałami plastycznymi. W c. k. ambulatoryum dentystycznem (Rynek gł. 22, II. p.). 12 godzin tygod., codz. od 8—10 rano. Czesne 80 kor. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Laryngologia i otyatrya.

Prof. Pieniążek i doc. Nowotny: Praktyczny kurs laryngologii. W klinice laryngologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (prawdopodobnie między godz. 10—12). Czesne 10 koron. Najwyżej 10 uczestników.

Doc. Nowotny: Praktyczny kurs otyatryi, (tamże), 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (prawdopodobnie 12—1). Czesne 10 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Doc. Baurowicz: Ćwiczenia w badaniu górnych dróg oddechowych prawidłowych i narządu słuchowego prawidłowego. W klinice chorób skórnych (szpital św. Łazarza). 4 godziny tygodniowo, w poniedziałki i piątki od 5 do 7 wieczór. Czesne 10 koron. Najmniej 8 uczestników.

Dermatologia i syfilidologia.

Prof. Reiss: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób skórnych. W klinice dermatologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, we wtorki od 8—10, w czwartki i piątki od 8½ do 10 rano. Czesne 20 koron. Najmniej 10 uczestników. Początek kursu 3. XII.

Prof. Krzyształowicz: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób wenerycznych. (Tamże). 3 godziny tygodniowo, we środy od 8—10, w soboty od 9—10 rano. Czesne 12 koron. Najmniej 5 uczestników. Początek kursu 4. XII.

Położnictwo i ginekologia.

Prof. Rosner wspólnie z asystentami: Dr Cetnarowskim, Jaworowskim i Morawskim: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu i leczeniu chorób kobiecych. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15), 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 9—10 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Doc. Dobrowolski: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu chorób ciąży i porodu i uwagi o fizyologii i patologii ciąży i porodu. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15) i na oddziale położniczym w szpitalu św. Łazarza, 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 10—11 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Doc. Braun: Ćwiczenia w operacyach położniczych na fantomie. W klinice położniczej (Kopernika 15). 6 godzin tygodniowo, codziennie od 5—6 wieczór. Czesne 30 koron. Najmniej 5, najwyżej 8 uczestników.

Medycyna sądowa.

Doc. Horoszkiewicz: Ćwiczenia praktyczne w orzeczeniach sądowo-lekarskich. W zakładzie medycyny sądowej (Collegium medicum, Grzegórzecka) 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 4—5 popołudniu. Czesne 20 koron. Najmniej 5 uczestników.

Przegląd godzin.

8—9. Neurologia (Prof. Domański) 3 godzin tyg. — Dyagnostyka chorób wewn. (Doc. Latkowski) 3 godz. tyg.
8—10. Dermatologia i syfilidologia (Prof. Reiss i Krzyształowicz) codziennie prócz poniedziałków.
Dentystyka (Prof. Łepkowski) codz.
9—10. Ginekologia (Prof. Rosner) codz.
9—11. Chirurgia (Prof. Bossowski) codz. — Prof. Kader i Dr Radliński od 2—8. XII. codz.
10—11. Położnictwo (Doc. Dobrowolski) codz.
10—12. Pedyatrya (Prof. Lewkowicz).— Laryngologia (Prof. Pieniążek). Codz. prócz sobót.
11—12. Chirurgia dzieci (Doc. Rutkowski) codz. prócz sobót.
11—1. Okulistyka (Prof. Wicherkiewicz i Dr Witaliński) poniedz., środy, piątki. — Chirurgia (Prof. Kader i Dr Radliński) od 9—22. XII, codz.
12—1. Otyatrya (Doc. Nowotny) codz. prócz sobót.
Pora poranna na razie nie oznaczona. | Medycyna wewn. (Prof. Jaworski i Doc. Mięsowicz) 1 g. tyg.
2—3. Dyagnostyka anatom. patol. (Prof. Ciechanowski) codz.
2—4½. Technika histol. (Prof. Maziarski) środy i soboty.—Dyagnostyka histopatologiczna (Doc. Gliński) inne dni.
3—5. Dyagnostyka bakteryol. (Prof. Bujwid) codz.
3—6. Chemia lek. (Prof. Marchlewski) poniedz. i środy.
4—5. Neurologia (Prof. Piltz) wtorki, czwartki i soboty.
Medycyna sądowa (Doc. Horoszkiewicz) codz. prócz sobót.
4—6. Kurs praktyczny bakteryologii (Prof. Nowak) codz.
5—6. Miesienie i ortopedya (Doc. Chlumsky) codz. prócz piątków i sobót. — Operacye położnicze na fantomie (Doc. Braun), codz. — Szczepienia ochronne (Prof. Bujwid) codziennie.
5—7. Badania laryngol. (Doc. Baurowicz) poniedz. i piątki.
6—7. Anatomia topogr. miednicy (Prof. Bochenek) poniedz., wtorki, środy.
6—8. Kurs choleryczny (Doc. Droba) poniedz., środy, piątki. — Badanie higien. wody (Prof. Bujwid), wtorki i czwartki.
Pora popołudn. na razie nie oznaczona. | Wziernikowanie oka. Przepukliny urazowe (Doc. Rutkowski).

Rok XLVI. Kraków, dnia 16 listopada 1907. Nr 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału I. B) chorób wewnętrznych Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Rzut oka na przypadki duru brzusznego w ubiegłem dziesięcioleciu.

Napisał

Prym. Dr Antoni Krokiewicz.

(Ciąg dalszy).

Narząd moczowopłciowy w 59,04% stanowił siedzibę zmian chorobowych świeżych w przebiegu duru brzusznego. Zadrażnienie nerek, objawiające się białkomoczem stwierdzono w 205 przypadkach (95 m., 110 k.) t. j. 54,5%. Białkomocz zauważano już w początkowych okresach duru brzusznego pod koniec pierwszego tygodnia, a ustępował on z końcem III. lub na początku IV. okresu choroby. Ilość białka zwyczajnie dochodziła do 0,2‰. U 12 chorych (6 m., 6 k.) wystąpiło ostre zapalenie nerek, w przebiegu którego w dwóch przypadkach, t. j. u mężczyzny 16-letniego i u kobiety 28-letniej w trzecim tygodniu duru pojawiły się objawy kliniczne mocznicy z wymiotami (ilość białka dochodziła do 5‰). Białko ustąpiło zupełnie w okresie zdrowienia. W dwóch przypadkach (0,8%) u mężczyzny 19-letniego i u kobiety 27-letniej stwierdzono ostre krwotoczne zapalenie nerek. U mężczyzny 19-letniego, który zmarł 21. dnia choroby, a 16. dnia spostrzegania klinicznego, sekcya wykazała: *Ulcera typhosa intestini ilei in stadio incipientis depurationis. Enterorrhagia. Tumor lienis ac. Nephritis parenchymatosa ac. haemorrhagica. Degeneratio adiposa myocardii. Degeneratio parenchymatosa hepatis. Adhaesiones pleuriticae d. Bronchitis catarrhalis diff.* U kobiety 27-letniej, która zmarła w 15. dniu choroby, oględziny pośmiertne stwierdziły: *Ileotyphus in stadio exulcerationis. Tumor lienis ac. Nephritis haemorrhagica ac. Hypostasis pulmonum. Degeneratio adiposa myocardii, hepatis. Bronchitis et tracheitis cat.* Ropnie w nerkach zauważono w (0,8%) 2 przypadkach, t. j. u mężczyzny 35-letniego i u kobiety 24-letniej w przebiegu ogólnej posocznicy *(septicopyaemia)* w następstwie przebicia wrzodu durowego do jamy otrzewnej i zapalenia posokowatoropnego otrzewnej: W jednym przypadku u kobiety 30-letniej wystąpiło w 10 dniu choroby zapalenie pęcherza i miedniczek nerkowych (0,15% białka); chora wyzdrowiała. W jednym przypadku u mężczyzny 34-letniego w przebiegu bardzo ciężkiego duru brzusznego 40. dnia choroby wystąpiło zapalenie ostre miedniczek nerkowych, które po dwóch tygodniach również zakończyło się pomyślnie. Dawne zmiany chorobowe w narządzie moczowopłciowym stwierdzono zaledwie u dwóch kobiet chorych na dur brzuszny: U kobiety 36-letniej przewlekłe śródmiąższowe zapalenie nerek *(nephritis chronica interstitialis)*, a u dziewczyny 17-letniej zmiany skrobiowate nerek. W ostatnim przypadku nastąpiło zejście śmiertelne, a autopsya stwierdziła zmiany skrobiowate w miąższu nerkowym i śledzionowym. Peptonurya wystąpiła u kobiety 19-letniej w III. tygodniu duru brzusznego.

Odczyn dwuazowy (diazoreakcyę) Ehrlicha w moczu stwierdzić można było w każdym cięższym przypadku duru brzusznego, dopóki sprawa chorobowa się nie przełamała. Pojawienie się odczynu dwuazowego w moczu, po przebytym durze brzusznym częstokroć stanowiło zapowiedź nawrotu choroby. W pojedynczych przypadkach wykonano odczyn aż do 53, 46, 45 razy. W przypadku, w którym powstał zakrzep żyły udowej w następstwie przebytego duru brzusznego, wykonano 38 razy odczyn z wynikiem ujemnym. W jednym zaledwie przypadku u nałogowego pijaka, można było po przebytym durze brzusznym jeszcze przez kilkanascie dni, w okresie zdrowienia, stwierdzić odczyn dwuazowy Ehrlicha w moczu.

W narządzie oddechowym usadowiły się zmiany chorobowe w przebiegu duru brzusznego w 92 przypadkach (34 m., 58 k.) t. j. 24,4%; z tego na krtań przypada 2,1%, a reszta na płuca.

Zmiany chorobowe w krtani pojawiały się w ciężkim przebiegu duru brzusznego. Owrzodzenia nagłośni wystąpiły u 2 kobiet; w obu przypadkach nastąpiła śmierć. U kobiety 20-letniej stwierdzono przytem przy oględzinach pośmiertnych rozległe owrzodzenia w jelicie biodrowem, zapalenie ogniskowe płuc, zapalenie początkujące nerek; zaś u kobiety 25-letniej obok zmian powyższych obrzęk surowiczy miękkiej opony mózgowej i liczne podoponowe wybroczyny, zwłaszcza w okolicy zwojów czołowych. W jednym przypadku, u mężczyzny 21-letniego, w 18-dniu zdrowienia stwierdzono owrzodzenie odleżynowe na błonie śluzowej krtani; przypadek zakończył się mimo to pomyślnie. U 5 kobiet w wieku 13, 17, 23, 24, 28 lat, wystąpiły rozległe owrzodzenia na chrząstkach nalewkowatych *(perichondritis arythenoidea ulcerosa)* z oddzieleniem się obumarłej chrząstki (1 przypadek). W przypadkach tych nastąpiło zejście śmiertelne w I. tygodniu — u dziewczynki 10-letniej w okresie nacieku rdzeniastego *(st. infiltrationis)*, w II. tygodniu u kobiety 24-letniej w okresie początkujących owrzodzeń jelitowych; w III. tygodniu u 3 kobiet: 17, 23 i 28-letniej w okresie głębokich owrzodzeń jelitowych. Obok

rozległych owrzodzeń chrząstek krtaniowych wykazały oględziny pośmiertne u dziewczyny 13-letniej i u 28-letniej ogniskowe zapalenie płuc włóknikowe i głęboką odleżynę na kości krzyżowej; u kobiety 24-letniej zgorzelinowy ropień poza migdałkiem prawym i w gruczole tarczowym; u kobiety 28-letniej zapalenie zrazikowe płuc i włóknikowe zapalenie opłucnej prawej.

Nieżyt oskrzeli spotykano prawie w każdym przypadku duru brzusznego. Zapalenie płuc opadowe stwierdzono u 32 chorych (15 m., 17 k.) i to między 14. a 17. dniem choroby; przeważnie około 20. dnia choroby, przy bardzo osłabionej akcyi serca. W razie poprawy tętna ustępowało i zapalenie płuc opadowe. Jako jedyne powikłanie stwierdzono zapalenie płuc opadowe w 4 przypadkach (2 m., 2 k.). Zapalenie płuc włóknikowe stwierdzono w 32 przypadkach (11 m., 21 k.); w 18 przypadkach (5 m., 13 k.) ograniczyło się do płuca prawego; w 5 przypadkach (3 m., 2 k.) do płuca lewego, a w 9 przypadkach (3 m., 6 k,) zajmowało oba płuca. W przypadkach obustronnego zapalenia płuc włóknikowego przeważały zmiany ogniskowe w dolnych i tylnych częściach płuc. Zazwyczaj zapalenie płuc włóknikowe występowało między 10. a 16. dniem choroby; tylko u dziewczyny 15-letniej w 5. dniu, a u położnicy w 38. dniu duru brzusznego stwierdzono kliniczne objawy zapalenia płuc włóknikowego. U mężczyzny 18-let. i 20-let. kobiety w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego, ograniczonego do górnego płatu płuca prawego *(hepatisatio rubra in griseam vergens)* wystąpiły za życia objawy, przemawiające za zapaleniem opon mózgowych, których atoli sekcya nie stwierdziła. Zejście śmiertelne z powodu zapalenia płuc włóknikowego, jako jedynego powikłania w durze brzusznym, nastąpiło w 8 przypadkach (3 m., 5 k.).

Zapalenie płuc ogniskowe, nieżytowe zauważono u mężczyzny 20-letniego w II. okresie chorobowym wśród objawów tężca karku *(opistotonus)*. Przebieg kliniczny był bardzo ciężki, oględziny pośmiertne wykazały natomiast tylko nieznaczne zmiany anatomiczne: *Ileotyphus in stadioni filtrationis. Bronchopneumonia cat. lobi. inf. pulmonis sin. Tumor lienis ac. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis, renum.*

Ropnie w płucach stwierdzono w 13 przypadkach (6 m., 7 k.) w przebiegu ogólnej posocznicy *(septicopyaemia)*; wszystkie zakończyły się śmiercią między 18. a 29. dniem choroby. Również i wśród posocznicy *(septicopyaemia)* wystąpiła w przebiegu duru brzusznego w dwóch przypadkach zgorzel płuc. U kobiety 17-letniej, która zmarła w 25. dniu choroby, oględziny pośmiertne wykazały zgorzel w obu dolnych płatach płuc w następstwie zapalenia włóknikowego, ropnie w miąższu płucnym, oczyszczające się wrzody w jelicie biodrowem, zapalenie ropne chrząstki nalewkowatej z całkowitem oddzieleniem się obumarłej chrząstki i głęboką odleżynę na kości krzyżowej. W drugim przypadku u kobiety 24-letniej, zmarłej w 11. dniu choroby, stwierdzono na stole sekcyjnym obustronną zgorzel w dolnych płatach płuc, początkujące owrzodzenia w jelitach obok nacieków rdzeniastych, zgorzelinową odleżynę na kości krzyżowej. Zapalenie opłucnej prawej stanowiło powikłanie u 4 kobiet, a opłucnej lewej u jednego mężczyzny, i to u kobiet w 12—16. dniu choroby, a u mężczyzny w 2 tygodnie po przebytym durze.

Wymiotami i morzyskiem rozpoczął się dur brzuszny w 14 przypadkach (7 m., 7 k.); zresztą chorzy podawali skłonność do zaparcia stolca w początku choroby, a w drugim tygodniu do rozwolnienia. Ilość stolców dziennie wynosiła średnio 2—3, stosunkowo rzadko 15—20; stolce miały właściwe wejrzenie, t. j. przypominały grochowiankę. Znaczniejsze wzdęcie brzucha należało do rzadkości. W 17 przypadkach (4,2%), t. j. u 11 m., 6 k. stwierdzono w czasie spostrzegania klinicznego krwotok jelitowy, i to przeważnie u osobników powyżej lat 35. U kobiety 25-letniej krwotok jelitowy wystąpił 40. dnia choroby — i to w czasie nawrotu duru brzusznego; przeważnie pojawiał się w 15—21. dniu choroby. Zazwyczaj wystąpienie krwotoku jelitowego wyprzedzała bardzo silna biegunka (15—20 stolców dziennie), błędy dyetetyczne lub wreszcie mechaniczny uraz, jak wstrząśnienie ciała skutkiem odbytej poprzednio dłuższej drogi wozem. I tak u położnicy 28-letniej, która zaraz po przywiezieniu do szpitala zmarła wśród krwotoku jelitowego, sekcya wykazała: *Ileotyphus in stadio ulcerationis. Haemorrhagia intestini ss. anaemia ac. Degeneratio adiposa myocardii, hepatis, renum. Involutio completa uteri.* U kobiety 23-letniej, przywiezionej w stanie bezprzytomności z miejscowości kilka mil odległej, (chora oddawała mocz i kał bezwiednie i ustawicznie), zejście śmiertelne nastąpiło w 3 dniu spostrzegania klinicznego, a oględziny pośmiertne stwierdziły: *Ileotyphus in stadio infiltrationis et incipientis ulcerationis. Haemorrhagia ex ulcere typhoso intestini ilei. Degeneratio parenchymatosa ac. myocardii, hepatis, renum. Tumor lienis ac.*

Siedzibę krwotoku stanowiło jedno owrzodzenie w jelicie biodrowem; w jednym tylko przypadku, u kobiety 25-letniej, zmarłej w 19. dniu duru brzusznego, krwotok pochodził z owrzodzeń w jelicie grubem. *(Typhus abdominalis in stadio exulcerationis. Haemorrhagia intestini crassi. Ulcera marginata epiglottidis. Ecchymoses subarachnoidales convexitatis cerebri praecipue lobi frontalis utriusque).* Zejście śmiertelne z powodu krwotoku nastąpiło w 6 przypadkach (4 m., 2 k.) i to: u 3 mężczyzn wśród powikłania z ciężką posocznicą *(septicopyaemia)*; u 1 mężczyzny wśród powikłania z ostrem zapaleniem krwotocznem nerek; u kobiety w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego; u kobiety w przebiegu obrzęku i wybroczyn na oponach mózgowych.

Pęknięcie jelita z następowem zapaleniem posokowatem otrzewnej zauważono u 6 m. (1,5%) w wieku od 15—48 lat; przeważnie wyżej 35 lat. Pęknięcie jelita nastąpiło w 2 przypadkach (u chłopca 15-letniego i u mężczyzny 35-letniego) w okresie owrzodzenia świeżego (II.); w 3 przypadkach przy wrzodach oczyszczających się (III.); w jednym przypadku w okresie zabliźnienia się wrzodu (IV.). Przedziurawienie jelita ograniczało się zawsze do jednego, głębokiego owrzodzenia w dolnej części jelita biodrowego. Objawy przebicia wrzodu można było stwierdzić w pierwszym dniu spostrzegania szpitalnego u czterech chorych, którzy poprzednio przebyli dłuższą drogę kołową; w jednym przypadku u mężczyzny 28-letniego pęknięcie jelita należało odnieść do ciężkiego urazu skutkiem pobicia chorego przez towarzyszy.

W przypadkach zapalenia posokowatego otrzewnej w następstwie przedziurawienia jelita 3 razy stwierdzono ropnie w narządach wewnętrznych, a zresztą tylko prze-

krwienia opadowe lub zapalenia opadowe płuc. Śmierć nastąpiła we wszystkich przypadkach wśród objawów klinicznych, właściwych temu rodzajowi zapalenia otrzewnej.

(C. d. n.)

Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Resekcya kątnicy.

Zarys techniki operacyjnej.

Podał

Dr Z. Radliński.

(Ciąg dalszy.)

Rokowanie pooperacyjne.

Przechodzę do sprawy bezpośredniego rokowania po jednoczasowej resekcyi kątnicy. Wyżej już podałem cyfry, wykazujące śmiertelność pooperacyjną po resekcyi kątnicy z powodu dwóch najczęstszych, powodujących ją cierpień, gruźlicy i raka. Wynosi ona dla pierwszej około 15%, dla drugiego około 30%. Biorąc pod uwagę, że oba te cierpienia spotyka się prawie jednakowo często, dalej, że stanowią one około 80% ogólnej liczby przypadków, gdy inne schorzenia wchodzące tu w grę — zaledwie 20%, wreszcie, że z pomiędzy tych ostatnich jedne (mięsak, promienica) dają rokowanie niedobre, inne zaś (wgłobienie, naciek zapalny) — stosunkowo pomyślne, przez co się nawzajem równoważą, możemy przeciętną śmiertelność pooperacyjną określić około 25%.

Z przyczyn zejścia niepomyślnego na pierwszem miejscu stoi zakażenie otrzewnej przy samym zabiegu lub później, wskutek puszczenia szwów jelitowych. Że konieczność otwierania (przy przecięciu) mało ruchomego jelita, często nie dającego się wyprowadzić ponad ranę ściany brzusznej i szew jelitowy w głębi były nawet przy najlepszej technice i starannem i umiejętnem zabezpieczeniu wolnej jamy otrzewnej nieraz powodem zakażenia, jest zupełnie zrozumiałe. Obecnie, gdy technika szwu i zasady postępowania z jelitami uległy zmianom, gdy szyjemy jelita nie w głębi, ale nad raną brzuszną, ten powód zakażenia schodzi na dalszy plan; pomimo to jednak przy resekcyi kątnicy powodem do zakażenia otrzewnej w warunkach techniki współczesnej może się stać okoliczność, że przy wyosobnianiu guza często nie jesteśmy w stanie uniknąć zetknięcia otrzewnej z wytworzonemi przez sprawę chorobową przetokami i jamami rozpadowemi.

Dalej, — nietrzymanie szwów. Przy dawniejszych sposobach z zespoleniem bezpośredniem osiowem *(end to end)* odcinków jelit było ono zjawiskiem powszedniem. Na 25 zejść śmiertelnych aż w 9 (36%) podaną jest w monografii Macharda ta przyczyna śmierci po osiowem zeszyciu; Conrath na 8 zejść śmiertelnych podaje puszczenie szwu w 4 przypadkach. W miarę, jak metoda ta ustępuje miejsca innym [zaszycie jelita grubego na ślepo i wszczepienie weń jelita cienkiego (*end to side* — Billroth), zaszycie obu końców jelit na ślepo i zespolenie boczne *(side to side)*] z puszczeniem szwów, nałożonych w warunkach dogodniejszych, spotykamy się rzadziej; zawsze jednak przy szwie jelita grubego z tem powikłaniem się spotykamy. Przyczyn mniejszej pewności szwu jelita grubego w porównaniu z jelitem cienkiem jest cały szereg. Nierówność ścian jelita grubego *(haustra, taeniae)*, wiszące na niej, a utrudniające szew przydatki tłuszczowe *(appendices epiploicae)*, stosunkowa cienkość i słabsze unaczynienie ściany jelita grubego w porównaniu z cienkiem, liczniejsze i złośliwsze drobnoustroje treści jelit, wreszcie fizyczne i chemiczne właściwości kału w jelicie grubem (Mikulicz, Kausch) — oto czynniki, których usunąć nie możemy, których wpływ jednak obecnie umiemy znakomicie zmniejszać.

W całym szeregu zejść niepomyślnych widzimy jako przyczynę podany wstrząs i zapad. Zaznaczyłem we wstępie, że zdaniem naszem, co najmniej w znacznej części winnem tu jest zatrucie przy znieczulaniu ogólnem. Do ograniczenia tej grupy, zdaje się, że nas prowadzi znieczulenie lędźwiowe.

Nie mogę nie wspomnieć jeszcze o jednem powikłaniu, które najlepiej pod względem chirurgicznym przebiegający przypadek nieraz niweczy, — to jest o powikłaniach płucnych. Powikłania te po zabiegach w jamie brzusznej objaśniane bywają przeniesieniem istoty zakaźnej drogą naczyń chłonnych pozaotrzewnoch z miejsca zabiegu do jamy opłucnej, lub też wpływem środka usypiającego, szczególnie eteru, już to wskutek zachłyśnięcia się, już też przez wywołanie nieżytu oskrzeli z podrażnienia, dalej oziębieniem w czasie operacyi, wreszcie zmniejszeniem wentylacyi płuc wskutek odruchowo przez ból wywołanego, płytszego oddychania. Poza tem, szczególnie po zabiegach w dole biodrowym prawym, zdają się być swoiste sprawy zatorowe w płucach na tle zakrzepu w żyle biodrowej (Oppenheim, Witzel) Zator, o ile pomyślnie przeminą doraźne jego skutki, może uledz wessaniu i organizacyi, lub też stać się powodem poważnych spraw zapalnych, szczególnie osiadłszy w płucu chorego wyniszczonego, o upośledzonem krążeniu i zmuszonego do leżenia. Że w rokowaniu musimy się liczyć z powikłaniami płucnemi, dowodzi również parę naszych przypadków, zakończonych badaniem pośmiertnem, które jako przyczynę zejścia stwierdziło zapalenie płuc, przeważnie w postaci zrazikowej.

Dane anatomiczne.

Przed opisem resekcyi kątnicy przytoczę kilka ważniejszych faktów z anatomii dołu biodrowego prawego, rozumiejąc pod tą nazwą tę część tylnej ściany brzusznej, która odpowiada przednio-wewnętrznej powierzchni talerza kości biodrowej, a względnie leżącemu na niej m. biodrowo-lędźwiowemu.

W dole biodrowym prawym leży kątnica i w dole tym również znajduje się wpadający do niej końcowy odcinek jelita biodrowego, oraz część początkowa okrężnicy wstępującej.

Położenie kątnicy jest mniej więcej stałe, mianowicie projekcya jej na ścianę brzuszną przednią wypada tak, że większa jej część leży ku dołowi i na zewnątrz od punktu Mc. Burneya (środek linii, łączącej kolec górny przedni kości biodrowej z pępkiem). W warunkach prawidłowych położenie to ulegać może zmianom zależnie od stopnia napełnienia treścią kałową i gazową samej kątnicy i pętel jelit cienkich, przylegających do niej od strony wewnę-

trznej. Gdy jest pusta, ściągnięta, unosi się kątnica ku górze; przez rozdęte jelita cienkie bywa ona odsunięta ku zewnątrz i nakryta przez nie od przodu. Napełniona i rozdęta, opuszcza się ku dołowi, wydłuża i może wchodzić do miednicy małej (Merkel). Za prawidło należy uważać, że kątnica swą przednią powierzchnią przylega do przedniej ściany brzusznej i wskutek tego po otworzeniu ponad nią jamy brzusznej trafiamy bezpośrednio na przednią jej ścianę. O ile jednak jelita cienkie przykryły ją od przodu i uległy w tem położeniu zrostom, to dostępu do kątnicy musimy w kłębie jelitowym szukać od zewnątrz i z głębi od powierzchni mięśnia biodrowo-lędźwiowego.

Kątnica posiada zawsze zupełną powłokę otrzewną. Najczęściej nie ma ona krezki i stanowi wolne zupełnie, około 6—7 ctm. długości i 7—8 ctm. szerokości mające dolne zakończenie okrężnicy wstępującej (Berry, Merkel). Niekiedy, a mianowicie podług Trevesa w 10 prc. przypadków, ma ona własną krezkę *(mesocolon)*.

O położeniu wyrostka robaczkowego i jego odmianach tutaj w szczegóły wchodzić nie będę; wspomnę, że za prawidłowe miejsce jego ujścia do kątnicy uważać należy jej tylno-wewnętrzną ścianę, na tylnem przedłużeniu jej przedniej taśmy *(taenia)*.

Okrężnica wstępująca rozpoczyna się od linii poziomej, oddzielającej ją od kątnicy i przeprowadzonej przez górny brzeg wpadającego tu jelita biodrowego. Jest ona znacznie mniej ruchoma od kątnicy, co zależy od tego, iż krezkę właściwą i to krótką ma ona tylko w 36% (Treves, przytoczone u Souleyranda). W pozostałych 64%, posiadając rozwojowo powłokę otrzewną zupełnie dookoła, przylega ona bezpośrednio do tylnej ściany brzusznej mniej lub więcej szerokim pasem swej tylnej powierzchni. Otrzewna tego pasa różni się od otrzewnej na wolnych powierzchniach brakiem warstwy nabłonkowej. Rozwojowo istniejąca krezka okrężnicy wstępującej, zawierająca naczynia, przylega do tylnej ściany brzusznej od strony wewnętrznej okrężnicy i jest z tą ścianą sklejona swoją rozwojowo prawą, a rzeczywiście tylną powierzchnią. Jeżeli w zagłębieniu między zewnętrzną powierzchnią okrężnicy wstępującej i tylną ścianą brzuszną zrobimy powierzchowne nacięcie otrzewnej w kierunku podłużnym, to możemy potem na tępo oddzielić od podłoża z początku samo jelito, a dalej ku wewnątrz i jego krezkę i uruchomić je w ten sam sposób, jak to podał Kocher dla dwunastnicy. Naturalnie o ile przy istnieniu osobnej krezki chcemy powiększyć tym sposobem ruchomość jelita, musimy zrobić nacięcie tylnej otrzewnej nie przy przejściu jelita w krezkę, ale na granicy jej i tylnej ściany brzusznej.

Co do końcowego odcinka jelita biodrowego, to za prawidło należy uważać jego zupełną ruchomość i krezkę dość długą, stopniowo zwracającą się ku kątnicy. Zdarza się jednak, że końcowy odcinek biodrowy, przebiegając poprzecznie, jest przyklejony do tylnej ściany brzusznej, jak to niedawno sam widziałem; uruchomienia w takim razie dokonać należy sposobem opisanym od dołu ku górze (nacięcie otrzewnej poprzeczne pod jelitem biodrowem wymaga ostrożności z powodu przebiegających tu pod nią wielkich naczyń i moczowodu).

Opisane stosunki dotyczą naturalnie jelita zdrowego. Przy zmianach gruźliczych, czy nowotworowych, stosunki te nieraz zupełnie się zmieniają, kątnica tylną swą ścianą przykleja się do podłoża, ruchomość maleje lub znika. Ze stosunków opisanych możemy wtedy korzystać, mając w nich tylko wytyczną do oddzielenia guza od tylnej ściany brzusznej i uruchomienia go wraz ze zdrowymi odcinkami jelita cienkiego i grubego w celu wyłonienia go przed ranę brzuszną.

O ile rozrost guza, czy też gruczołów chłonnych posuwa się daleko pod krezką ku linii środkowej i ku dołowi, musimy pamiętać, że wzdłuż przedniej powierzchni spojenia krzyżowo-biodrowego przebiega w kierunku pionowym pod otrzewną i powięzią moczowód prawy, który na spojeniu tem przegina się ku tyłowi na tylną ścianę miednicy małej i dalej idzie w tej samej płaszczyźnie strzałkowej. Ponad spojeniem przebiega on pionowo, mniej więcej równolegle do kręgosłupa. Na miejscu przegięcia swego ku małej miednicy krzyżuje się on z wielkiemi naczyniami biodrowemi, idąc po ich powierzchni przedniej. Z wielkich naczyń tętnica, nawet w zrostach łatwiej dająca się rozpoznać, leży ku zewnątrz i ku górze od żyły, a więc z nią najpierw spotkać się możemy. W tej samej warstwie, co moczowód i naczynia biodrowe, wzdłuż wyniosłości zaznaczonej przez przebieg mięśnia lędźwiowo-udowego *(psoas)*, przebiegają naczynia nasienne wewnętrzne, powyżej spojenia krzyżowo-biodrowego krzyżujące się z przednią powierzchnią moczowodu. Uszkodzenie ich w tem miejscu niema żadnych następstw dla odżywiania jądra.

Wybitnie odmienne anatomiczne właściwości ścian jelita biodrowego i grubego mają dla nas znaczenie podwójne. Przedewszystkiem znaczenie rozpoznawcze. Jelito grube rozpoznamy po przebiegających wzdłuż niego taśmach i wypukleniach, widocznych na jego powierzchni, natomiast jelito biodrowe i wogóle cienkie wygląda na całym obwodzie i długości danego odcinka jednakowo. Rozmiary mogą być zupełnie zwodnicze, mianowicie jelito cienkie przed miejscem zwężonem bywa bardzo rozszerzone i może być o wiele obszerniejsze, niż zapadnięte i skurczone jelito grube poza przeszkodą. Na takiem jelicie grubem mogą być wypuklenia *(haustra)* niewyraźne, przeciwnie nawet coś w rodzaju wypukleń powstaje na rozdętem jelicie cienkiem przy częściowych skurczach warstwy mięsnej okrężnej. Tych kilka okoliczności, zresztą znanych, przytaczam dla podkreślenia wielkiego znaczenia rozpoznawczego, jakie dla jelita grubego mają jego taśmy; przyczepki sieciowe, (o ile są, gdyż często ich nie bywa) — stanowią również wyłączną właściwość jelita grubego.

Poza tem ugrupowanie warstw mięsnych i naczyń krwionośnych w ścianach jelit ma znaczenie specyalnie chirurgiczne. Ściana jelita cienkiego ma grubość jednostajną, natomiast tę samą mniej więcej grubość ma ściana jelita grubego tylko w miejscu przebiegu taśm. Poza ich obrębem ściana jelita grubego jest znacznie cieńsza. Ta okoliczność ma znaczenie dla techniki szwu jelitowego, który na jelicie grubem będziemy woleli nakładać w obrębie taśmy, o ile możemy swobodnie wybrać miejsce.

Większy obwód jelita grubego przy równolegle mniejszej grubości ściany sprawia, że unaczynienie i odżywianie jelita grubego jest słabsze, niż jelita cienkiego i wskutek tego niezbędna dla zrostu po szwie sprawa odczynowa zapalna na jelicie grubem przebiega z mniejszem nasileniem

i powolniej, niż na cienkiem, i to, w dodatku do czynników wymienionych już wyżej, ma również wpływ ujemny na wytrzymałość szwu między jelitami grubemi lub między jelitem grubem i cienkiem. (C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Schur i Wiesel. **Przyczynek do fizyologii i patologii tkanki chromochłonnej.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, Nr 40). Spostrzeżenia kliniczne i badania doświadczalne stwierdzają związek przyczynowy między stanem nerek, a obecnością adrenaliny we krwi. W surowicy krwi ludzi w przebiegu niektórych chorób nerkowych, zwłaszcza zapaleń przewlekłych, przebiegających ze wzmożonem ciśnieniem śródnaczyniowem, można chemicznie wykryć obecność adrenaliny. Jak rozumieć wpływ niektórych chorób nerkowych, wzmagających czynność komórek wydzielających adrenalinę, niewiadomo. — Badania uczą, że czynność tkanek chromochłonnych wzmaga się podczas pracy mięśniowej. W krwi zwierząt, które zmuszano do dłuższego biegania, stwierdzano chemicznie adrenalinę; adrenalina, wydzielana podczas pracy mięśniowej w większej ilości, niż w spoczynku, ma prawdopodobnie ułatwiać spieszniejsze spalanie większej ilości węglowodanów, dla pokrycia wzmożonego zapotrzebowania materyału odżywczego ze strony mięśni. — Ściślejszego jakiegoś związku między obecnością adrenaliny we krwi, a wysokością ciśnienia śródnaczyniowego autorowie nie spostrzegali. — Komórki wydzielające adrenalinę, mają własność chłonienia soli chromowych, a skutkiem tego barwią się na brunatno; komórki chromochronne, wzięte z psów, które dłuższy czas biegały, nie okazują tej własności i nie można w nich wykryć adrenaliny; natomiast adrenalinę zawiera surowica krwi tych zwierząt. Własność barwienia się solami chromowemi komórek wydzielających adrenalinę, związana jest z obecnością w nich adrenaliny, a że adrenaliny pozbywają się te komórki zupełnie podczas wytężającej pracy fizycznej, przeto wtedy tracą własność chłonienia soli chromowych. — U psów, które żyły czas dłuższy po uszkodzeniu nerek, spostrzegano przerost narządów, wytwarzających adrenalinę. U jednego psa, którego zmuszano w ciągu kilku miesięcy do wielkich wysiłków fizycznych, znaleziono w warstwie środkowej ścian tętnicy brzusznej i tętnic biodrowych zmiany zapalne; być może, że między temi zmianami zapalnemi, a obecnością adrenaliny we krwi, zachodzi bliższy związek przyczynowy. *Kostrzewski*

Welecki. **Przyczynek do znajomości fizyologicznego działania nadnercza i adrenaliny.** (*Rozpr. Akad. Um.* Kraków, 1907). W szeregu doświadczeń na zwierzętach, wykonanych w zakładzie prof. Cybulskiego, doszedł W. do wniosków następujących: 1) Wydzielina wewnętrzna nadnercza działa w pierwszej linii na ośrodki naczynio-ruchowe, znajdujące się w rdzeniu przedłużonym i rdzeniu kręgowym, na co wskazuje zupełna zmiana jakości reakcyi po zniszczeniu ośrodków pierwszo- i drugorzędnych, jakoteż ta okoliczność, że po zniszczeniu tych ośrodków trzeba zastosować 200—300 razy większą dawkę adrenaliny, niż przed ich zniszczeniem, dla wywołania podniesienia ciśnienia. 2) Podniesienie ciśnienia po całkowitem wycięciu rdzenia przedłużonego i rdzenia kręgowego zależy nietylko od istniejących w ścianie naczyń ośrodków naczynio-ruchowych trzeciorzędnych, ale przedewszystkiem od działania adrenaliny na akcyę serca, która stale wzmaga się i przyspiesza równomiernie z podniesieniem ciśnienia po podaniu adrenaliny. *C.*

Prożanski. **W sprawie wpływu kollargolu Crédego na serce i układ naczyniowy zwierząt ciepłokrwistych.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 30). Na podstawie doświadczeń z wyosobnionem sercem 8 kotów i układem naczyniowym 6 psów wysnuwa autor następujące wnioski: 1) Kollargol w dawkach dużych, znacznie przewyższających dawki lecznicze (0,03 na 1 kilgr. wagi zwierzęcia), wpływa dodatnio na działanie serca, gdyż zwiększa ilość i siłę jego skurczów. 2) Na naczynia wieńcowe serca działa kollargol w wymienionych dawkach silnie zwężająco, przyczem przy bezpośredniem działaniu nasyconych 5 prc. rozczynów na wyosobnione serce, niekiedy następuje kurczowe zaciśnięcie naczyń, a nawet zatrzymanie ruchu serca. Dlatego to pożądanem jest użycie kollargolu razem ze sperminą dla zobojętnienia tego działania. 3) Małe dawki kollargolu, zbliżone do dawek leczniczych, nie wywierają prawie żadnego wpływu na działalność serca i ciśnienie krwi. 4) Dawki kollargolu, znacznie przewyższające dawki lecznicze, nie wywołują żadnych chorobowych zmian w ustroju. 5) Wskutek tego, że kollargol jest zupełnie nieszkodliwy nawet w znacznych dawkach (0,03 na kilgr. wagi ciała), wskazanem jest jego zastosowanie przy różnych chorobach, zależnych od zatrucia, wraz z solną sperminą. Przy takim sposobie użycia dawki kollargolu można znacznie zwiększyć, gdyż w ten sposób wyłącza się jedyną ujemną stronę kollargolu, a mianowie działanie zwężające naczynia. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Bashford, Murray i Haaland. **Doświadczalne badania raka. II.** (*Berl. klin. Wochs.* 1907, Nr 39). W dwóch przypadkach przeszczepienia raka zauważyli autorowie przemianę utkania w mięsaka wrzecionowatego, a ten, przeszczepiony na myszy uodpornione przeciwko rakowi, wydał materyał, wywołujący u zdrowych zwierząt typowe mięsaki. Pierwotny guz był, jak się zdawało, rakiem gruczołowatym sutka; zachodzi tu wątpliwość, czy już z początku nie był to guz mieszany. *Klęsk.*

Kałacznikow. **Przypadek obecności nabłonka wałeczkowego migawkowego w śledzionie człowieka.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 27). Podczas badania narządów 38-letniego chorego, zmarłego na krwotoczną postać duru brzusznego, znalazł K. w śledzionie grupę komórek nabłonka wałeczkowego migawkowego, budową swoją zupełnie podobnego do nabłonka w tchawicy. Grupy takich komórek (od 2 do 10) leżały śród komórek czerwonej miazgi śledziony tak w głębokich warstwach miazgi, jak w powierzchownych. Jeżeli przekroje śledziony, zawierające te grupy komórek, ułożyć w porządku jeden na drugim, to grupy te tworzą sznury komórek różnej długości, lecz zawsze jednakowej szerokości, równającej się długości komórki. Dodać należy, że przy sekcyi nigdzie nie znaleziono żadnego nowotworu. Według zdania K. opisane zjawisko może służyć do potwierdzenia teoryi Cohnheima o »nieprawidłowych płodowych ogniskach«, jako przyczyny powstawania nowotworów, gdyż te grupy nabłonka wałeczkowego migawkowego w śledzionie, według wszelkiego prawdopodobieństwa pochodzą z pierwszej połowy rozwoju płodowego, kiedy w odcinku kiszkowym mesodermy, z której rozwija się śledziona, nabłonek ma jeszcze cechy nabłonka migawkowego. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Kraus. **O toksynach i antytoksynach przecinkowca cholery.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, 42). K. doszedł w szeregu doświadczeń z różnymi prątkami i przecinkowcem cholery do wyniku, że przecinkowiec cholery wytwarza toksyny, że przez uodparnianie temi toksynami udaje się wytworzyć antytoksyny i zwierzęta czynnie uodpornić. Wyniki te przeciwstawia dotychczasowym poglądom Pfeiffera, że przyczynowe leczenie cholery jest wyłączone, gdyż antytoksyn cholerycznych uzyskać nie można. Antytoksyny, uzyskane przez K., zobojętniają toksyny przecinkowców *in vitro*, a także i w doświadczeniu na zwierzęciu. Własność wytwarzania toksyn posiadają nietylko przecinkowce cholery, lecz także i niektóre inne krętki; antytoksyny, uzyskane przez działanie toksyn przecinkowca El Tor, którego K. nie uznaje za przecinkowca cholery, zobojętniają toksyny innych krętków i przecinkowce cholery. K. przypuszcza, że z tego szczepu należałoby sporządzać surowicę antytoksyczną i próbować ją używać podczas epidemii cholery u ludzi. *Pisarski.*

Ghon. **Dwoinki zapalenia opon** (*meningococcus*) **i pokrewne bakterye.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907). (Według wykładu na XIV. międzynar. Zj. higien. w Berlinie). Przed 20 laty opisał dwoinkę nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych Weichselbaum. W tym samym roku opisał ją także Jaeger, a pomiędzy oboma autorami wybuchł spór o to, czy dwoinka ta stanowi odrębny szczep. Dzisiaj »*diplococcus intracellularis meningitidis Weichselbaum*« uznany jest za odrębny gatunek. Wszystkie późniejsze badania stwierdziły zgodnie, że dwoinkę Weichselbauma należy zaliczyć do grupy ziarenkowców, że ziarenkowiec ten, tak jak dwoinka wiewióra, leży często śródkomórkowo, nie posiada ruchów i zawsze odbarwia się sposobem Grama, że ulega szybko zwyrodnieniu, czego przyczynę upatruje Flexner w wytwarzaniu autolitycznego fermentu; dalej zgodnie stwierdzono szczególne upodobanie dwoinki Weichselbauma do pożywek białko zawierających, trudność przystosowania się do pożywek zwykłych, wyłączny wzrost przy dostępie powietrza, brak zdolności ścinania mleka i wytwarzania indolu, a wreszcie bardzo małą żywotność i łatwość obumierania. Co do zachowania się dwoinki Weichselbauma wobec cukrów, to ostatecznie dowiedziono, że rozkłada ona glikozę, maltozę i dekstrynę, że wła-

snośc tę może czasem tracić, a nawet całkiem jej nie posiadać. Doświadczenia na zwierzętach zostały ostatnimi czasy uzupełnione doświadczeniami na małpach, jednak i tych zwierząt nie udało się zakazić drogą naturalną, w sposób, w jaki się ludzie zarażają, a tylko przez śródoponowe wstrzykiwanie hodowli. W sprawie wzmagania się jadowitości dwoinek W. przez przeprowadzanie przez ustrój zwierząt nie można jeszcze wypowiedzieć ostatniego słowa. Nie ulega wątpliwości, że przy zakażeniu dwoinkami W. działają na ustrój trucizny, przez nie wytwarzane. Flexnerowi powiodło się nawet wykazać toksyny, sprawa ta jednak również nie została jeszcze ostatecznie załatwioną. Wobec łatwości, z jaką możemy stwierdzić dwoinki W. w preparatach, aglutynacya niema zbyt doniosłego znaczenia, tem bardziej, że zdolność aglutynacyi różnych szczepów jest bardzo rozmaita. Wiadomości o opsoninach są dotychczas bardzo skąpe. — Nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych jest chorobą rozpowszechnioną po całej ziemi; choroba albo kończy się w krótkim czasie śmiercią lub czasem wyzdrowieniem, albo też przeciąga się i kończy kalectwem lub śmiercią. Do nagminnego zapalenia opon może się przyłączyć zakażenie wtórne różnemi bakteryami. Bramą przez którą dwoinka W. dostaje się do ustroju, jest błona śluzowa nosa; wywołuje ona tam zapalenie, może go jednak nie wywoływać. Dwoinka zapalenia opon nagabuje nietylko opony mózgowo-rdzeniowe, może ona także wywoływać zapalenie wsierdzia, osierdzia i mięśnia sercowego, zapalenie opłucnej, nerek, pęcherzyków nasiennych; do narządów tych może się ona dostawać drogą krwi lub limfy. Epidemiologicznie ważnym jest fakt, że dwoinka W. może na błonie śluzowej nosa lub gardła, gdzie wywołuje swoiste zapalenie, całe miesiące przebywać, zachowywać jadowitość i zakażać otoczenie takiego chorego. Wykrycie dwoinek W. w wydzielinie nosa lub gardła należy do zadań trudnych z powodu obecności tamże innych ziarenkowców bardzo podobnych. Pomiędzy temi bakteryami najważniejszą rolę odgrywają: *micrococcus catarrhalis Pfeiffer, pseudomeningococcus Droba-Kučera* i czasami dwoinki wiewiórowe. *Pisarski.*

Gruber i Futaki. **Dalsze doniesienia w sprawie odporności przeciw wąglikowi.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 39). Prątki wąglika zostają niszczone w pierwszym rzędzie przez ciałka białe, dalej przez śródbłonki naczyń, zwłaszcza wątroby, a u pewnych zwierząt, n. p. u królika i kury, przez ciała, powstałe z ciałek białych.

W płytkach krwi szczura i królika znajdują się też obficie substancye, niszczące prątki wąglikowe. Substancye te działają w odczynie zasadowym; kwasy znoszą ich własności. Bodziec do wydzielania się i działania tych substancyi dają same prątki. Utworzenie się otoczek chroni prątki przed wspomnianymi, zabójczymi dla nich czynnikami ustroju i wtedy zakażenie rozwija się w całej pełni. Z tego też powodu można zwierzę zakazić bezkarnie daleko większą dawką prątków śródżylnie, niż podskórnie, w pierwszym bowiem przypadku prątki ulegać mogą wprost działaniu substancyi ochronnych, w drugim mają czas utworzyć otoczki. *Klęsk.*

Kłodnicki. **O rozmnażaniu się krętków w ustroju pluskwy.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 23). Autor zbierał pluskwy w salach szpitali, gdzie leżeli chorzy na dur powrotny, lub zakażał je krwią takich chorych. W pierwszych 3—5 dniach na preparatach z rozgniecionej pluskwy dostrzegał dobrze zachowane krętki. Po upływie tego czasu, a także w pluskwach, zebranych w domu noclegowym podczas epidemii, stwierdził w preparatach ogromne ilości krętków, posplatanych ze sobą w postaci kłębka lub gęstego wojłoka. Krętki nie zawsze bywają jednakowej długości i tak: Jeżeli dla przyrządzenia preparatu z pluskwy użyje się fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, to można znaleźć posplatane ze sobą bardzo długie nitki. W większości przypadków nitki te są wyprostowane, lecz spotyka się i kręte. W kropli wiszącej można zauważyć ruch. Z biegiem czasu nici coraz bardziej cieńczeją, barwią się gorzej i rozpadają się na oddzielne jakby laseczniki. Jeżeli pluskwę karmić od czasu do czasu krwią zdrowej myszy, to nici zachowują swoją postać dosyć długo. Wyniki te, zdaniem autora, przemawiają za zdaniem Kocha, że krętki nie należą do pierwotniaków, lecz do bakteryi. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Medycyna wewnętrzna.

Ribbert. **Wrota zakażenia gruźliczego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, 42). W samych wrotach, przez które wchodzi prątek gruźliczy do ustroju, mogą nie pozostawać żadne ślady tego przejścia, ślady zaś takie zawsze napotkać można w należących do tych wrót gruczołach chłonnych. R. utrzymuje, że chociaż gruczołów chłonnych nie można uważać za bezwzględnie doskonałe filtry, to jednak nie wpuszczają one do ustroju żadnych uorganizowanych tworów, jeżeli poprzednio nie ulegną same zmianom chorobowym. Prątek gruźliczy przeskakiwać gruczołów chłonnych nie może, i jeżeli gdziekolwiek w ustroju znajdujemy gruźliczo zmienione gruczoły chłonne, to miejsca zakażenia należy szukać w narządzie, zaopatrującym te gruczoły w limfę. Zakażenie gruźlicze następuje zawsze drogą naczyń limfatycznych z wyjątkiem zakażenia płodowego, lub jeżeli same wrota są gruźliczo zmienione lub skaleczone. Jeżeli się uwzględni, że zakażenie gruźlicze u płodu zdarza się wprawdzie niewątpliwie, ale jednak bardzo rzadko, to pozostaje rozstrzygnąć, czy wrotami dla prątka gruźliczego jest głównie narząd oddechowy, czy też narząd trawienia. Rozważając dane statystyczne innych autorów i swoje własne, sądzi R., że należy przyjąć, iż u dzieci spotyka się pierwotne zakażenie gruźlicze drogą jelit w 10—15 prc.; u dorosłych zaledwo 2—3 prc.; statystyki innych autorów podają liczby wyższe. Ważną bramą dla wtargnięcia gruźlicy jest w wieku dziecięcym błona śluzowa gardła, a R. oblicza zakażenie tą drogą na 10 prc., tak że łączna suma zakażeń drogą przewodu pokarmowego u dzieci wynosi 25 prc. O wiele ważniejszą drogą, którą ustrój ludzki (u dzieci, jak u osób dorosłych) zakaża się gruźlicą, jest narząd oddechowy; Naegeli oblicza, że na te wrota przypada 90 prc. wszystkich przypadków zakażenia gruźliczego. W przypadkach tych dostaje się prątek gruźliczy z błony śluzowej dróg oddechowych do gruczołów okołooskrzelowych. To przechodzenie prątków odbywa się w pęcherzykach płucnych; po przejściu może nie być żadnych śladów w tkance płucnej; często jednak ślady takie można wykryć. Końcowe wnioski streszczają się w tem, że u dzieci zakażenie drogą przewodu pokarmowego przeważa nad zakażeniem przez drogi oddechowe, u dorosłych odwrotnie. *Pisarski.*

Strauss. **O zgęszczeniu drobin (molekułów) i jonów, oraz o promieniotwórczości wódm ineralnych.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 41). Teoretyczne wyjaśnienie pewnych faktów, dotyczących skuteczności naturalnych wód mineralnych, napotykało zawsze na trudności. Uderzał zawsze niestosunek między skutecznością wód, a niewielką stosunkowo ilością zawartych w nich składników mineralnych, mniejsza ich skuteczność, jeźli nie były użyte na miejscu, a wreszcie niezaprzeczona, a nawet bardzo nieraz wybitna skuteczność pewnych źródeł, zawierających jedynie chemicznie czystą wodę, bez żadnych leczniczych składników mineralnych (Gastein). Dopiero najnowsze zdobycze chemii fizycznej wskazały w tym względzie nowe drogi. Przedewszystkiem stwierdzono (van t'Hoff, Arrhenius), że skutkiem zjawisk dyssocyacyjnych zaledwo 20 prc. soli zawartych w rozczynie pozostają jako takie, około 80 prc. zawiera rozczyn w postaci wolnych jonów. W dzisiejszem zatem rozumieniu rzeczy chodzi bardziej w wodach mineralnych o zgęszczenie jonów, niż o zgęszczenie bezwzględnej zawartości soli. Drugą epokową sprawą jest tu wykrycie ciał promieniotwórczych i emanacyi radu, odbywającej się w wodzie źródlanej i wodach mineralnych naturalnych. Pokazało się, że zjawisko to odbywa się nieraz bardzo energicznie w tych właśnie wodach, które zawierają bardzo mało składników mineralnych (Gastein), że emanacya ustaje przez gotowanie lub wstrząsanie wody, że po 2 dobach od chwili wydobycia wody ze źródła niknie. Po wypiciu wody, w której odbywa się zjawisko emanacyi, odbywa się emanacya przez wydychane powietrze, a niejednokrotnie drogą moczu. Emanacya może niewątpliwie przyspieszać peptonizacyę w żołądku; stwierdzono również jej wpływ podniecający na trawienie trzustkowe. Prócz bakteryobójczych własności promieni radu, zauważono i inne, które mogą mieć znaczenie lecznicze. Stwierdzono, że promienie te mają wobec gazów, a więc i powietrza, własności dyssocyacyjne, wytwarzając drobniutkie cząsteczki, uzbrojone elektrycznymi ładunkami, wolne jony. Może to mieć pewien wpływ na warunki klimatyczne. *Dr M. Godlewski.*

Grabley. **Znaczenie lecznicze kąpieli powietrznych w neurastenii, blednicy i niedokrwistości.** (*Klin. ther. Wochs.* 1907, 41). Działanie kąpieli powietrznych, znanych już w odległej starożytności okazało się szczególnie skuteczne w leczeniu niedokrwistości, blednicy i neurastenii. W niedokrwistości i blednicy przyspiesza się przez kąpiele powietrzne wytwarzanie ciałek czerwonych i hemoglobiny, poprawia się przemianę materyi, przez co tłuszcz zostaje lepiej zużytkowany i nie odkłada się w ustroju. Układ nerwowy u neurasteników pod działaniem tych kąpieli skrzepia się. Należy uważać, ażeby chorych zanadto nie męczyć chodzeniem; w dnie słotne kąpieli powietrznych nie należy stosować. *Pisarski.*

Sattler. **Przyczynek do kazuistyki ukąszeń przez węże.** (*Wiener med. Presse* 1907. 40). W przypadkach ukąszenia przez żmije należy zaraz po ukąszeniu założyć opaskę, któraby ukąszoną część ciała oddzieliła od reszty ustroju i nie pozwoliła jadowi szybko się rozchodzić. Założyć opaskę można tylko na kończynach. Drugim zabiegiem miejscowym jest wypalenie miejsca ukąszenia zapomocą termokauteru; można także takie miejsca wyciąć lub przyżegać środkami chemicznymi, jak ług potasowy, nalewka jodowa, amoniak lub kwas karbolowy. Po wypaleniu miejsca ukąszenia poleca S. w okolicę ukąszoną wstrzykiwać 4 prc. rozczyn nadmanganianu potasowego w ilości 10—20 ctm.³. Środek ten okazał się wielokrotnie znakomitym. Ogólne leczenie polega na podaniu wyskoku. Jeżeli jednak mimo wszystko wystąpią objawy ogólnego zatrucia, pozostaje leczenie objawowe, zmierzające do podtrzymania oddychania i czynności serca zapomocą wyskoku, kofeiny i kamfory. Leczenie surowicą okazało się przy ukąszeniu przez żmije bezskuteczne. *Pisarski.*

Friedländer. **Nałogowe nadużywanie chloroformu.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 37). Opisywane dotąd przypadki nałogowego nadużywania chloroformu w postaci wdychiwania przebiegały pod postacią zmian psychicznych. W przypadku F. pewna pani 53-letnia używała stale przez 14 lat na noc 20 kropli mieszanki chloroformu z eterem, które wdychiwała na chustce do nosa. Powolne, ale stałe nadużywanie wywołało u niej miażdżycę tętnic, a w następstwie 2 napady udarowe, w końcu zejście śmiertelne. Przed śmiercią zapadła w stan podniecenia, przeciwko któremu morfina i weronal okazały się bezskuteczne. Do uśpienia się potrzeba o wiele mniej chloroformu, niż przy operacyi, bo nie ma tu wstrząsu i obawy przed zabiegiem. *K.*

Jakiwow. **W sprawie rozkładu atoksylu.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 29). Na podstawie badań autor (z epizootologicznej pracowni Instytutu doświadczalnej medycyny w Ptsbgu) dochodzi do następujących wniosków: 1) Słabe rozczyny atoksylu (1—2 prc.) w ciemnem miejscu nie psują się przez dosyć długi czas. 2) Silniejsze rozczyny (10 prc.) nie psują się nawet w ciągu dłuższego czasu, przechowane w ciemnem miejscu; lepiej jest jednakże rozczyny częściej wznawiać. Najlepiej zawsze sporządzać świeże rozczyny. 3) Bezwarunkowo najlepiej zachowywać zapasowe rozczyny niewyjałowione, lecz zrobione na wyjałowionej (zimnej) wodzie. Zresztą rozczyny, zrobione i na niewyjałowionej (zimnej) wodzie też dobrze przechowują się. 4) Przed użyciem (wstrzykiwaniem) rozczynów należy potrzebną ilość zapasowego rozczynu zagotować w probówce. Takie gotowanie nie psuje rozczynu. 5) Przy najmniejszem pożółknieniu zapasowego rozczynu atoksylu, należy go zmienić. 6) Należy unikać dodawania do rozczynu zasad. 7) Przy użyciu atoksylu zawsze trzeba pamiętać, z jakiego pochodzi źródła; francuski przetwór można wstrzykiwać w ilości 0,75 l pro dosi, niemiecki zaś nigdy nie należy dawkować wyżej, jak 0,4 grm. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Boellke. **Opsoniny Wrighta w ostrych chorobach zakaźnych.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 37). Czynne uodpornianie przeciw chorobom zakaźnym żyjącemi osłabionemi lub zabitemi hodowlami prątków nie dało dotąd prawie żadnych wyników. Uodpornianie bierne (seroterapia) w niektórych cierpieniach, n. p. błonicy, znalazło natomiast szerokie zastosowanie. Wright podał pomysł zwalczania chorób zakaźnych, oparty na teoryi Ehrlicha. Dowiódł on mianowicie, że każda surowica zawiera prócz znanych substancyi skupiających, zabijających i rozpuszczających drobnoustroje, także i inne, zmieniające drobnoustroje w ten sposób, że te łatwiej dają się pochłaniać fagocytom. Nazwał je opsoninami. Substancye te przestają działać w 16 minut w ciepłocie 56—60⁰. Zawiesinę drobnoustrojów w rozczynie soli kuchennej miesza się w równych częściach z surowicą chorego i ciałkami białemi zdrowego, a w drugiej próbie takąż zawiesinę z ciałkami białemi i surowicą zdrowego osobnika. Następnie umieszcza się obie próby na 15—20 minut w ciepłocie 37⁰, a potem robi się z obu prób preparaty barwione (zielenią metylową, sposobem Giemsy, pyroniną i t. p.). Przez mikroskop liczy się następnie większą ilość ciałek neutrofilnych i pochłoniętych przez nie drobnoustrojów. Liczba drobnoustrojów, podzielona przez liczbę ciałek, daje t. zw. fagocytyczny wskaźnik surowicy, a tenże, podzielony przez wskaźnik zdrowego osobnika, daje wskaźnik opsoniczny (O. J.). Aby nizki ten wskaźnik powiększyć, wstrzykuje się podług Wrighta szczepionkę, która składa się z drobnoustrojów, trzymanych przez 60—80 minut w 60⁰ C., do której dla pewniejszego wyjałowienia dodaje się tyle lizolu, aż powstanie 2·5 ⁰/₀₀ rozczyn. Po wstrzyknięciu szczepionki występuje najpierw ujemny okres, wśród którego O. J. opada, poczem zaraz się podnosi. Szczepić powinno się tylko w czasie, gdy O. J. jeszcze się podnosi, przyczem ujemny okres staje się coraz to krótszy. Podmiotowy stan chorego idzie zupełnie w parze ze szczepieniem. W okresie ujemnym chwilowo się pogarsza, potem coraz to znaczniej się poprawia. B. stosował sposób Wrighta w 15 przypadkach chorobowych, mianowicie w 13 przypadkach zapalenia płuc o wątpliwem lub złem rokowaniu, w jednym przypadku posocznicy i w jednym ropniaku opłucnej. We wszystkich przypadkach udało się z pomocą szczepienia swoistego zarazka podnieść O. J. lub też utrzymać go na pewnej wysokości. Podniesienie to występowało zwykle w 20 godzin po wstrzyknięciu. Wstrzykiwano średnio 0,5—1,0 rozczynu, co odpowiada 150—200 milionów drobnoustrojów. Wogóle wyniki były niezłe. Najwidoczniejszy w przypadku posocznicy z zapaleniem wsierdzia: chory wyzdrowiał. Podobnie zniknął zupełnie w drugim przypadku ropniak opłucnej, co, jak sądzi B., dotąd po raz pierwszy leczeniem wewnętrznem udało się osiągnąć. Nieco mniej pomyślnym był wynik leczniczy przy zapaleniach płuc. Dwa przypadki zakończyły się śmiertelnie, ale w czasie, kiedy jeszcze szczepionka nie mogła wywrzeć działania. Ujemnych wpływów szczepień lub powikłań B. nie zauważył. Miejsce wstrzyknięcia bywa tylko trochę tkliwe. Czy szczepienie skraca czas choroby, niewiadomo. Wyniki szczepienia, stosowanego dla zapobiegania, rozpoznania i rokowania przez angielskich badaczy, wymagają potwierdzenia. Uderzająco dobre wyniki n. p. otrzymał Harrison przy zapobiegawczych szczepieniach duru. Sposób Wrighta, zdaniem B., jest zupełnie uzasadnionym środkiem leczniczym, zwłaszcza w przypadkach zakażeń z przedłużającym się przebiegiem. *Klęsk.*

Sofer. **O istocie i zwalczaniu śpiączki afrykańskiej.** (*Heilkunde* 1907, H. 10). Ojczyzną tej choroby jest środkowa Afryka, dzisiaj jednak rozszerzyła się ona już i na inne części Afryki, a postępuje naprzód dolinami wielkich rzek; znaną jest od 100 lat, a od 10 bardzo się szerzy. Wywołuje ją świdrowiec *trypanosoma gambiense*, odkryty w płynie mózgowo-rdzeniowym przez Castellaniego; pasorzyt ten dostaje się do ustroju przez ukąszenie muchy *glossina palpalis*. Według Martina także krzewicielka żółtej febry, *stegomyia fasc.*, może rozszerzać śpiączkę, Roubaud zaś twierdzi, że larwy małej afrykańskiej muchy *simulium damnosum* przynoszą tę chorobę. Rozpoznanie opiera się na wykryciu świdrowców w obrzękłych gruczołach chłonnych. W leczeniu pierwszy Laveran stosował kwas arsenawy, bez wielkiego jednak skutku; dzisiaj uchodzi atoksyl za dobry lek, szczególnie w połączeniu z sublimatem, fuchsyną, strychniną i t. d. Ważne miejsce w zwalczaniu śpiączki zajmuje zapobieganie jej przez masowe stosowanie atoksylu i niszczenie muchy *glossina palpalis* i jej larw. *Pisarski.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 30. października 1907.

Przewodniczy prezes prof. Rosner. Obecnych członków 50.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2) Prezes poświęca wspomnienie zmarłym członkom Towarzystwa, kolegom: A. Langiemu, Stępińskiemu, Mendelsburgowi, oraz Strawińskiemu, prezesowi »Koła lekarzy polskich« w Petersburgu. Pamięć zmarłych uczczono przez powstanie.

3) Na członka Tow. został przyjęty jednomyślnie Dr Wł. Filipkiewicz.

4) Kol. prof. Kader przedstawia chorego z **chorobą Litlea**, oraz chorego po porażeniu połowiczem na tle kiłowem z **przykurczeniem kończyny górnej lewej** takiem, że ręka uciska stale na klatkę piersiową, które to przypadki będą leczone chirurgicznie, a mianowicie m. i. przez wstrzykiwanie wyskoku w nerwy.

5) Kol. prof. Krzyształowicz i prof. Siedlecki przedstawiali **dodatnie wyniki** swych doświadczeń, polegających na **zaszczepieniu kiły** na spojówkę **małpom**, oraz przedstawili małpę, dotkniętą zaszczepioną kiłą (rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi nad odczytem wzięli udział koledzy: Rosner, Kader, Borzęcki, Seńkowski, Boczar, oraz prelegenci.

Sekretarz: *Dr Owsiński.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XVIII. Posiedzenie d. 8. listopada 1907.

Przewodniczy Prof. Dr Gluziński, protokołuje Dr W. Ziembicki.

I. R. dw. Rydygier omówił przypadek nowotworu (*osteoid-sarcoma*) drugiego członka prawego kciuka, naśladujący jego olbrzymiość (*gigantismus partialis*), gdyż cały palec wraz z paznokciem czterokrotnie był powiększony. Prelegent okazuje fotografie i rentgenogramy.

II. Dr A. Rydygier przedstawił: 1) chorego, u którego przed 3 tygodniami dokonał **wycięcia odźwiernika**, szyjąc »bout à bout«; mowca zwraca uwagę, że wycięcie odźwiernika przy wrzodzie jest zabiegiem stosunkowo niewinnym w porównaniu z takim zabiegiem przy raku; 2) chorą **z rakiem odźwiernika** i żołądkiem o ścianach tak napiętych, że rysują się one nadzwyczaj plastycznie przez cienkie powłoki, naśladując guz stały. Sam nowotwór można wymacać bardzo dobrze; nie przenosi on wielkości jaja gołębiego.

Dyskusya: Prof. Gluziński uważa wycięcie odźwiernika za zabieg, bądźcobądź cięższy od gastroenterostomii, i zwraca przytem uwagę, że, przynajmniej w klinice lekarskiej, przypadki wrzodu, nadające się do operacyi, zdarzają się obecnie bez porównania rzadziej, niż były dawniej. Zapytuje chirurgów, czy i oni to zauważyli.—R. dw. Rydygier zaprzecza jakoby niebezpieczeństwo z powodu wycięcia odźwiernika w przypadkach wrzodu miało być większe, niż z powodu gastroenterostomii. Co do szczegółu spostrzeżonego przez Prof. Gluzińskiego stwierdza mowca, że i w klinice chirurgicznej przypadki zwężenia odźwiernika wskutek wrzodu stały się rzadsze.

III. Dr Wolf przedstawił chorego z oddziału chirurg. szpit. powsz. z **mnogiemi przepuklinami**, a to z obustronną przepukliną pachwinową i czterema przepuklinami w linii białej.

IV. Prym. Opolski przedstawił ze swego oddziału przypadek **ołowicy** (*saturnismus*). Chory, młody robotnik, pracował wszystkiego 4 tygodnie w jednej z pruskich fabryk minii. Na oddział chorób wewn. został przyjęty z objawami kolki ołowiczej, której rozpoznanie nie sprawiało trudności wobec wywiadów, nadto innych objawów, jak rąbek ołowiczy na dziąsłach i t. d. Przy tej sposobności omawia prelegent patologię i terapię tego cierpienia, podnosząc korzystne działanie w przedstawionym przypadku wstrzykiwań podskórnych atropiny w ilości jednego miligrama po 2 razy dziennie. Korzystne to działanie atropiny przemawia za teoryą tych autorów, którzy ołowicy nie uważają za nerwicę splotu krezkowego i trzewnego, ale wywodzą ją od podrażnienia nerwów zwojów trzewnych, którego następstwem jest osłabienie robaczkowego ruchu jelit i zwężenie światła w całej ich długości.

V. Dr W. Ziembicki w związku z tem przedstawił wynik badania krwi, wykonanego w pracowni szpit. powsz. w powyższym przypadku, stwierdzając, że krew ta odznacza się w bardzo wybitnym stopniu temi wszystkiemi cechami, jakie spotykamy w ołowicy. Obok znacznie zmniejszonej ilości ciałek czerwonych (3,200,000) i hemoglobiny, o wskaźniku większym od 1., spotyka się ciałka czerwone jądrzaste, ciałka o zmienionym kształcie i wielkości, polichromatofilię, liczne ciałka czerwone z ziarnami Grawitza, śród ciałek białych myelocyty. (Okazuje preparaty drobnowidowe). Prelegent zwraca uwagę, jak poważne zmiany we krwi możemy znaleźć w przypadkach, jak niniejszy, stosunkowo świeżych.

W dyskusyi nad ołowicą zabierali głos drowie: docent Biernacki, I. Feuerstein, Czarnik, Silberstein, Stauber, Schneider, Selzer, Fels i prelegenci. *Witold Ziembicki.*

Koło lekarskie polskie w Petersburgu.

Posiedzenie w dniu 8/21 maja 1907.

Obecnych członków 20.

I. Protokół z posiedzenia poprzedniego przyjęto.

II. Dr Al. Karnicki odczytuje rzecz p. t. **Przypadek cięcia cesarskiego pochwowego z powodu drgawek porodowych** (ogłoszone w »Przeglądzie lek.« Nr 38 r. b.

Dyskusya: Dr Strawiński uważa przypadek prelegenta za bardzo pouczający, tem bardziej wobec wyniku pomyślnego; wyraża przekonanie, że nie należy gwałtownie przyspieszać połogu przy rzucawce, ponieważ drgawki mogą się pojawiać nietylko w czasie porodowym, lecz i po porodzie w ciągu 4—5 dni. Jeżeli szyjka maciczna jest rozpulchniona, to przy pewnych warunkach można użyć z większem powodzeniem rozszerzania zapomocą rękoczynów, aniżeli zapomocą przyrządów.

III. Dr Z. Biron odczytuje rzecz p. t. **Rzadki przypadek ropnia śledziony podczas duru brzusznego.** Ropnie śledziony podczas duru brzusznego należą do nader rzadkich, albowiem dotąd opisano zaledwie 40 przypadków. Przypadek prelegenta był następujący: 28-letni P. W. wstąpił do szpitala 14. IV. 1905 w 10. dniu duru brzusznego, przebiegającego ciężko z objawami mózgowymi. Śledziona już w pierwszych dniach choroby znacznie powiększona, w drugiej połowie duru była o 2 palce niżej łuku żebrowego, przytem była bardzo bolesna; tor gorączki zwalniający. Chory zmarł na 33. dzień choroby wśród objawów porażenia serca. Przy sekcyi znaleziono: wymiary śledziony $21 + 13 + 5\frac{1}{2}$ ctm.; torebka napięta, miejscami przyćmiona. W odległości 6 ctm. od bieguna górnego znajdował się wewnątrz śledziony ropień wielkości małego jaja kurzego, zawierający gęstą ropę; granice ropnia tego sięgały przedniej powierzchni śledziony, z którą w tem miejscu była zrośnięta sieć. Przylegająca część otrzewnej przekrwiona. Pomimo braku badania bakteryologicznego przypuszcza B., że ropień śledziony został wywołany przez laseczniki durowe. Zdaniem B. do rozpoznania ropnia śledziony są niezbędne: znaczny ból w podżebrzu lewem, zwiększona i bolesna śledziona, gorączka o torze zwalniającym i hyperleukocytoza. Prócz tego należy wykonać nakłucie próbne, a w przypadkach wielkich ropni podprzeponowych można zastosować rentgenoskopię. Prelegent w zupełności podziela zdanie Baylaca, iż podczas duru należy śledzionę bardzo starannie badać. (*Streszczenie własne*).

Dyskusya: Doc. Z. Orłowski: Przypadek prelegenta jest bardzo ciekawy i rzadki. Stroną ujemną jest brak badania bakteryologicznego ropnia, wobec czego można przypuszczać w danym razie również i inne mikroby, jako przyczynę, osobliwie ropotwórcze, tem bardziej, że za tem przemawia i przebieg ciepłoty. — Dr Wierciński przestrzega, aby w durze nie badać często śledziony, ponieważ w ten sposób można wywołać zawał krwawy, który ostatecznie może przejść w ropień. — Prof. Zaleski również podziela to zdanie i przypuszcza, że prelegent widocznie miał na myśli rękoczyny umiejętne. Ze swej strony mówca zastosowałby to i do innych narządów, a nietylko do śledziony. — Prof. Ziemacki przytacza przypadek z własnej praktyki, w którym podczas badania śledziony (powiększonej na długość do 54 ctm.) nastąpiło jej pęknięcie. Pomimo to chory wyżył; po 8 latach mówca widział przy sekcyi tego przypadku blizny. — Dr Strawiński przypuszcza, iż ropnie śledziony zdarzają się znacznie częściej, lecz powoli podlegają wessaniu i przechodzą bez szkody dla chorych.

Nastąpiło posiedzenie administracyjne:

1) Prof. Zaleski w imieniu »Koła« składa życzenia obecnemu prof. Gordziałkowskiemu, lekarzowi weterynaryi, z powodu uzyskania przez tegoż katedry w Instytucie weterynaryjnym w Charkowie. Prof. Gordziałkowski w krótkiem przemówieniu składa podziękowanie.

2) Prezes Dr Strawiński podaje do wiadomości »Koła«, iż wobec krytycznego położenia, w jakiem znalazł się jeden z pierwszych założycieli i najczynniejszych ongi członków »Koła« Dr Stefan Rudzki, postanowił Zarząd »Koła« wspólnie z niektórymi członkami wystosować bezzwłocznie odezwę do Wydziału lekarskiego uniwersytetu lwowskiego. Odczytaną odezwę zebranie jednomyślnie uchwaliło.

3) Prezes Dr Strawiński zawiadamia, iż zarząd kąpieli morskich w Połądze zwrócił się do »Koła« o poparcie, co przyjęto do wiadomości.

4) Prof. Zaleski zawiadamia, iż za tydzień będzie ponownie rozpatrywaną ustawa »Związku lek. i przyr. polskich«.

5) Prezes Dr Strawiński odczytuje odezwę od komitetu X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w sprawie pomnika prof. Marcelego Nenckiego. — Dr Wolański wnosi, ażeby na ten cel asygnować pewną niewielką kwotę z funduszów Koła. — Prof. Zaleski sądzi, że pamięć zgasłego prof. Nenckiego winna być uczczoną przez wszystkich; wobec tego uważa, iż małą naszą składkę w kwocie 14 rsr. należy również przelać do ogólnego na ten cel funduszu za granicę.

Sekretarz *Zdzisław Sowiński.*

Posiedzenie w dnia 9/22. października 1907 r.

Posiedzenie otwiera wiceprezes prof. Zaleski smutną wiadomością o zgonie prezesa »Koła« ś. p. Mikołaja Strawińskiego. W gorącej przemowie przypomina liczne zasługi zmarłego tak zawodowe, jak obywatelskie i społeczne, oraz pracę

jego, jako pierwszego i dotąd jedynego prezesa »Koła«. Śmierć jego już znalazła oddźwięk współczucia w takich ogniskach nauki lekarskiej, jak Kraków i Warszawa, czego dowodem depesze kondolencyjne od redakcyi »Przeglądu lekarskiego« i »Gazety lekarskiej«. Uczciwszy pamięć zgasłego przez powstanie, posiedzenie na znak żałoby zamknięto.

Sekretarz *Zdzisław Sowiński.*

W sprawie ustawy o chorobach zakaźnych.

Napisał

Prof. Dr Ciechanowski.

(Ciąg dalszy; obacz Nr 43).

Streściłem ile możności dokładnie zasady, na których ma się oprzeć zamierzona ustawa o chorobach zakaźnych. Chociaż nie można przewidzieć, jaka ostateczna postać nadaną będzie projektowi ustawy, zwłaszcza w tych szczegółach, których obaj referenci: ministerstwa i Najw. Rady Zdrowia, nie rozstrzygają, a tylko wskazują jako godne uwagi, — to jednak przypuszczać wolno, że znaczna część tych przepisów, które Najw. Rada Zdrowia uznała za konieczne, istotnie do ustawy wejdzie. Dlatego też starałem się orzeczenie Najw. Rady Zdrowia w tych właśnie punktach przytoczyć szczegółowiej.

Oba elaboraty podkreślają wprawdzie, że nowa ustawa ma być niejako tylko zebraniem w jedną całość i prawnem utrwaleniem tego, co obecnie zawarte jest już w rozmaitych rozporządzeniach władz politycznych i co bywa w rzeczywistości, chociaż bez podstawy ustawowej, przeprowadzane; niemniej, rozpatrzywszy się w treści elaboratów, nietrudno dostrzedz, że zawierają one także rzeczy zupełnie nowe, żadnemi rozporządzeniami dotąd nie objęte. Już te szczegóły przyszłej ustawy, które będą prawnem utrwaleniem istniejących dziś, ale niezawsze wykonywanych (a w każdym razie dopuszczających sprzeciw) rozporządzeń, zasługiwałyby na baczną uwagę lekarzy zarówno ze względu na sam cel ustawy, na skuteczną ochronę ludności przed chorobami zakaźnemi, jak i ze względu na zawodowe interesa stanu lekarskiego. Jaką będzie przyszła ustawa, ma dla nas w Galicyi szczególne i tem większe znaczenie, że kraj nasz, na zawlekanie epidemii przez wschodnią granicę szczególnie narażony, szczególne też ponosi przez to szkody i szczególne z nowej ustawy powinienby odnieść korzyści, nie odniesie ich zaś w mierze odpowiedniej, jeżeli nowa ustawa nie będzie się liczyć z odrębnością naszych stosunków, ze stopniem kultury i zamożności kraju i z właściwościami jego ludności.

Należy przypuszczać, że ogłoszenie »Zasad« planowanej ustawy pobudzi Izby lekarskie i stowarzyszenia zawodowo-lekarskie w Austryi do pewnego ruchu i że wynikną stąd odpowiednie starania, aby interesa zawodowe stanu lekarskiego nie poniosły przez nową ustawę nowej szkody, dołączającej się do tylu już innych szkód, jakie lekarzom w Austryi przyniosło ustawodawstwo socyalne lat ostatnich. Wątpić można, czy projekt ustawy, skoro będzie już zupełnie opracowany i skodyfikowany, zostanie raz jeszcze przedłożony pod opinię Najw. Rady Zdrowia. Nie jest to jednak niemożliwe, a w każdym razie zdarzyć się może potrzeba pewnych jeszcze szczegółowych orzeczeń tej korporacyi przed ostatecznem sformułowaniem ustawy i wniesieniem jej do Rady Państwa, oraz przed wydaniem rozporządzeń wykonawczych. Przy tych sposobnościach mogłaby Najw. Rada Zdrowia zapewne niejedno jeszcze w ustawie poprawić. Dzisiejszy skład tej Rady zdaje się wprawdzie niezupełnie odpowiadać słusznym wymaganiom; korporacya ta bowiem za mało stosunkowo się odświeża i za mało liczy w swem gronie przedstawicieli sanitarnej p r a k t y k i. Ale i przy dzisiejszym nawet jej składzie można dość spokojnie oczekiwać ewentualnego orzeczenia Najw. Rady Zdrowia, o ile chodzić będzie o te szczegóły projektu ustawy, które bez zastrzeżeń do wszystkich krajów cislitawskich zastosować się dadzą i odrębności prowincyonalnych uwzględniać nie potrzebują. Nie tak jednak jest co do tych punktów, które obchodzić mogą kraj nasz w sposób szczególny i przy których nasze stosunki uwzględnione być powinny. Chociaż bowiem niedawno do Najw. Rady Zdrowia powołano jednego członka z naszego kraju, ale jeden jedyny, choćby i najdzielniejszy nasz przedstawiciel, w trudnem byłby położeniu wobec dwudziestu kilku innych członków tej korporacyi, dla Galicyi usposobionych co najmniej obojętnie. Toteż należałoby wszelkimi środkami starać się, aby kraj nasz uzyskał w Najw. Radzie Zdrowia j u ż t e r a z także i l i c z e b n i e dostateczne przedstawicielstwo. Tak, jak to uchwaliła lwowska Rada miejska i jak domagał się w swej interpelacyi w parlamencie niedawno poseł m. Lwowa, powinnoby w Najw. Radzie Zdrowia być n a j m n i e j 4 członków zwyczajnych z Galicyi (podzielałbym jednak zdanie, że i to jest zamało). Dr M i k o ł a j s k i wskazał niedawno w »Głosie lekarzy« na to, że takie zwiększenie Najw. Rady Zdrowia jest nawet w ramach obecnie obowiązujących ustaw zupełnie możliwe. Niezależnie od tego domagać się należy, aby (szczególnie w okresie, poprzedzającym ostateczne skodyfikowanie i uchwalenie ustawy o chorobach zakaźnych, na wypadek dodatkowych orzeczeń w tej sprawie) powoływano z Galicyi także: »członków nadzwyczajnych, którzy... do obrad jako specyalni znawcy w każdym zosobna wypadku powoływani być mają« (§ 17 al. 2 ust. z. 30. IV. 1870. D. p. p. 68). — Nie widziałbym też przeszkody, aby jeszcze przed wniesieniem ustawy do parlamentu zasięgnięto o s o b n o (ze względu na odrębne stosunki właśnie naszego tylko kraju) opinii naszych korporacyi lekarskich, w pierwszym rzędzie Krajowej Rady Zdrowia.

Z tem łączy się jeszcze rzecz inna: oto zdawałoby mi się koniecznem, aby galicyjscy posłowie do parlamentu zostali już teraz fachowo poinformowani o całej sprawie, a to dlatego, aby projekt ustawy przy wniesieniu nie zaskoczył naszej parlamentarnej reprezentacyi nieprzygotowanej i aby ona wcześnie mogła rozważyć nastręczające się ze względu na nasz kraj trudności i postanowić, co przy uchwaleniu ustawy w interesie kraju uzyskać należy. Najkompetentniejszym informatorem mogłoby tu być, sądzę, to samo grono, które tworzy Krajową Radę Zdrowia; »urzędownie« wprawdzie nie mogłoby ono zapewne odegrać tej roli, ale przecież wyszukaćby można inny sposób, aby skorzystać z wielkiego doświadczenia, jakiem grono to rozporządza. Możebną byłaby droga ankiety; w ostateczności pozostaje prasa codzienna.

Zanim przeto dyskusya publiczna, której spodziewać się można, dostarczy jeszcze obfitszego materyału do rozważań w zakresie tym, który dotyczyć będzie w równej mierze wszystkich krajów koronnych Austryi i w tych szczegółach, które obchodzić mogą korporacye i pisma zawodowe (wśród nich pierwszy zajął się sprawą projektowanej ustawy »Głos lekarzy«), chciałbym na razie dotknąć krótko niektórych z tych tylko punktów, które szczególnie obchodzić mogą Galicyę i to tak ze względu na postanowienia, mające się zawierać w samej ustawie, oraz na przepisy, należeć mające do przyszłych rozporządzeń wykonawczych, jak i ze względu na wynikające z ustawy szczególne obciążenie ludności i rozmaitych urzędów w naszym kraju. Niewiadomo dziś jeszcze, co obejmie sama ustawa, a co pozostawione będzie rozporządzeniom wykonawczym (np. w zakresie przepisów o odkażaniu, o donoszeniu i t. d.). Rozporządzenia wykonawcze stanowią jednak w Austryi nieraz niemal drugą ustawę i stąd może zajść potrzeba, aby nasza reprezentacya parlamentarna starała się nietylko odpowiednio do potrzeby zmienić tekst ustawy, ale także z góry wpłynąć na brzmienie rozporządzeń wykonawczych. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza następujące:

(L. 925). O s t r z e ż e n i e.

1) Lekarz kamioneckiej powiatowej Kasy chorych, zamieszkały w Radziechowie, podjął starania celem poprawy warunków pracy w tej Kasie. Wzywa się wszystkich kolegów, aby w razie ewentualnego zatargu tego lekarza z Zarządem tej Kasy i skutkiem tego wypowiedzenia mu tej posady, nie obejmowali jej bez poprzedniego porozumienia się z Izbą lekarską.

2) Lekarz fabryczny w Krechowicach, zamieszkały w Rożniatowie, podjął starania celem poprawy warunków pracy w tej Kasie. — Wzywa się więc wszystkich kolegów, aby w razie ewentualnego zatargu tego lekarza z Zarządem tej Kasy i skutkiem tego wypowiedzenia tej posady, nie obejmowali jej bez poprzedniego porozumienia się z Izbą lekarską.

Izba lekarska wschodnio-galic. Prezydent *Dr Festenburg.*

Towarzystwo Samopomocy lekarzy ogłasza, co następuje:

»Nowo otworzony dział komercyjny Towarzystwa Samopomocy lekarzy ogłasza do kupna narzędzia i przyrządy okulistyczne, oraz dzieła po ś. p. Drze Langiem.

Oddział pośredniczy pod dogodnymi warunkami w zakupnie narzędzi i przyrządów lekarskich, mikroskopów i urządzeń dla szpitali, domów zdrowia etc., w sprzedaży przedmiotów lekarskich używanych pośredniczy członkom Towarzystwa Samopomocy lekarzy, wdowom i sierotom po tychże.

Na nadchodzący Nowy Rok poleca oddział bardzo praktyczne dzienniki chorych układu Dra Ackermanna i Dra Flisa, recepty z nagłówkami i rachunki ze znaczkami Tow. Samop. lek. W tym dziale uprasza się celem uregulowania nakładu o jak najwcześniejsze zamówienia.

Wszelkie zgłoszenia i zamówienia przyjmuje: Dr Henryk Sokołowski, Kraków, ulica Szewska 12.«

Państwowy Związek organizacyi lek. austr. ogłasza: 1) o zawiązaniu się w Radzie państwa klubu lekarskiego; 2) o ukonstytuowaniu się organizacyi lekarzy niemieckich na Morawach, która obrała prezesem Dra Freundlicha z Berna i przystępuje 1. I. 1908 do Państw. Związku organizacyi.

Prezes *Dr Janeczek.*

Korzyści, uzyskane przez lekarzy dolno-austryackich zestawił Dr Koralewski na Zjeździe delegatów organizacyi 25 X. b. r. Zestawienie to jest jakby odpowiedzią na głosy krytyczne, odzywające się o całej walce lekarzy dolno-austryackich i jej zakończeniu. W ustawie pensyjnej uzyskali lekarze dolno-austr. pensye wyższe, niż w ustawie pensyjnej innych krajów; ułatwia ona bardzo wypowiadanie niedogodnych posad; zdobyto w komisyi dyscyplinarnej miejsce dla delegatów Izby lek., a oddanie przewodnictwa w niej marszałkowi kraju lub jego zastępcy odpowiada godności stanu lekarskiego. Lekarze otrzymali także zapewnienie, że instrukcya służbowa dla lekarzy gminnych będzie opracowana z udziałem mężów zaufania, wybranych przez lekarzy. *R.*

Komisya sanitarna austr. Rady państwa, wybrana 5. XI., składa się z 26 członków, z których 7 jest lekarzami (w ich liczbie 3 Polaków: Dr Dietzius, obrany przewodniczącym komisyi, Gold i Kunicki). *R.*

Przeciw partactwu.

Podczas tegorocznej wystawy, urządzonej w Berlinie przy sposobności 14-go międzynarodowego Zjazdu higienicznego, zwracała powszechną uwagę osobna wystawa, odnosząca się do partactwa w Niemczech i zwalczania tej społecznej klęski. Jak wiadomo, istnieje w Niemczech osobne stowarzyszenie, mające na celu zwalczanie partactwa: wystawę w Berlinie urządziło właśnie to stowarzyszenie, a o rozmiarach akcyi świadczyć może poniekąd okoliczność, że ta osobna wystawa obejmowała aż dziesięć działów.

Jestem przekonany, że nasi lekarze, którzy mieli sposobność zwiedzić tę wystawę, musieli pomyśleć o tem, że ten właśnie teren działalności społecznej poza usiłowaniami, podjętemi przez »Głos lekarzy«, leży w naszym kraju odłogiem. Jest rzeczą oczywistą, że im niższy stopień oświaty, tem pomyślniejsze istnieją warunki dla rozwoju partactwa; wiedzą o tem z własnego doświadczenia całe grona partaczy swojskich i zagranicznych, którzy z upodobaniem, no... i naturalnie ze skutkiem, operują w naszym kraju.

Aby rzecz postawić jasno i wobec władz w czasie odpowiednim powołać się nietylko na odosobnione spostrzeżenia, lecz przedłożyć o ile możności jaknajwiększy w tym względzie materyał, potrzeba koniecznie zacząć gromadzić ten materyał i uporządkować go, tak iżby mógł stanowić podstawę dla przyszłej akcyi.

W tym celu czynię wniosek, aby wszyscy lekarze w kraju naszym zechcieli od chwili obecnej zbierać i dostarczać wszelkich materyałów, do sprawy partactwa się odnoszących, gdy zaś krakowskie Towarzystwo Lekarskie posiada własną siedzibę w Krakowie, proponuję, aby materyały te nadsyłano pod adresem tego Towarzystwa, które ze względu na doniosłość przedmiotu nie uchyli się od uporządkowania i przechowania przedmiotów nadsyłanych, aby je w przyszłości praktycznie zużytkować.

Za materyały, tutaj należące, uważam: 1) Wszelkie inseraty i ogłoszenia po dziennikach i w pismach ulotnych, odnoszące się do leków »uniwersalnych«, tajnych, krajowych i zagranicznych. 2) Wszelkie recepty, wydawane przez partaczy, bez względu na to, czy leki wydawano w aptekach, składach materyałów, handlach i t. p. 3) Wszelkie korespondencye, prowadzone przez interesowane osoby z partaczami krajowymi i zagranicznymi. 4) Przyrządy, odnoszące się do procedur »elektrohomeopatycznych«, »kolorowo-elektrycznych« i jakiekolwiek miano noszących. 5) Lekarstwa i przetwory, dostarczane przez partaczy lub sporządzane na ich zlecenie przez jakiekolwiek osoby wraz z opisami użycia. Na każdym z przedmiotów nadsyłanych należy umieszczać nazwisko partacza i miejscowości, gdzie przebywa, bardzo są również pożądane daty, odnoszące się do kar, jakie poniósł za partactwo i za inne przekroczenia i zbrodnie. Zestawienia, dokonywane przez niemieckie stowarzyszenie przeciw partactwu, dowiodły bowiem, że do tego rodzaju przemysłu największą skłonność mają osobistości, które już z innych powodów przed sądami odpowiadać musiały, a bardzo często były karane za pospolite zbrodnie, jak kradzieże i oszustwa.

Aby ten zbiór był kompletny, byłoby pożądanem, aby w nim znalazły się też dokładne wiadomości, odnoszące się do przypadków dochodzeń sądowych przeciw partaczom z wynikiem ujemnym, oraz dochodzeń, prowadzonych przez władze administracyjne.

Być może, że lat kilka upłynie, zanim z zebranego materyału skorzystać będzie można, konieczne jest jednak, aby raz nareszcie i u nas w tym zakresie początek uczyniono, a o powodzeniu akcyi tej wątpić nie można, jeżeli sprawę otoczy swoją opieką tak poważna korporacya, jak krakowskie Towarzystwo Lekarskie. *Dr Schaitter.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 3. do 9. XI. 1907 doniesiono o 10 nowych przypadkach duru plamistego w 5 gminach, a mianowicie: pow. Jaworów (Zawadów 2), Kałusz (Podmichale 1), Rawa (Wulka mazowiecka 3), Zaleszczyki (Hołowczyńce 1), Podhajce (Burkanów 3). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 3 do 9. XI. 1907 urodziło się dzieci żywo 36, nieżywo 7; zmarło osób 71 (w tem obcych 22), z nich z gruźlicy 15 (4), zapalenia płuc 14 (2), błonicy 1, płonicy 5 (3). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 3. do 9. XI. 1907 było przypadków: odry 3, płonicy 9 † 1, duru brzusznego 3, krztuśca 3, błonicy 4 † 1, nagminn. zapalenia ślinianek 1, róży 3, tężca 1. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 3. do 9. XI. 1907 było przypadków: błonicy 9 † 1 (w tem obcych 4 † 1), krztuśca 12, płonicy 52 † 4 (5 † 1), odry 6 † 1 (1), duru brzusznego 5 † 2 (2 † 1), czerwonki 2 (1), nagm. zapalenia opon 1 (1). *L.*

Przeciw cholerze. Oprócz wymienionych w Nr 45 »Przeglądu lek.« 6 stacyi rewizyjnych na granicy kraju utworzyło Namiestnictwo dalsze 3 stacye: w Stojanowie (Dr Łuczyński), w Majdanie sieniawskim (Dr Malsburg), w Nadbrzeziu (Dr Szczepański). *T.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 13. XI. posiedzenie, na którem 1) Prof. Wachholz mówił o ciałach obcych, znajdowanych w odbycie i okazał wydobytą z odbytu pałkę drewnianą, 2) Prof. Kader przedstawił przypadek nowotworu na klatce piersiowej, 3) Prof. Ciechanowski wygłosił uwagi o zasadach państwowej ustawy o chorobach zakaźnych. W dyskusyach przemawiali: Dr Krok, Cercha, Prof. Kader, Prof. Browicz, Doc. Gliński, Dr Bier, Karpiński, Warzycki.

— Członkiem Najwyższej Rady Zdrowia w Wiedniu mianowany został Prof. Dr Kazimierz Kostanecki. Oddanie lekarzowi-Polakowi miejsca w Najwyższej Radzie Zdrowia, wakującego po ś. p. Prof. Jordanie, przynajmniej poczęści wypełnia słuszne żądania całego kraju. Jeżeliby jednak po tej nominacyi nie miały nastąpić dalsze, zapewniające Galicyi należyte liczebne przedstawicielstwo w Najwyższej Radzie Zdrowia, którego domagają się zarówno koła lekarskie, jak i opinia powszechna, wówczas uzasadnionem byłoby twierdzenie, że kraj nasz jest nadal traktowany po macoszemu. Stwierdzono, że niema żadnej przeszkody w ustawach, aby przez zwiększenie liczby zwyczajnych członków Najw. Rady Zdrowia słusznym żądaniom Galicyi mogło niezwłocznie stać się zadość, co tem więcej nastąpić powinno, że jeden jedyny głos przedstawiciela Galicyi, choćby najdzielniejszego, bez trudności może być zawsze zmajoryzowany przez dwadzieścia kilka innych głosów i że pod wielu względami odrębne stosunki sanitarne i kulturalne we wschodniej części Galicyi same już wymagają, aby członków-Polaków Najw.

Rady Zdrowia powoływano z obu części kraju podobnie, jak z obu części kraju powinni być powoływani członkowie Rady Zdrowia krajowej.

— Instytucya »Kropli mleka« ogłosiła sprawozdanie za r. 1906/7. W roku tym wydano dla dzieci przeszło 20,000 litrów mleka, otwarto »Biuro porady dla matek« i zaprowadzono premie pieniężne dla matek, najlepiej pielęgnujących niemowlęta. Dochody wynosiły 4,276 K (w tem za mleko 3,463 K, subwencye Rady miasta i Miejskiej Kasy oszczędności 700 K), rozchody 7,561 K (w tem koszt mleka 5,370 K); niedobór 3,285 K pokryła ofiarnośc opiekunki »Kropli mleka«, ks. Teresy Lubomirskiej. Kierownik lekarski (Dr T. Żeleński) i administracyjny (p. J. Onyszkiewicz) pełnią swe obowiązki bezinteresownie.

— *Otrzymujemy następujące pismo:* Szanowna Redakcyo! Z powodu wzmianki w Nr. 44 »Przeglądu lekarskiego« o konferencyi okręgowej nauczycielstwa krakowskiego i o odczycie moim, na konferencyi wygłoszonym, upraszam Szan. Redakcyę o zaznaczenie, że w odczycie moim o zorganizowaniu opieki pozaszkolnej, główny nacisk kładłem na ustanowienie lekarzy szkolnych, jako instytucyi o pierwszorzędnem znaczeniu społecznem, która powinna stanowić łącznik między szkołą a domem. Jak najbardziej stanowczo zaprotestowałem przeciw temu, jakoby nowy projekt reorganizacyi służby zdrowia w Krakowie, jakkolwiek oddaje czynności lekarzy szkolnych lekarzom miejskim, miał w czemkolwiek zmienić dotychczasowy stan rzeczy; według obecnie obowiązującej instrukcyi z roku 1893 lekarze miejscy właściwie byli także lekarzami szkolnymi, o czem jednak dotychczas ani szkoła, ani uczniowie, ani rodzice, ani wreszcie społeczeństwo nie wiedziało. Według projektu nowej instrukcyi spadają i nadal na lekarzy miejskich tak ciężkie obowiązki, że o należytem wykonywaniu czynności lekarzy szkolnych myśleć nawet nie można. Wprawdzie nowy projekt stwarza osobnego lekarza oglądacza zwłok i lekarza, nadzorującego choroby zakaźne; przez to odbiera jednak lekarzom miejskim niewielki zakres czynności w porównaniu z czynnościami lekarzy szkolnych w mieście 100-tysięcznem, gdzie liczba dzieci szkolnych wynosi około 10 tysięcy. Członków miejskiej komisyi sanitarnej upraszam zatem gorąco o przestudyowanie instrukcyi dla lekarzy szkolnych z tych miast, które już u siebie ustanowiły lekarzy szkolnych, jak również o dokładniejsze studyum nowego projektu reorganizacyi służby zdrowia, a niezawodnie dojdą do przekonania, że należyte wykonywanie czynności lekarzy szkolnych wymaga stworzenia kilku takich posad zupełnie odrębnych. *Dr Jan Landau.*

Lwów. Krajowa Rada zdrowia odbyła w dniu 5. listopada b. r. dziesiąte posiedzenie, na którem 1) przeprowadzono dyskusyę w sprawie grożącej krajowi cholery i zastanawiano się nad wartością szczepionek ochronnych i surowic przeciwcholerycznych, 2) wydano opinię co do broszurki p. t. »Zdrowie«, 3) powzięto uchwałę w sprawie utworzenia okręgów sanitarnych w Krzywczu w pow. przemyskim i w Chyrowie w pow. starosądeckim, 4) wydano opinie co do zmiany taks leczenia w szpitalach pow. w Przemyślanach, Skałacie i w Nowym Sączu.

— Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej oświadczył się na posiedzeniu w d. 29. X. 1907 przeciw otwarciu drugiej apteki w Buczaczu, a za udzieleniem pozwolenia 2 lekarzom okręgowym na apteki domowe, zatwierdził z pewnemi zmianami taryfę lekarską dla Przemyśla i okolicy, przedłożoną przez tamtejszych lekarzy, przyjął do wiadomości wysokość honoraryum za badanie dla Towarzystwa »Österr. Landes-Lebensversicherungsgesellschaft« (3 korony przy ubezpieczeniach t. zw. ludowych do 1000 kor., 10 koron przy innych ubezpieczeniach), postanowił zapytać Izby zachodnio-galicyjską i bukowińską, jakie honoraryum wypłaca w ich okręgu Krakowskie Towarzystwo wzaj. ubezpieczeń, wreszcie załatwił drobniejsze sprawy bieżące i rozpatrzył kilka spraw honorowych.

— W sprawie utworzenia państwowego zakładu badania środków spożywczych we Lwowie oświadczył minister spraw wewn. (odpowiadając w parlamencie na interpelacyę posła Głąbińskiego) 8. XI., że zakład ten będzie utworzony w latach najbliższych, jeżeli kraj i gmina przyczynią się do kosztów urządzenia w odpowiedniej części.

— Na wieść, iż w budżecie w państwowym na rok 1908 przeznaczono 8 milionów koron na urządzenie klinik uniwersyteckich i że Wydział lekarski wiedeński natychmiast podjął starania o uzyskanie z tej sumy znacznych dla siebie korzyści, uderzyły dzienniki tutejsze na alarm, nawołując, aby niedopuścić tym razem do uszczuplenia słusznych żądań Wydziału lwowskiego, któremu brakuje jeszcze 4 budynków klinicznych (psychiatrya, laryngologia, dermatologia i okulistyka).

Warszawa. Stosownie do wniosków komisyi szpitalnianej utworzony będzie w magistracie osobny »Wydział dobr. publ.«, złożony z 3 referentów i odpowiedniej liczby urzędników. Na utrzymanie tego Wydziału przeznaczono rocznie 49,020 rb. — Szpitalem w Tworkach zarządzać będzie gubernialna Rada dobr. publ., środki zaś na utrzymanie tego szpitala wydawane będą z kancelaryi gen.-gub. z części podatku (w sumie 250,000 rb. rocznie), ściąganego ze wszystkich mieszkańców Królestwa Polskiego na rzecz instytucyi dobroczynnych Warszawy. — Sprawy instytucyi dobroczynnych prywatnych przejdą do kancelaryi gen.-gub., zapisy jednak na ich rzecz powinien, zdaniem komisyi, zatwierdzać zarząd miejski. — Szpitale dla dzieci, aczkolwiek są instytucyami prywatnemi, powinny, zdaniem komisyi, ze względu na swe wielkie znaczenie społeczne, podlegać nadzorowi magistratu. — Do komisyi szpitalnianej powołano jeszcze kilka osób z pośród znanych obywateli miasta; nadto Prezydent miasta przedstawił władzom nader pożyteczny wniosek, aby do komisyi powołano naczelnych lekarzy szpitali, przyznając każdemu z nich głos stanowczy w sprawach jego szpitala.

8. XI. odbyło się ostatnie pożegnalne posiedzenie Miejskiej Rady dobr. publ., na którem Radę rozwiązano. Członkowie Rady, wśród nich prof. Kosiński, podnieśli w swych przemówieniach, że Rada nie ustawała w pracy, przygotowała wiele projektów i wskazywała nowe źródła dochodów, ale usiłowania jej nie z jej winy pozostawały bez skutku.

Ponieważ ospa w Warszawie panuje niemal stale, a szpital św. Stanisława na Woli mieści obecnie 80 chorych na ospę i przez to nie może przyjmować chorych na inne choroby zakaźne, przeto inspektor szpitali zażądał utworzenia oddzielnej komisyi, którąby obmyśliła sposoby walki z ospą i innemi chorobami zakaźnemi w mieście. Również wniósł inspektor, by wobec przepełnienia (o 75 chorych) szpitala św. Jana Bożego dla obłąkanych, usunąć stamtąd tych chorych, którzy nie potrzebują leczenia, a tylko opieki.

Pomiędzy magistratem, a Drem Zaborowskim ma być zawarty kontrakt w sprawie budowy wzorowego przytułku położniczego. Magistrat zobowiązał się dać Dr Zaborowskiemu bezpłatnie plac pod przytułek na rogu ulic Żelaznej i Nowolipia (4,439 sążni kw.), oraz w ciągu lat 12 płacić po 1,600 rb. czynszu rocznie. Dr Zaborowski wybuduje zaś swoim kosztem przytułek za 50,000 rb. na 20—25 łóżek wraz z lokalem na szkołę położnych. Po upływie lat 12 przytułek przejdzie na własność miasta.

Ministeryum spraw wewnętrznych przysłało do Warszawy głównego dyrektora zarządu weterynaryi w Petersburgu, Dr Nagórnego, by zbadał sprawę budowy w Warszawie rzeźni centralnej i wprowadzenia u nas przepisów rzezi bydła na wzór istniejących w Rosyi.

Główny Zarząd wojskowo-lekarski zażądał bezzwłocznie nie sporządzanego już od lat 3 spisu studentów V. roku medycyny celem przydzielenia studentów do różnych oddziałów wojska na wypadek mobilizacyi.

Ospa grasuje i w Łodzi; w jednym tylko dniu 7. X. umarło tam na ospę 8 dzieci. — Szpitale w Łodzi są tak przepełnione chorymi, że zarządy zawiadomiły Pogotowie ratunkowe, by nie przywoziło chorych do szpitali, gdyż jedynie na salach chirurgicznych jest kilka miejsc wolnych. To też barak choleryczny na ul. Łąkowej (na 80 łóżek) zajęty tam został obecnie dla chorych na ospę.

Z funduszu, zebranego przez Tow. lek. łódzkie w kwocie 4,200 rb. na zapomogi dla rodzin lekarzy, powołanych na wojnę rosyjsko-japońską, zwrócono 1,600 rb. Tę sumę postanowiono zamienić na stały fundusz zapomogowy (lekarzom do wysokości 500 rb. rocznie, a rodzinom lekarzy do 250 rb. rocznie).

Pawilon im. Dra Jonszera w zakładzie obłąkanych w Kochanówku pod Łodzią jest na ukończeniu. Pomieści on 12 chorych, a kosztował 20,000 rb., których znaczną część już ze składek zebrano.

W Kaliszu poruszyło Towarzystwo higieniczne sprawę budowy rzeźni i wodociągów. *Dr L.*

Wilno. Powstało tu kobiece Towarzystwo opieki nad chorymi pod wezwaniem św. Józefa, mające za cel: 1) zakładać szpitale, do których chorzy będą przyjmowani za darmo, albo za skromną opłatą, 2) urządzać ambulatorya dla udzielania doraźnej pomocy lekarskiej, 3) urządzać wykłady dla dozorczyń chorych pod kierunkiem lekarzy.

— Dzienniki donoszą o zamordowaniu lekarza Dra Meklera w miasteczku Bieszenkowiczach gub. witebskiej przez rodzinę miejscowej karczmarki za to, że ostrzegając przed zaraźliwością choroby, na którą karczmarka zapadła, wywołał w karczmie zastój w handlu. Miejscowa ludność żydowska, ceniąca Dra Meklera

jako lekarza-filantropa, pomściła jego śmierć sądem doraźnym, zburzeniem karczmy. *Dr L.*

Z różnych stron. Były prezydent austryackiej Rady państwa hr. Maurycy Vetter, otrzymał 6. XI. dyplom doktora wszech nauk lekarskich w Wiedniu po przejściu prawidłowych studyów i złożeniu egzaminów.

— Do głośnego procesu hr. Moltkego przeciw dr Hardenowi nawiązuje »Münchener med. Wochenschrift« (45) kilka uwag ze stanowiska lekarskiego, oburzając się przytem na to, że jawność tego procesu wyrządziła nieobliczalne szkody moralne. »Münch. med. Wochenschrift« podnosi, że sąd oparł się na orzeczeniu lekarskiem Dra Magnusa Hirschfelda, chociaż wskazaną była conajmniej ostrożność wobec znawcy, zajmującego stanowisko jednostronne, nieuznającego w zakresie zboczeń płciowych Krafft-Ebingowskiej różnicy między chorobą (Perversion), a zbrodnią (Perversität) i, jak powszechnie wiadomo, poprostu agitującego za zniesieniem § 175 n. u. k., który jest tylko przeciw homoseksualizmowi zbrodniczemu skierowany.

— Przy sposobności II. międzynarodowego zjazdu chirurgicznego ma być urządzona w Brukseli we wrześniu 1908 wystawa, poświęcona wyłącznie sprawie raka, obejmująca preparaty anatomiczne i histologiczne, pouczające o miejscowem występowaniu lub drogach szerzenia się choroby, preparaty dróg chłonnych różnych części ustroju, tablice statystyczne o częstości raka i jego przerzutów w różnych narządach, o częstości raka w różnych krajach i t. d., sposoby popularnego pouczania o raku i i. Wyjaśnień udziela sekretarz gener. międzynar. Towarz. chirurg., prof. Depage w Brukseli.

— IV. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich odbędzie się w lecie r. 1908. Prezesem komitetu organizacyjnego jest prof. Maixner, sekretarzem generalnym prof. Heveroch.

Mianowani. Docenci Grosser (anat.) i Oskar Stoerk (an. pat.) w Wiedniu, Pitha (ginek.) i Babak (fizyol.) w Pradze profesorami nadzwyczajnymi; Prof. Jamin dyrektorem kliniki pedyatrycznej w Erlangen, Prof. Schittenhelm z Berlina następcą jego na katedrze propedeutyki i historyi medycyny; Dr Trauner z Wiednia profesorem dentystyki w Gracu;

asystentami Uniw. lwowskiego: Dr Tobiaszek (med. sąd.), stud. med.: Steising (higiena), Konopacki (histologia), Zbyszewski (fizyologia), mag. farm. Stein (farmakognozya).

Zmarli. Dr Bolesław Riedmüller, były asystent kliniki chirurgicznej krakowskiej, lekarz górniczy w Borysławiu, w 39 r. ż.;

Dr Emanuel Engel, niegdyś prezes parlamentarnego klubu młodoczeskiego, znany dobrze kołom polskim jako lekarz w Karlsbadzie, w 67 r. ż.; ginekolog Prof. Nieberding w Würzburgu.

Redakcya otrzymała. Wachholz: Sacher-Masoch i Masochizm. 1907. — Reiss Wład.: Über multiple Lympho-, resp. Chylorrhoe. »Arch. f. Derm.« 1907. — Baurowicz: Keratosis obturans. »Monats. f. Ohrenhk.« 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 20. listopada o godz. 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska l. 4). Porządek dzienny: 1) Demonstracye. 2) Prof. Rosner: O środkach znieczulających, używanych przy porodach prawidłowych. 3) Prof. Bujwid: Z teoryi fotografii barwnych (z demonstracyami).

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Euferrol „Riedel“. (Dr Fritz Steil, »Medicin. Klinik« Nr 28, 1907). W leczeniu niedokrwistości mają obok regularnego trybu życia i zabiegów wodoleczniczych, dwa środki, żelazo i arsen, doniosłe znaczenie. Często bardzo, szczególniej w przypadkach uporczywej niedokrwistości, zachodzi potrzeba połączenia tych dwóch środków w jedno lekarstwo. W praktyce znane są *pillulae ferri arsenicosi*, obok nich używane są żelazo-arsenowe wody Levico, Roncegno i in. Nadewszystko ogół darzy zaufaniem naturalne wody lecznicze. Wszystkie te jednak połączenia żelaza z arsenem, jako zawierające płyn Fowlera, są w wielu przypadkach ciężko strawne, tak, że niekiedy doskonale zastosowane leczenie o tę przeszkodę się rozbija. Ta okoliczność zachęciła fabryki chemiczne do wytwarzania lekko strawnego połączenia żelaza z arsenem. Z nich wymienić należy żelazo-arsenowe pigułki z fabryki Burroughs Wellcome & Co. w Londynie, a także arseno-sanguinalowe pigułki Krewela. Obecnie ukaże się w handlu żelazo-arsenowy przetwór euferrol, wyrobu chem. fabryki J. D. Riedel, A. G. w Berlinie, który, jak dotychczasowe kilkomiesięczne próby w szpitalu Elżbiety dowiodły, doskonale odpowiada swemu przeznaczeniu. Jest to połączenie węglanu potasowego i siarkanu żelaza, które zawieszone są w oleju i zamknięte są w kapsułce z żelatyny. Każda kapsułka zawiera około 0,012—0,014 żelaza i 0,000009 kwasu arsenowego. Nie każdy jednak olej nadaje się do tego. Przy używaniu tranu chorzy narzekali na odbijanie się, które nie pojawia się przy użyciu olejku migdałowego. Dyety przy tym środku nie potrzeba przestrzegać, a tylko unikać należy kwaśnych potraw. Używać należy przez pierwsze 3 dni 3 razy po jednej kapsułce, potem 3 razy po 2, a w razie dalszego stosowania 3 razy po 3 kapsułki. *L.*

Extr. chinae Nanning. (Dr Karol Ganz. »Fortschr. der Mediz.« Nr 28, 1907). W leczeniu chorób żołądkowych, jakoteż i wielu innych, jak niedokrwistość, blednica, choroby płuc i nerek, olbrzymią rolę odgrywa zwalczanie braku apetytu, połączonego z odbijaniem się, zgagą, pobudliwością do wymiotów i boleściami. Powodem tego jest osłabienie ruchowych czynności żołądka i zmniejszenie się lub zastój w wydzielaniu się soku żołądkowego. Zadaniem więc lekarza jest uprzedzić wyczerpanie mięśni żołądkowych i podniecić trawienie. Do tego celu służą oddawna środki gorzkie, wpływające korzystnie na kurczliwość mięśni żołądkowych, oraz na podniecenie apetytu. Najszersze zastosowanie ma kora chinowa i jej przetwory. Od niedawna wprowadzono do handlu wyciąg chinowy, przygotowany przez aptekarza Nanninga w Hadze z wysuszonej kory dobrego gatunku bez dodania wyskoku. Wszystkie składniki, głównie chinina i kwas garbnikowo-chinowy są zawarte w tym rozczynie. Przetwór ten ma prawie stałą zawartość alkaloidów 5 prc., jest barwy ciemno-brunatnej; dawka 15—20 kropel, 3 razy dziennie na ½—1 godz. przed jedzeniem, najlepiej w wodzie, mleku, winie słodkiem lub kawie. *Nng.*

Secacornin „Roche“. (Dr Fryderyk Merkel. »Medizin. Klinik« Nr 27, 1907). Autor stosował przetwór ten w 60 przypadkach, przeważnie położniczych, w postaci wstrzykiwań śródmięśniowych, albo podskórnych. Sekakornina nie sprawia bolu, ani obrzęków. M. stosował sekakorninę: 1) zapobiegawczo w okresie poporodowym, aby zapobiedz atonii po szybkich porodach, lub przy silnem rozciągnięciu macicy (duży płód, nadmierny potok, bliźnięta, przy słabych bolach porodowych, przy łożysku przodującem i przy porodach w uśpieniu, jakoteż w znieczuleniu lędźwiowem); 2) aby usunąć atonię w okresie III. lub po porodzie: 3) zapobiegawczo w celu przyśpieszenia zwijania się macicy w połogu, oraz usunięcia długotrwałego połogowego krwawienia; 4) po każdem poronieniu, aby przyśpieszyć zwinięcie się macicy. W ginekologii stosował M. sekakorninę ze skutkiem w przypadku włókniaka, który ze śródściennego zamienił się na podsurowiczy, jakoteż kilkakrotnie przy nazbyt obfitem miesiączkowaniu na tle niedokrwistości. Najpoważniejszem polem dla zastosowania tego środka jest okres poporodowy. M. wypróbował dawniej wszystkie przetwory sporyszu, żaden jednak nie działał tak pewnie i trwałe i nie daje się tak łatwo dawkować, jak sekakornina »Roche«. *Hf.*



L. 2.587 907.

KONKURS.

W celu obsadzenia posady lekarza okręgowego w Żabiu z siedzibą w Żabiu, rozpisuje się konkurs. — Do tego okręgu sanitarnego należą obszary dworskie i trzy gminy, mianowicie: Żabie, Krzyworównia i Jasienów górny o ilości 11.874 mieszkańców.

Obowiązki lekarza okręgowego określa instrukcya wydana przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym, a mianowicie § 14 rozp. wykonawczego do ustawy z 2 lutego 1891 i Dz. ust. i rozp. kr. Nr 82.

Lekarz okręgowy ma obowiązek utrzymywania apteki domowej i spełniania czynności w ambulatoryum tego okręgu.

Roczna płaca połączona z tą posadą wynosi 1.200 Kor. oraz ryczałt na objazdy służbowe rocznych 800 Kor.

Ubiegający się o tą posadę winni wnieść należycie udokumentowane i ostemplowane podania do Wydziału Rady powiatowej w Kosowie po koniec listopada 1907 i wykazać się, że posiadają następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego;
2) Dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3) Nieskazitelny charakter;
4) Znajomość języków krajowych;
5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim;
6) Dostateczną fizyczną zdatność.

Pierwszeństwo między kandydatami otrzyma lekarz, który wykaże się praktyką szpitalną w dziedzinie chorób skórnych i wewnętrznych.

Podania nie udokumentowane lub po terminie wniesione, uwzględnione nie zostaną.

Posada ta na razie zostanie nadaną prowizorycznie, poczem może nastąpić stabilizacya.

Kosów, dnia 28 października 1907. 400

Z Wydziału Rady powiatowej.

Prezes: (nieczytelny).

L. 3.818.

KONKURS.

Zgodnie z reskryptem Wydziału krajowego z dnia 17/10 b. r. L. 80.973 rozpisuje się konkurs na posadę lekarza okręgowego dla okręgu sanitarnego w Jazłowcu, powiatu buczackiego, który obejmuje następujące miejscowości: Browary, Cwitowa, Duliby, Jazłowiec, Nowosiółka, Pomorce, Przedmieście, Rzepińce, Zaleszczyki małe i Znibrody. Miejscowości te położone są z wyjątkiem Znibrod, przy drodze krajowej.

Siedzibą lekarza okręgowego jest miasteczko Jazłowiec, liczące około 3.247 mieszkańców.

Apteka, poczta, urząd telegraficzny w miejscu.

Warunki przyjęcia:

1) Obywatelstwo austryackie i dyplom lekarski, uprawniający do wykonywania praktyki;
2) Nieskazitelny charakter i znajomość języków krajowych;
3) Nieprzekraczalny wiek 40 lat i praktyka najmniej dwuletnia w zawodzie lekarskim;
4) Świadectwo zdrowia.

Między kandydatami mieć będą pierwszeństwo ci, którzy się wykażą nieprzerwaną dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym, albo egzaminem fizykackim.

Do posady powyższej przywiązana jest płaca w kwocie 1.000 Kor. oraz ryczałt na objazdy w rocznej kwocie 700 Kor.

Podanie należycie udokumentowane należy wnosić do Wydziału powiatowego w Buczaczu po dzień 15 grudnia 1907.

Buczacz, dnia 25 października 1907.

Z Wydziału powiatowego. 397

Prezes:
Makary Błażowski.

Rok XLVI. Kraków, dnia 23 listopada 1907. Nr 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału I. B) chorób wewnętrznych Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Rzut oka na przypadki duru brzusznego w ubiegłem dziesięcioleciu.

Napisał

Prym. Dr Antoni Krokiewicz.

(Ciąg dalszy).

Zapalenie ropne ucha środkowego z następowem przedziurawieniem błony bębenkowej i ropotokiem usznym pojawiało się rokrocznie w czasie epidemii duru brzusznego od r. 1897—1904; w następnych 2 latach, t. j. w r. 1905, 1906 w narządzie słuchowym nie zdarzały się powikłania, a w czasie ostatniej epidemii w r. 1907 na 30 spostrzeganych klinicznie przypadków duru brzusznego raz tylko u mężczyzny 34-letniego zauważono objawy ropnego zapalenia ucha środkowego. Zapalenie ropne ucha ograniczyło się do 20 przypadków chorobowych (9 m., 11 k.), t. j. 5,2%), i występowało najczęściej między 20. a 26. dniem choroby, rzadko, bo w 3 przypadkach, 14. dnia choroby, raz 48. dnia choroby; raz w 10. dniu okresu zdrowienia. W 7 przypadkach (3 m., 4 k.) stwierdzono zajęcie ucha środkowego prawego; w 6 przypadkach (1 m., 5 k.) zajęcie ucha środkowego lewego; w 7 przypadkach (5 m., 2 k.) zapalenie obustronne. Samo zapalenie ropne ucha środkowego nie było przyczyną zejścia śmiertelnego; śmierć nastąpiła w 2 z tych przypadków z innych przyczyn: u chłopca 15-letniego z powodu krwotoku jelitowego, a u kobiety 30-letniej z powodu posocznicy. U kobiety 26-letniej w 10. dniu zdrowienia (cały dur trwał 30 dni) wystąpiło zapalenie ropne ucha środkowego z następowem próchnieniem kości skalistej; przypadek ten zakończył się wyzdrowieniem po dokonanym zabiegu operacyjnym. W 3 przypadkach (2 m., 1 k.) jużto w ciągu choroby, jużto w okresie zdrowienia wystąpiła głuchota przemijająca, krótkotrwała, bez zmian anatomicznych, wskutek zakażenia toksynami durowemi ustroju, a tem samem i narządu słuchowego.

Sensoryum prawie w każdym przypadku było zajęte. Zależnie od stopnia przekrwienia opon mózgowych objawiało się ono jużto większem, jużto mniejszem odurzeniem, majaczeniem, bezsennością, zrywaniem się chorych z łóżka i uciekaniem, drżeniem rąk i języka, drżeniem ścięgien *(insultus subtendineus)*. Niekiedy objawy podrażnienia mózgu nasuwały na myśl rozwijające się zapalenie opon mózgowych *(meningotyphus)*, zwłaszcza w razie pojawienia się stężenia karku *(opistotonus)*, co spostrzegano u 16 chorych (8 m., 8 k.), t. j. 4,1%. Stężenie karku wystąpiło w 13 przypadkach (7 m., 6 k.) z początkiem choroby t. j. w I. i II. tygodniu, a w 3 (1 m., 2 k.) przypadkach w 18—23. dniu; stanowiło zawsze zapowiedź ciężkiego duru brzusznego, a śmiertelnego w 10 przypadkach (6 m., 4 k.). W 2 przypadkach, zakończonych śmiercią, zaledwie stwierdzić można było zmiany anatomiczne na oponach mózgowych. U chłopca 19-letniego wykazała sekcya obrzęk zapalny opon mózgowych, a u kobiety 25-letniej, zmarłej wśród krwotoku jelitowego, oprócz silnego przekrwienia i obrzęku opon mózgowych liczne wybroczyny podoponowe, zwłaszcza w okolicy płatów czołowych; zresztą brak było zmian anatomicznych pomimo objawów klinicznych, przemawiających za życia za zapaleniem opon mózgowych *(meningotyphus)*, a stwierdzano tylko przekrwienie bierne. Należy podnieść, iż stężenie karku pojawiło się w 7 przypadkach w przebiegu zapalenia płuc i to u 6 chorych (2 m., 4 k.) w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego, a w jednym przypadku w przebiegu zapalenia płuc nieżytowego. Szczególnie ciężki obraz chorobowy co do przypadów mózgowych wydarzył się w 3 przypadkach (1 m., 2 k.) zapalenia płuc włóknikowego, ograniczonego do górnego płata płuca prawego. Na uwagę zasługuje przypadek, dotyczący 18-letniej dziewczyny, która została przyjęta na oddział z początkiem trzeciego tygodnia duru brzusznego wśród następujących objawów: *Opistotonus. Paralysis nervi facialis d. Tumor lienis insignis. Diarrhoe; Febris 40° C.*; odczyn Widala dodatni; brak pasorzytów zimniczych we krwi. Chora po 8 dniach była rekonwalescentką.

Odleżynę w przebiegu duru brzusznego zauważono w 36 przypadkach (12 m., 24 k.), t. j. 9,3%. Przeważnie występowała odleżyna między 20—25. dniem choroby; w 5 zaledwie przypadkach zauważono głęboką odleżynę między 8. a 12. dniem choroby (zakończyły się śmiertelnie). W 32 przypadkach (11 m., 21 k.) odleżyna ograniczała się do okolicy krzyżowej; w 3 przypadkach (3 k.) do okolicy kości krzyżowej i krętarza prawego, w jednym przypadku (1 m.) do kości krzyżowej i barku prawego. U chłopca 13-letniego wystąpiły mnogie odleżyny zgorzelinowe w okolicy obu łopatek, na kości krzyżowej, obu krętarzach, w dołku podgoleniowym i około kostek. Przypadek ten zakończył się śmiercią, a sekcya oprócz zmian powyższych, stwierdziła objawy ogólnej ropnicy i posocznicy *(septicopyaemia)*. Wogóle w przebiegu odleżyn bardzo głębokich w 8 przypadkach (3 m., 5 k.) nastąpiło zejście śmiertelne; zresztą wyzdrowienie.

Opryszczki na wargach *(herpes labialis)* spostrzegano w przebiegu duru brzusznego u 11 chorych (5 m., 6 k.), t. j. 3,1%. W 4 przypadkach (1 m., 3 k.) wystąpiły one w 7. dniu choroby; w 6 przypadkach (2 m., 4 k.) w 10. dniu choroby; w 2 przypadkach (2 m.) 14. i 15. dnia choroby. Pojawienie się opryszczek na wargach nie wpływało na rokowanie w durze brzusznym, zależne było od *genius epidemicus;* w żadnym przypadku we krwi chorych nie znaleziono pasorzytów zimniczych. U 3 chorych (1 m., 2 k.) nastąpiło zejście śmiertelne, i to u mężczyzny z powodu zapalenia płuc włóknikowego i zapalenia ropnego około chrząstki nalewkowej; u jednej kobiety z powodu posocznicy, a u drugiej kobiety (l. 48) z powodu świeżego zapalenia wsierdzia. Wogóle opryszczki należały do rzadkich zjawisk; natomiast dość często (8,5%) pojawiały się u chorych na dur brzuszny w początkach choroby kilkudniowe silne poty. Okoliczność ta niekiedy utrudniała rozpoznanie kliniczne duru brzusznego, jak n. p. u kobiety 18-letniej, u której poty przez dwa tygodnie się utrzymywały, a u której były zmiany nieżytowe w szczytach płuc. Dalsze spostrzeganie kliniczne stwierdziło dur brzuszny z odleżyną który trwał przez 41 dni wśród ciężkiego nasilenia i zakończył się zupełnem wyzdrowieniem.

Silny głód w 55,6% stanowił ważny objaw chorobowy w durze brzusznym.

Do rzadkich powikłań należały:

Zapalenie ropne ślinianki przyusznej u 5 chorych (2 m., 3 k.), t. j. 1,3%, między 21. a 30. dniem choroby. Wszystkie przypadki zakończyły się wyzdrowieniem; jedynie tylko u kobiety 23-letniej nastąpiła śmierć z powodu włóknikowego obustronnego zapalenia płuc w okresie oczyszczenia się wrzodów.

Zapalenie surowicze ślinianki przyusznej w jednym przypadku u mężczyzny w okresie ozdrowienia.

Zapalenie stawów (1,06%), t. j. w 3 przypadkach (1 m., 2 k.). α) Zapalenie stawu kolanowego prawego u kobiety 30-letniej obok zapalenia pęcherza i miedniczek nerkowych w 31. dniu choroby. β) Zapalenie stawu biodrowego prawego w 14. dniu zdrowienia po przebytym 42-dniowym durze u 13-letniego chłopca. Oba przypadki zakończyły się korzystnie po 10 i 12 dniach. Natomiast u kobiety 30-letniej, u której w 20. dniu choroby wystąpiło zapalenie ropne stawu łokciowego lewego nastąpiło w 6 dni później zejście śmiertelne wśród objawów zapalenia płuc opadowego i ropnego obustronnego zapalenia ucha środkowego.

Zapalenie gruczołów limfatycznych stwierdzono w 2 przypadkach (1 m., 1 k.), t. j. 0,8% w przebiegu zdrowienia i to u mężczyzny 25-letniego obrzęk obustronny gruczołów pachwinowych, a u kobiety 19-letniej po ciężkim 35-dniowym durze w 12. dniu zdrowienia obrzęk gruczołów szyjnych. W obu przypadkach sprawa chorobowa w przeciągu 10 dni ustąpiła.

Narząd wzrokowy w 3 przypadkach (2 m., 1 k.), t. j. 1,06% okazywał powikłania: A) Zapalenie miąższowe rogówki u kobiety 30-letniej, która zmarła w III. tygodniu choroby w okresie owrzodzeń głębokich w jelicie biodrowem i wśród ogniskowego obustronnego zapalenia płuc. B) Ropniak komórki przedniej oka prawego *(hypopyon oc. d.)* u mężczyzny 30-letniego w 22. dniu choroby. C) Ropniak woreczka łzowego *(empyaema sacci lacrymalis)* u kobiety 25-letniej w 12. dniu choroby. Dur trwał u niej 24 dni; w 16. dniu wystąpiły prócz tego objawy zapalenia opłucnej prawej, w 22. dniu odleżyna głęboka nad kością krzyżową, a w 16. dniu zdrowienia rozległy ropień na lewym pośladku.

Do rzadkich powikłań w durze brzusznym zaliczyć należy krwotoki. U 3 chorych (2 m., 1 k.) wystąpił w II. tygodniu choroby krwotok nosowy; u mężczyzny 36-letniego z naciekiem gruźliczym w płucu prawem w III. tygodniu duru wystąpił silny krwotok płucny (chory wyzdrowiał); u kobiety 29-letniej w 13. dniu choroby silny krwotok maciczny (w przypadku tym dur był lekki, trwał 13 dni, poczem po ośmiodniowej przerwie wystąpił nawrót 6-dniowy). Objawy choroby Werlhofa w postaci rozległych i licznych wybroczyn na skórze spostrzegano u dziewczyny 17-letniej na dwa dni przed śmiercią. Oględziny pośmiertne stwierdziły wrzody durowe w okresie oczyszczenia, obustronne zapalenie płuc, zmiany gruźlicze w szczycie lewym. W jednym przypadku u kobiety 23-letniej, która zmarła w III. tygodniu duru brzusznego, nastąpiło znaczne wynaczynienie pośród mięśni prostych brzucha i podotrzewne. *(Degeneratio cerea musculorum rectorum abdominis. Haemorrhagia intramuscularis et subperitonealis).*

Rumień na twarzy *(erythema)* wystąpił u kobiety 30-letniej w 15. dniu choroby; rak wodny *(noma)* na twarzy u kobiety 30-letniej w 20. dniu choroby; rozpoczął się plamką zielonawą na błonie śluzowej policzka lewego w kącie ust i rychło rozprzestrzenił się na skórze policzka lewego na wielkość guldena, wywołując zgorzel skóry. Przy oględzinach pośmiertnych stwierdzono oczyszczające się wrzody w jelicie biodrowem, zropienie gruczołów krezkowych, ropnie w płucach i rozpoczynające się ostre zapalenie nerek.

Zgorzel na powłokach brzusznych spostrzegano u nauczycielki 22-letniej w przebiegu bardzo ciężkiego duru brzusznego w 32. dniu choroby, w kilka dni po pojawieniu



się ostrego zapalenia zastawek aorty i dwukończystej, wśród gorączki 41,5° C. Zgorzel na powłokach brzusznych wystąpiła symetrycznie po obu stronach linii środkowej, a przypominała kształtem postać motyla, którego rozpiętość największa skrzydeł wynosiła w kierunku poprzecznym 12 cm, a w podłużnym 7 cm. Zrazu na miejscu zgorzeli wystąpiła martwica powierzchowna sucha skóry z podbiegnięciem krwawem w postaci plam sinawo-czerwonych, powoli brunatniejących; po kilkunastu dniach na miejscu zeschniętych brunatnych plam wytworzyła się miazga szarozielonkowata,

cuchnąca, sięgająca do tkanki podskórnej. Oddzielanie się części zgorzelinowej skóry trwało około 7 tygodni wśród stanu podgorączkowego. Powstawanie powyższej zgorzeli skóry, jakoteż i kształt jej, wskazywały na to, że przyczyną były zaburzenia w zakresie nerwów naczynioruchowych. Przypadek ten zakończył się zupełnem wyzdrowieniem.

Nawrót duru brzusznego wystąpił w 18 przypadkach (8 m., 10 k.), i to u 3 kobiet po durze przebytym poprzednio w domu, a zresztą w czasie spostrzegania klinicznego w szpitalu. Prawie zawsze jako przyczynę można było stwierdzić popełniony błąd dyetetyczny, t. j. spożycie pokarmów niedozwolonych. Nawrót pojawiał się w następstwie jużto lekkiego, jużto ciężkiego duru brzusznego, bywał lekki z wyjątkiem jednego przypadku, u kobiety 25-letniej. U chorej tej pomimo przebycia czterotygodniowego duru brzusznego wystąpił po przerwie ośmiodniowej nawrót 21-dniowy i zaznaczył się krwotokiem jelitowym, obustronnem zapaleniem ropnem ucha środkowego, zapaleniem opadowem płuc i odleżyną nad kością krzyżową. Chora wyzdrowiała. Nawrót duru brzusznego po 5 dniach spotykano w 2 przypadkach (2 k.): po 8 dniach w 6 przyp. (1 m., 5 k.), po 10 dniach w 7 przyp. (6 m., 1 k.), po 14 dniach w 2 przyp. (1 m., 1 k.), po 16 dniach w 1 przyp. (1 k.), a okres trwania nawrotu wynosił średnio około 5 dni, rzadko 10—13 dni, a wyjątkowo u 2 mężczyzn po 19 dni, a u kobiety 21-letniej dni 21. (Dok. nast.)

Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Resekcya kątnicy.

Zarys techniki operacyjnej.

Podał

Dr Z. Radliński.

(Ciąg dalszy.)

Przygotowanie chorego do zabiegu.

Chory, u którego postanowiono dokonać resekcyi kątnicy, powinien być do zabiegu odpowiednio przygotowany. Nie oznacza to jednak, byśmy chorego przez szereg dni przed zabiegiem mieli trzymać na ścisłej dyecie, jak to wielokrotnie doradzano i robiono. Przeciwnie chory dostaje aż do ostatniego dnia pożywne płynne i dające mało pozostałości pokarmy, aby utrzymać, lub nawet podnieść upośledzone siły, które przecież mają być wystawione przez operacyę na poważną próbę. Koniecznie trzeba opróżnić ile możności przewód pokarmowy przed zabiegiem. W tym celu podaje się choremu w ciągu 1—2 dni przed operacyą łagodne środki przeczyszczające, wynik przeczyszczenia może być jednak niedostateczny wskutek zwężeń często istniejących w jelicie. Dopomagamy przeczyszczeniu mechanicznie, wypłukując jelito grube zapomocą wysokich wlewań, po których na 1—2 godziny pozostawiamy w odbycie gruby sączek gumowy, aby umożliwić odpływ resztek wypłuczyn i gazów. Wlewanie robimy w przeddzień zabiegu i na kilka godzin przed zabiegiem.

Przy takiem postępowaniu operujemy wprawdzie czasem na jelitach niezupełnie opróżnionych, ale lepiej jest powierzyć pokonanie tej trudności odpowiedniej technice operacyjnej, niż operować na chorym wygłodzonym, który przez to wygłodzenie traci odporność na zabieg, dokonany nawet w możliwie idealnych warunkach co do opróżnienia jelit.

Niektórzy autorowie (Körte) doradzają podać w przeddzień operacyi i w sam dzień 2 razy po 1·0 azotanu bizmutu (*Bism. subnitr.*), co ma wywoływać skurczenie jelit i przez to stan ich dogodniejszy do zakładania szwu. Prof. Kader stosował również dawniej ten środek, zaniechał go jednak od lat 8 zupełnie wskutek niepewnego i niedostatecznego skutku w kierunku wymienionym, jak również ponieważ azotan bizmutu powoduje wielce niepożądane zaparcie stolca.

Unieruchomienia jelit przez podawanie makowca zarówno przed zabiegiem, jak i po nim nie uważa prof. Kader za właściwe. Korzyść, jaka stąd ma pochodzić, polega na zmniejszeniu ruchu jelit na czas zrastania się szwu. Znaczenie tego działania niweczy bębnica, powstająca po podawaniu makowca i zbijanie się kału; oba te czynniki są dla szwu jelitowego bardzo niepożądane i niebezpieczniejsze, niż prawidłowy ruch jelit. Natomiast zaleca prof. Kader podawanie przed zabiegiem środków sercowych (strofantus, digalen), które stosujemy i później w okresie pooperacyjnym. Podniecenie mięśnia sercowego ułatwi zniesienie urazu operacyjnego i może zapobiedz powikłaniom płucnym. W sam dzień zabiegu chory jest na czczo. O oczyszczeniu zewnętrznem chorego, myciu przedoperacyjnem, rozpisywać się nie będę. Zaznaczę, że wszystkie znane metody, byle sumiennie i świadomie przeprowadzone, są wystarczające, a właściwie równie niedostateczne. Na jeden szczegół, przeważnie mało uwzględniany, chciałbym zwrócić uwagę, mianowicie na żądanie, zasadniczo w klinice krakowskiej stawiane, by osoba, mająca myć chorego do zabiegu, przystępowała do czynności z rękami umytemi, jak do operacyi, i nie wcierała zanieczyszczenia swych rąk w skórę chorego.

Przed samym zabiegiem, po odsłonięciu z pod chust wyjałowionych pola operacyjnego, pomazujemy je zapomocą wyjałowionego kawałka gazy nalewką jodową, którą zaraz ścieramy; unikamy w ten sposób działania żrącego, a wyzyskujemy jej działanie odkażające w głąb gruczołów skórnych.

Za ważną i niepomyślną okoliczność należy uważać utratę ciepła, na którą chory jest narażony podczas zabiegu. Uwaga chirurgów zwróconą jest w tym kierunku oddawna, zbudowano nawet umyślnie ogrzewane stoły operacyjne. Częstokroć w życiu praktycznem spotykamy jednak niedostateczne liczenie się z tym czynnikiem. Długotrwałe oziębienie wywołuje niepotrzebnie wzmożoną czynność serca i jego znużenie, oraz zmniejszenie odporności narządów oddechowych wskutek naruszenia równowagi naczynioruchowej. W klinice krakowskiej zapobiega się temu przez odpowiednią (około 25°C.) ciepłotę powietrza w sali operacyjnej i przez ciepłe ubranie chorego (gruby flanelowy kaftan z szerokimi długimi rękawami i długie powyżej kolan sięgające flanelowe pończochy).

Znieczulenie.

Opiszę teraz pokrótce znieczulenie lędźwiowe. W szerszem ujęciu rozwój, technika i wyniki tego sposobu są tematem innej pracy z kliniki prof. Kadera.

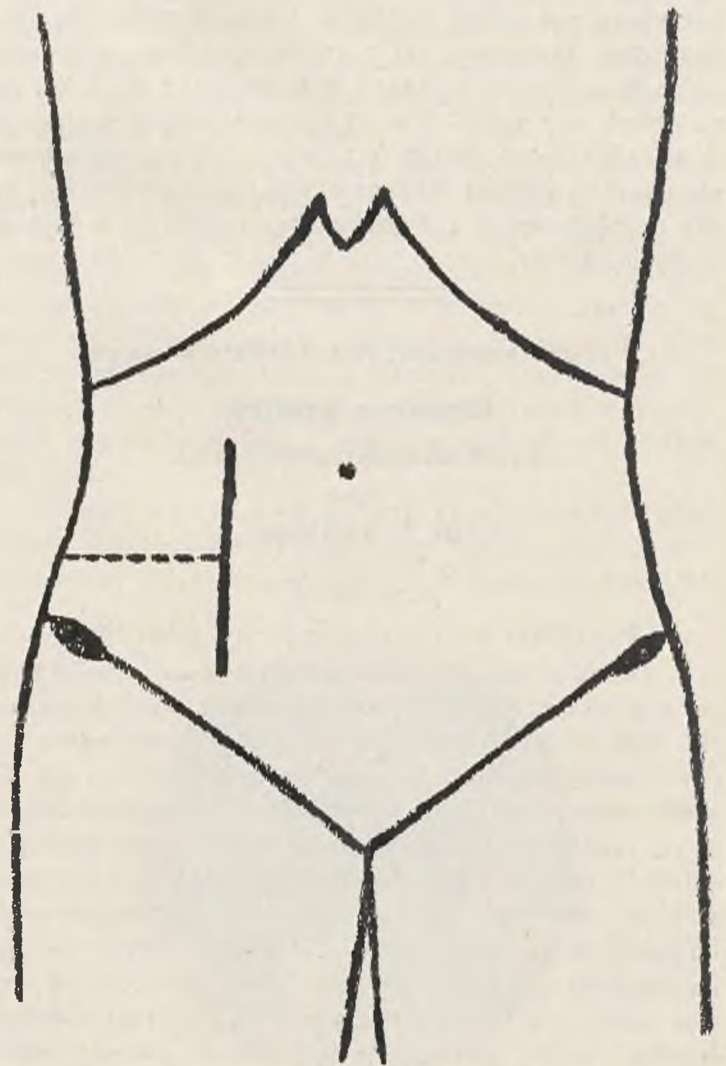
Do znieczulenia po próbach innych środków obecnie od szeregu lat używamy $2^0/_0$ rozczynu tropakokainy (chlorowodorek trop. Mercka), przygotowanego i wyjałowionego bezpośrednio przed użyciem. Przed zabiegiem 0·5 gr. tropakokainy wsypuje się do wyjałowionego szklanego naczyńka z podziałką centymetrową i rozpuszcza w 30 ctm.^{3} wody przekroplonej, poczem się rozczyn wygotowuje aż do pozostania 25 ctm.^{3}, i chłodzi zabezpieczony od kurzu. Strzykawki używamy o pojemności 10 ctm.^{3} z tłokiem durytowym; igły długości 10—11 ctm. niezbyt grubej (cieńszej od trójgrańca lędźwiowego Kröniga), o ostrzu krótko ściętem. Mocne i pewne trzymanie się igły na strzykawce zapewnia zamknięcie bagnetowe.

Choremu w postawie, o ile to możliwe, siedzącej z wypuklonym ku tyłowi grzbietem (»grzbiet kota siedzącego«) wkłuwa się samą igłę (jej drożność sprawdzić!) w linii ściśle środkowej między wyrostki kolczaste kręgów, najczęściej między 1—2 lub 2—3 kręgiem lędźwiowym.

Nakłucie powiodło się, o ile z igły zaczyna kroplami lub cienkim strumykiem wypływać czysty płyn mózgowordzeniowy. Wypuściwszy mniej więcej tyle płynu, ile zamierzamy wstrzyknąć rozczynu tropakokainy, przystawiamy uprzednio napełnioną strzykawkę, umocowujemy w zamku bagnetowym i powoli naciskamy tłok; samo wstrzykiwanie trwa 3—4 sekundy. Średnio zastrzykuje się 5 ctm.^{3}, t. j. 0,10 tropakokainy [nie mniej, niż 3,5 ctm.^{3} (0,07) i nie więcej naraz, niż 7,5 ctm. (0,15)]; po wstrzyknięciu wyjmuje się powoli igłę wraz ze strzykawką i opatruje rankę gazą i przylepcem. Po ułożeniu chorego na stole ustawia się stół w silnem pochyleniu głową ku dołowi (Kader). Mniej więcej po 2—3 minutach już jest znieczulenie wystarczające. Trwa ono około godziny, rzadko mniej, a często do $1^1/_2$—2, a więc dość długo dla wielkiego zabiegu. Gdyby przed końcem zabiegu znieczulenie zaczęło znikać, podtrzymuje je prof. Kader na krótki czas wstrzyknięciem podskórnem morfiny (0,015—0,02); za normę uważa jednak prof. Kader ponowienie nakłucia lędźwiowego (tym razem u chorego leżącego na boku); dawka powtórna tropakokainy wynosi 2,5—3,5 ctm.^{3} (0,05—0,07). Niema chyba zabiegu, któregoby po takiem ponownem zastrzyknięciu nie można dokończyć. Spostrzegane czasem osłabienie tętna w czasie znieczulenia skutecznie i niemal swoiście zwalcza, jak na to prof. Kader niejednokrotnie zwracał uwagę, wstrzyknięcie podskórne olejku kamforowego $25^0/_0$ *(ol. amygdal. dulc. 100·0, camphorae tritae 25,0)* w ilości 1—2 ctm.^{3}. Wogóle czynność serca i oddychanie trzeba nadzorować ściśle. Spostrzegaliśmy przemijający niedowład mięśni oddechowych, łatwo ustępujący pod wpływem biernych ruchów oddechowych. Dziwnie mało groźnie wygląda ten rodzaj bądź co bądź zamartwicy; występuje on powoli i stopniowo, w krótkim czasie przemija. Chory przez cały czas takiego zajścia wygląda dobrze, źrenice oddziaływają, utrzymuje się odruch rogówkowy i wogóle obraz swą łagodnością zupełnie nie przypomina zamartwicy pochodzenia ośrodkowego przy chloroformie, występującej nagle i groźnie.

Operacya.

Pomimo, iż zabiegu mamy dokonać w tej samej okolicy, do której tak często obecnie chirurg wkracza dla usunięcia wyrostka robaczkowego, nie możemy dla cięcia operacyjnego przy resekcyi kątnicy korzystać z wypracowanych dla wycięcia wyrostka ulepszeń i uzyskanych doświadczeń. Dla usunięcia wyrostka robaczkowego wystarcza w ogromnej większości przypadków cięcie bardzo małe, które dopiero w razie konieczności i szczególnie trudnych warunków w miarę potrzeby powiększamy; prócz tego jest to zabieg, zwłaszcza o ile dokonywany »na zimno«, takiego rodzaju, że musimy dążyć do tego, aby choremu nie pozostały po nim żadne niepomyślne lub choćby nieprzyjemne następstwa. I rzeczywiście przy cięciu do wycięcia wyrostka nauczyliśmy się zapobiegać powstawaniu następowych przepuklin brzusznych, zwiotczeniu i wydęciu ściany brzusznej przez zanik mięśni po przecięciu nerwów, uwzględniamy nawet stronę kosmetyczną. Byłoby błędem ze strony spółczesnego chirurga, gdyby przy wycinaniu wyrostka »na zimno«, zabiegu, z natury rzeczy zapobiegawczym, a nie objawowym, przecinał warstwy mięsne brzucha i zdobyczy technicznych w tej dziedzinie nie uwzględniał.



Rysunek 1.

Inaczej zupełnie stoi sprawa z cięciem do usunięcia kątnicy. Tu mamy przed sobą sprawę ciężką przez się, musimy mieć zupełnie dobry dostęp do okolic objętych zmianami i leżących głęboko, i nie możemy się liczyć z przytoczonymi względami. Nie mam tu zamiaru ustalać pewnego typu cięcia do resekcyi kątnicy; sądzę, że w każdym przypadku najlepszem będzie to cięcie, które uwzględniając warunki osobnicze da jednocześnie dobry, zupełnie wygodny dostęp. Mimoto opiszę typ cięcia, stoso-

wanego przez prof. Kadera w klinice krakowskiej, który w znacznej ilości przypadków bywa odpowiedni. Jest to cięcie, którego ramię pionowe przebiega wzdłuż zewnętrznego brzegu prawego mięśnia prostego brzucha *(inc. pararectalis)*, ramię zaś poziome, dodawane w razie potrzeby, idzie ku zewnątrz od pionowego mniej więcej w środku rzutowej pionowej odległości między pępkiem a kolcem przednim górnym kości biodrowej. Ramię pionowe tego cięcia oszczędza mięśnie brzuszne, a jednocześnie daje prędki dostęp do wolnej jamy brzusznej już na poziomie guza lub cokolwiek wyżej lub niżej i ułatwia stamtąd oryentowanie się. Dodane cięcie poziome udostępnia okolice kątnicy w sposób bardzo wygodny (rys. 1). O ile na ścianie brzusznej są przetoki, cięcie pionowe przeważnie przypadnie ku wewnątrz od nich i pozwoli otworzyć wolną jamę brzuszną, zoryentować się w niej i zabezpieczyć ją odgrodzeniem w warunkach bezgnilnych; potem możemy już mniej się liczyć z niezbędnem nieraz zakażeniem rąk przy wyosobnianiu guza w obrębie cięcia poziomego. Chcę tu zwrócić uwagę na jedną okoliczność, przeważnie mało uwzględnianą, a związaną ściśle z cięciem ściany brzusznej w tej okolicy. Powyżej wspomniałem o zakrzepach w żyłach biodrowych, powstających po zabiegach w dole biodrowym i wynikających stąd zatorach płucnych. Witzel zwrócił uwagę, że zakrzepy takie mogą przenosić się nawet na żyłę biodrową lewą i że jego zdaniem przyczyny należy szukać w uszkodzeniu i podwiązaniu »en masse« pęczka naczyniowego nabrzusznego dolnego *(vasa epigastr. infer.)*. Wobec tego doradza on unikać uszkodzenia wspomnianego pęczka, a więc dolny koniec cięcia brzusznego prowadzić na zewnątrz od naczyń, a w razie częściowego uszkodzenia nie chwytać całego pęczka w podwiązkę, ale wyosobnić i podwiązać tylko naczynie uszkodzone. (C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Hesse. **O powikłaniach po znieczuleniu lędźwiowem.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 37). Obecnie w sanatoryum Heilego w Wiesbadenie stosuje się do znieczulania lędźwiowego tropakokainę. Jeżeli płynu mózgowordzeniowego mało się wydobywa, lub gdy zmieszany jest on z krwią, wtedy nie wykonuje się wstrzyknięcia. Na 60 przypadków spostrzegano raz silny zapad, dwa razy poważne następowe powikłania, 7 razy mniejsze. Dwa razy znieczulenie było niezupełne. Co do działań ubocznych, to dwa razy spostrzegano wpływ na serce i oddech. Z innych ujemnych wpływów wspomnieć należy o uporczywych bólach głowy, trwających do 2 tygodni i o wymiotach. Bardzo poważnemi są wreszcie powikłania w zakresie układu nerwowego. W przypadku autora wystąpiła po znieczuleniu silna bolesność nerwu potylicznego wielkiego, usznego wielkiego, splotu barkowego obustronnie, nerwu promieniowego, dalej bóle splotu krzyżowego i nerwu kulszowego po obu stronach. Z czasem pojawiły się w rękach zmiany czucia, upośledzenie bólu, czucie podwójne, objawy, przypominające trochę wiąd rdzenia, t. j. zajęcie tylnych korzeni. Chora operowana z powodu kamieni żółciowych opuściła zakład z dolegliwościami nerwowemi, stale się utrzymującemi. Wstrzykiwano 0,05 tropakokainy przy opasce Biera celem wywołania zastoiny na głowie. Obecnie wstrzykują 0,1 tropakokainy bez wyciągania płynu mózgowo-rdzeniowego i nie używają po wstrzyknięciu położenia głową w dół. Znieczulenie trwa zato do 2 godzin. Wspomniane powikłania pouczają, jak ostrożnie jeszcze należy stosować znieczulenie lędźwiowe. Nie należy go nigdy stosować u ludzi nerwowych. Może przyszłość da nam jaki mniej trująco działający środek do znieczulania, niż znane dotąd. *Klęsk.*

Offergeld. **Powikłania płucne po znieczuleniu eterowem.** (*Arch. f. klin. Chir.* 83, II). Na podstawie doświadczeń na psach dochodzi O. do wniosku, że najmniej szkodliwe jest uśpienie kroplami, i że płuca daleko lepiej znoszą ten rodzaj uśpienia przy dostępie zwykłego powietrza atmosferycznego o dobrym przewiewie, aniżeli przy użyciu mieszaniny z O zapomocą różnych przyrządów. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Kast i Meltzer. **Wrażliwość czuciowa narządów jamy brzusznej i wpływ wstrzyknięć kokainy na nią.** (*Berliner klin. Wochs.* 1907, 19). Chirurdzy, opierając się na laparotomiach, wykonanych w znieczuleniu Schleicha, twierdzą, że jelita są zupełnie niewrażliwe na ból, że można je krajać, rwać, przypalać, nie sprawiając bólu choremu. A przecież istnieją bóle przy zapaleniu otrzewnej, wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego itd. Lennander sądzi, że żołądek, jelita, sieć, krezka, śledziona, wątroba, pęcherzyk żółciowy, nerki, pęcherz i macica są na ból, a także i na inne uczucia niewrażliwe, jedynie tylko otrzewna ścienna jest wrażliwa na ból. Inni znów podają, iż narządy dotknięte zapaleniem są także niebolesne. Wychodząc ze swego stanowiska, uważa Lennander za przyczynę bólów, powstających nie przy operacyi, otrzewnę ścienną, albo nerwy rdzeniowe, zaopatrujące dolną część brzucha lub może dolną powierzchnię przepony. Tę sprzeczność między bolesnością jelit poza operacyą i niebolesnością wśród operacyi starali się K. i M. wyjaśnić zapomocą doświadczeń na psach i kotach, którym w uśpieniu otwierali jamę brzuszną i przekonali się, że po obudzeniu się zwierzęcia powierzchnia przewodu pokarmowego była bardzo bolesna, przy użyciu zaś znieczulenia sposobem Schleicha uczucie bólu na jelitach znikało. Bezbolesność ta trwała pół godziny i obejmowała także otrzewnę ścienną. Ten wpływ znieczulający odnieść należy do kokainy, która nie działa miejscowo, lecz ogólnie, gdyż znieczulenie jelit występowało także, jeśli roztwór kokainy n. p. w ilości 0,03, wstrzykiwano do kończyny górnej lub dolnej. Na zasadzie tych doświadczeń dochodzą autorowie do następujących wniosków: Utrzymuje się dotychczas zapatrywanie, że narządy jamy brzusznej tak prawidłowe, jak i dotknięte zapaleniem, są zgoła niebolesne. Doświadczenia na zwierzętach dowiodły, że narządy jamy brzusznej są bolesne, i to bardziej jeszcze w stanie zapalnym. Doświadczenia te pouczyły także, że podskórne lub śródmięśniowe wstrzyknięcie stosunkowo małej dawki kokainy może zupełnie usunąć wrażliwość narządów jamy brzusznej na ból. Wobec tego należy przypuścić, że znieczulenie narządów jamy brzusznej, stwierdzane przez chirurgów, ma swą przyczynę w kokainie. K. i M. stwierdzili także, że wstrzyknięcie nieznacznej ilości kokainy wywiera uspokajający wpływ na stan rozdrażnienia uśpionego i operowanego zwierzęcia. Te świeżo odkryte właściwości kokainy mogą mieć także niepoślednie znaczenie dla praktycznego lecznictwa. *B. Żmigród* (Rymanów).

Schütte. **Praktyczne doświadczenia z nowym, gotowym do użycia, stale jałowym materyałem do szycia.** (*Intern. med. Rev.* 1907, Nr 2). S. uważa katgut i jedwab, wyjaławiany i przechowywany sposobem Karewskiego, za najlepszy i najpraktyczniejszy. Wyjaławianie odbywa się bez pomocy środków odkażających i bez dotykania rękami. Nitki, umieszczone w rurce szklanej, z obu stron otwartej, wystawia się przez $1/2$ godziny na działanie pary 70 prc. wyskoku, poczem się rurkę zatapia, wypełniając ją przytem wyskokiem bezwodnym w próżni z dodatkiem 1—3 prc. gliceryny. Potem gotuje się rurki 2 godziny w kociołku przy 103° C. Rurki po częściowem użyciu przechowywać można dalej w wyskoku. Próby S. z tym materyałem do szycia wypadły nadzwyczaj dobrze. *Klęsk.*

Leischner. **Przeszczepianie ciałek nabłonkowych i praktyczne znaczenie jego w chirurgii.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 84, Z. 1). Podobnie, jak Eiselsbergowi, powiodło się i autorowi przeszczepiać ciałka nabłonkowe z zachowaniem ich czynności, i to nietylko u tego samego zwierzęcia, ale i z drugiego zwierzęcia tego samego gatunku. Sprawa ta ze względu na ścisły związek wspomnianych ciałek z pooperacyjną tężyczką, jest bardzo ważna dla chirurgów. *Klęsk.*

Stich. **W sprawie przeszczepiania narządów zapomocą szwu naczyń.** (*Arch. f. klin. Chir.* 83, II). Autor przeszczepił u psa nerkę na szyję i uzyskał zupełnie dobre wygojenie się przy utrzymaniu prawidłowej czynności narządu. Po pewnym czasie wystąpiło zapalenie miedniczki i nerki i zwierzę zginęło. W drugim przypadku przeszczepił S. nerkę na naczynia biodrowe i uzyskał również prawidłowe wgojenie się, zwierzę jednak po dłuższej chorobie zginęło na zapalenie ropne otrzewnej.

Podobnie przyjął się kawałek gruczołu tarczowego, przeszczepiony na tętnicę szyjną. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Lexer. **Idealna operacya tętniaków tętniczych i tętniczo-żylnych.** (*Arch. f. klin. Chir.* 83, II). Przy operacyi tętnicy i żyły podkolanowej usunął autor kawałek naczynia, długości około 5 ctm., następnie przy użyciu pierścieni magnezowych sposobem Payera, zeszył okrężnie naczynia, poczem celem zbliżenia odcinków ustalił kończynę w zgięciu. Przebieg gojenia prawidłowy, po 2 miesiącach ruchomość w stanie kolanowym prawidłowa, krążenie i tętno na goleni zupełnie prawidłowe. Po roku tętno słabnie, prawdopodobnie skutkiem ucisku naczyń przez kurczącą się bliznę. W drugim przypadku tętniaka tętnicy pachowej u mężczyzny w podeszłym wieku, usunąwszy naczynie na długości 3 ctm. i nie mogąc zbliżyć ku sobie końców z powodu miażdżycy i kruchości tętnicy, przeszczepił L. kawałek żyły odpiszczelowej, łącząc naczynia zapomocą zwykłego szwu okrężnego. Po zabiegu krążenie w ręce prawidłowe, na 5. dzień chory zmarł z obłędu pijackiego, przyczem na krótko przed śmiercią stwierdzono osłabienie tętna na ręce operowanej. Przy sekcyi znaleziono przeszczepiony kawałek żyły zupełnie prawidłowy, bez skrzepów i nierozszerzony, natomiast w dośrodkowym odcinku tętnicy w miejscu, gdzie przy operacyi leżał zacisk, znaleziono skrzep, wypełniający do połowy światło naczynia, powstały na schyłku życia. Ze szwów naczyniowych najlepszym jest szew boczny, po odcięciach zaś naczyń i przy wszczepianiu szew okrężny. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Bier. **Wpływ wstrzykiwań innogatunkowej krwi na nowotwory złośliwe.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 29). U dwóch mężczyzn przy raku, nie nadającym się do operacyi, wstrzykiwał B. krew odwłóknioną świni i stwierdził wybitne działanie zapalnotwórcze, które można było dowolnie potęgować, stosując mniejszą lub większą ilość krwi. W jednym z tych przypadków stwierdził B. następnie oprócz zaniku komórek rakowych, silny naciek drobnokomórkowy i rozległe bujanie tkanki łącznej, w drugim zaś rozległy i szybki rozpad ognisk rakowych. W 3 przypadkach przerostu sterczu stało się oddawanie moczu po wstrzykiwaniach krwi świńskiej łatwiejsze. Dr Sticker na klinice B. przeprowadza obecnie doświadczenia nad wpływem krwi innogatunkowej na przeszczepione mięsaki u psów.
Dr Kasprzyk (Berlin).

Ritter. **Leczenie nowotworów, nie nadających się do operacyi, sztucznem przekrwieniem.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 43). Zapomocą stosowania ssawek na nowotwory nie nadające się do operacyi, otrzymać miał R. w wielu przypadkach raka wybitną poprawę, polegającą na wyraźnem zmniejszeniu się nowotworu, a w 2 przypadkach drobnowidowo stwierdzonego mięsaka u młodych osobników, rzekomo zupełne zniknięcie nowotworu. *Klęsk.*

Haeberlin. **Leczenie ran pokrywających się ziarniną.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 42). H. poleca wystawiać rany, pokrywające się ziarniną, na działanie prostopadłych promieni słonecznych, co gojenie znacznie ma przyśpieszać. *Klęsk.*

Becker. **O leczeniu fibrolizyną.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 43). B. stosował fibrolizynę w 5 przypadkach. W jednym, (przykurczenie palców Dupuytrena) osiągnął po 19 wstrzyknięciach zupełnie dobry wynik, mimo, że sprawa była daleko posunięta. Wstrzykiwał w pośladki. W drugim lżejszym przypadku podobnego cierpienia już po 8 wstrzykiwaniach skutek był pomyślny. Bardzo dobry wynik miał też B. przy zesztywnieniu kolana po urazie, trwającem już 6 lat (7 wstrzykiwań). Fibrolizyna nadaje się też dobrze do leczenia następowego po ranach celem zapobieżenia tworzeniu się przykurczających blizn. Natomiast nie działa ona zupełnie przy zniekształtniającem zapaleniu stawów. Powikłań nie ma żadnych; czasem po dłuższem stosowaniu występuje tylko uczucie znużenia. *Klęsk.*

Roeder. **Wycięcie wielkich pni nerwowych bez objawów porażenia.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 41). Zeszłego roku ogłosił Goldmann pracę, w której omawia dziwny fakt, że czasem po wycięciu kawałka pnia nerwowego w jego ciągłości nie występują porażenia. R. przytacza przypadek, w którym nowotwory, pojawiające się kolejno w różnych nerwach, trzeba było usuwać wraz z kawałkami nerwów. W ten sposób usunięto część nerwu łokciowego, udowego i dodatkowego. Po operacyach pojawiały się chwilowe niedomogi mięśni uda i goleni, oraz mięśnia kapturowego, ale porażenie nie wystąpiło wcale. Ten brak tłómaczy Goldmann tem, że w tych przypadkach są nowotwory cierpieniem wrodzonem, przy którem wytworzyły się chyba jakieś uboczne drogi nerwowe. *Klęsk.*

Prof. Tillmans. **Ogólne leczenie złamań kości.** (*Deutsche med. Wochs.* 1902, Nr 42). W leczeniu złamań wielką rolę odgrywa pierwsza pomoc, a raczej pierwszy opatrunek, założony przez otoczenie rannego. Złamania niepowikłane powinno się o ile możności leczyć przy kontroli zapomocą promieni Röntgena. Niepowikłane złamania wyjątkowo wymagają zabiegu operacyjnego, a mianowicie bądź z powodu swego usadowienia (rzepka, łokieć, złamania przystawowe), bądź z powodu wtłoczenia się między odłamki części miękkich. Przy złamaniach powikłanych powinno się o ile możności unikać szerokich nacięć i tamponady, i w razie braku wybitnego zakażenia zakładać opatrunek ustalający jak najrychlej. Zeszyte odłamki kostne zrastają się wolniej, niż nieszyte. Przy złamaniu powikłanem nie należy też za skrupulatnie odkażać skóry, wystarcza odczyszczenie benzyną. Nigdy nie należy leczyć złamania w jednym opatrunku, lecz trzeba go zmieniać. Postępem w leczeniu złamań są wyciągi i ustalające przyrządy do chodzenia. Przy strzaskaniu kości usuwać należy tylko odłączone kawałki kości, zresztą należy postępować nawet w bardzo ciężkich przypadkach zachowawczo. Odjęcie kończyny z powodu złamania w obecnych czasach należeć powinno do wyjątków. Przy powikłanem złamaniu śródstawowem wycięcie stawu należy robić pierwotnie przy silnem zmiażdżeniu lub następowo w razie zakażenia, grożącego życiu. Złamania czaszki zwykle goją się bez zabiegu, nie ma więc potrzeby wykonywać go, o ile nie zmusi nas do niego jakiś ważny powód; podobnie złamania kręgosłupa i miednicy Postrzały kości leczyć należy o ile możności zachowawczo i kul nie szukać. Stawy wrzekome leczy się tarciem, zastoiną Biera, wstrzykiwaniem surowicy krwi, elektrolizą, ostatecznie operacyjnie. Ubytki w kościach wypełnić można kośćmi sąsiedniemi, kośćmi obcemi lub plombą jodoformową Mosetiga. *Klęsk.*

Baum. **Złamania kości w wiądzie rdzenia i ich etyologiczne stanowisko.** (*Deutsche Zeitschrift f. Chir.* T. 89, Z. 1—4). Z różnych teoryi, starających się tłómaczyć złamania kości w wiądzie rdzenia, najlepszą jest jeszcze teorya Volkmanna, tłómacząca te uszkodzenia mechanicznie, osłabieniem napięcia mięśni, utratą zmysłu mięśniowego i czucia kostnego, a przez to brakiem poczucia stosownego używania i napinania mięśni w razie urazu. Dawniej przypuszczano, że o ile kości w wiądzie rdzenia są słabe i łatwo się łamią, o tyle też nadzwyczaj trudno się goją. Tak jednak nie jest; wiemy obecnie, że przy wiądzie rdzenia zrost kostny jest zupełnie prawidłowy, w razie złamania powinniśmy leczyć chorego podług wszelkich zasad nowoczesnej chirurgii, a spodziewać się wtedy możemy zupełnie dobrego wyniku leczniczego. *Klęsk.*

Schaffer. **Klepanie jako środek leczenia stawów wrzekomych.** (*Deutsche mediz. Wochs.* 1907, Nr 41). Autor poleca bardzo silne klepanie łokciową stroną jednej lub obu dłoni celem leczenia stawów wrzekomych po złamaniach kości. W dwóch przypadkach uzyskał S. w ten sposób znakomite wyniki i uchronił chorych od zamierzonej operacyi. *Klęsk.*

Böcker. **O zwichnięciu porażnem stawu biodrowego, jego powstawaniu i leczeniu.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 28—29). Na zasadzie 4 własnych przypadków i piśmiennictwa, dochodzi B. do następujących wniosków: Zwichnięcie porażne stawu biodrowego może wystąpić po porażeniu w wieku dziecięcym, gdy jedna grupa mięśni jest zachowana, a występuje wskutek przykurczeń mięśni przeciwnie działających, ustalających kończynę w kierunku swego działania; natomiast ciężar i obciążenie kończyny odgrywają tylko podrzędną rolę (teorya antagonistyczno-mechaniczna Seeligmüllera). Zwichnięcia ku tyłowi występują o wiele częściej, niż sądzono dotąd, bo prawie równie często, jak i ku przodowi. Ku przodowi powstają najczęściej tylko nadwichnięcia, lub stawy wrzekome. Przesunięcia ku przodowi, o słabem przykurczeniu, leczyć należy ortopedycznie po zastosowaniu odprowadzenia; przy znaczniejszych zaś przykurczeniach wskazane jest jedynie otwarte przecięcie odpowiednich mięśni i opatrunek gipsowy w silnem wyprostowaniu i przywiedzeniu kończyny. Przy zwichnięciach w innych kierunkach stosować należy przecięcie ścięgna i odprowadzenie bezkrwawe Schulzego w przypadkach świeżych, w starszych natomiast krwawe odprowadzenie (według Karewskiego). Przy zastosowaniu równoczesnem i innych zabiegów na kończynie, dalsze leczenie polegać będzie na stosowaniu sposobów wzmacniających mięśnie i na użyciu odpowiednich przyrządów przez dłuższy lub krótszy czas. *Kasprzyk* (Berlin).

Kudlek. **Przyczynek do patologii i fizyologii rzepki.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 88, Z. 1—3). K. usunął w jednym przypadku rzepkę z powodu mięsaka. Uważał, by nie na-

ruszyć bocznych więzadeł. Powstały ubytek zeszył w ten sposób, że przyciągnął do siebie szwami boczne więzadła mięśnia czworogłowego. Chory wyzdrowiał szybko, a w trzy miesiące mógł już swobodnie bez żadnych dolegliwości i ograniczeń używać kolana. Okoliczność ta zachęca autora do dalszych prób w tym kierunku. Jest widoczną rzeczą, że i bez rzepki zupełnie dobrze obejść się można, należy jednak operować tak, jak to K. radzi. Usunięcie rzepki może znaleźć zastosowanie lecznicze przy gruźlicy i przy przyrośnięciu rzepki do kłykci udowych wskutek wiewiórowego zapalenia stawu kolanowego. *Klęsk.*

Haecker. **Kliniczny i anatomiczny przyczynek do sprawy obustronnego pęknięcia ścięgna mięśnia czworogłowego tuż przy górnym brzegu rzepki.** *(Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 45). Pęknięcia mięśnia czworogłowego wydarzają się przeważnie obustronnie w warunkach podobnych, jak i pęknięcie rzepki, t. j. gdy ktoś upadając w tył, stara się całą siłą utrzymać w równowadze, zwłaszcza przy ustalonych stopach. Dlaczego raz pęka rzepka, a drugim razem więzadła lub ścięgno, niewiadomo. Dotąd opisano 19 przypadków obustronnego pęknięcia ścięgien. Przypadek autora jest z tego względu ciekawy, że pęknięcie nastąpiło najpierw po stronie lewej, a w kilka chwil, gdy chory po raz drugi upadł na ziemię, po prawej. — Rozpoznanie jest łatwe. W razie przerwania zupełnego, górny brzeg rzepki odstaje wyraźnie, ponad nim zaś widać lub wymacać można zagłębienie. Czynne wyprostowanie kolana zgiętego jest niemożebne. Leczenie polega na zeszyciu ścięgna. — Przypadek autora, operowany przez prof. Friedricha, zakończył się śmiercią w 12 dni po operacyi z powodu zatoru tętnicy płucnej. Drobnowidowe badanie ścięgien nie wykazało żadnych zmian, któreby tłómaczyły, dlaczego pękły ścięgna, a nie więzadła, lub rzepka. *Klęsk.*

Karewski. **W sprawie leczenia pęknięcia mięśnia czworogłowego uda.** *(Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 28). Nie mogąc u pewnego chorego wykonać zeszycia przerwanych mięśni, prostego i obydwóch bocznych, z powodu wystąpienia zapalenia płuc, zastosował K. leczenie zachowawcze, polegające na zbliżeniu przerwanego mięśnia i rzepki przy pomocy przylepców. Dwa systemy przeplatających się skrawków przylepca, jeden na udzie, drugi w okolicy rzepki, którą ochraniała od odleżyny podłożona wata, ściągał K. stopniowo pętlami gumowemi, przewleczonemi przez otwory w wolnych końcach poszczególnych pasków przylepca. Po 2 miesiącach nastąpił zupełny zrost przez silną bliznę i czynności prawidłowe. Dowodzi to, że i ten sposób, już zarzucony i potępiony, przy umiejętnem zastosowaniu wiedzie do doskonałego wyniku. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Bommes. **Zwichnięcia w stawie Lisfranca.** *(Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 44). Zwichnięcia w stawie Lisfranca (*tarsometatars.*) należą do rzadkości z powodu budowy anatomicznej. Opisano ich 34; B. dodaje jeszcze jedno. Najczęstsze są zwichnięcia ku górze. Powstają często przy skoku z wysokości na palce. Rzadziej występują zwichnięcia ku tyłowi. Zwichnięcia boczne łączą się zwykle ze złamaniem drugiej kości śródstopia. — B. spostrzegał boczne zewnętrzne zwichnięcie ze złamaniem trzeciej kości śródstopia. Odprowadzenie zwichnięcia zwykle łatwo się udaje. W razie przeciwnym leczyć należy ortopedycznie. *Klęsk.*

Kofmann. **Łatwa operacya porażnej stopy szpotawej.** *(Zeitschr. f. orthop. Chir.* XVIII. 1 i 2). Zewnętrzną połowę rozszczepionego ścięgna Achillesa aż do brzuśca odcina K. od guza kości piętowej, przeprowadza podskórnie po zewnętrznej stronie obok kostki zewnętrznej, następnie pętlą, utworzoną z rozszczepionego końca, obejmuje mięsień prostujący wspólny i palucha poniżej więzadła krzyżowego. Mięsień prostujący wspólny skraca silnie szwem fałdowym, m. prostujący palucha zaś tylko w słabym stopniu, nakoniec celem nadania nowoutworzonemu ścięgnu należytego przebiegu, przymocowuje je dwoma szwami powyżej więzadła krzyżowego do m. prostującego wspólnego. Pozostałą połowę ścięgna Achillesa przedłuża w miarę potrzeby sposobem Bayera. *Kasprzyk* (Berlin).

Aberle. **Wybór odpowiedniej pory do poprawy skrzywień krzywiczych.** (*79. Zjazd niem. lek. i przyr. w Dreznie.* Wrzesień, 1907). A. w leczeniu skrzywień krzywiczych, trzyma się następujących zasad: 1) wyczekuje, aż przejdzie właściwy rozwój choroby, t. j. mniej więcej do czwartego roku życia; 2) w razie braku powikłań pozostawia skrzywienie samowyleczeniu nawet u starszych dzieci; 3) przystępuje do zabiegu wtedy, gdy skrzywienie zamiast zmniejszać się, powiększa się stale, lub gdy występują prócz skrzywienia głównego, silne skrzywienia wyrównawcze w przeciwną stronę; 4) w przypadkach ciężkich najlepszym sposobem operowania jest podskórne przecięcie kości z następowemi zaginaniami. *Klęsk.*

Chlumsky. **Przyczynek do pochodzenia i leczenia bocznych skrzywień kręgosłupa.** *(Zeitschr. f. orthop. Chir.* 18, 1—2). Z 500 przypadków, spostrzeganych przez siebie w ostatnich czasach, jedynie w niespełna 80 mógł Ch. wykazać jako przyczynę czynniki nawykowe różnego rodzaju, natomiast w większej części przypadków, i to właśnie u dzieci, gdzie czynniki te nie wchodzą w rachubę, napotykał najcięższe postacie skrzywień kręgosłupa. W 200 blizko przypadkach i to w bardzo młodym wieku, stwierdził Ch. skrzywienie pojedyncze zwykle w stronę lewą, w reszcie przypadków, i to zwykle po 10. roku życia, skrzywienia złożone, w równym mniej więcej stosunku na obydwie strony. Te spostrzeżenia przemawiają za pierwotnie jednostronnem występowaniem skrzywień i to jeszcze przed okresem szkolnym. U bardzo wielu chorych stwierdził Ch. dziedziczność utrzymującą się przez kilka pokoleń, pojawianie się tych samych postaci skrzywienia u członków jednej rodziny, nadto prawie u wszystkich różnego rodzaju zmiany dziedziczne i zaburzenia, czy to fizyczne, czy psychiczne, jak różne psychozy, choroby ogólne, pijaństwo, życie niehigieniczne (żydzi), co przemawia za tem, że skrzywienia kręgosłupa boczne są objawem ogólnego schorzenia ustroju i że większość dzieci przynosi ze sobą na świat skrzywienie, jako »*vitium primae formationis*«. Oprócz zaburzeń i nieprawidłowości psychicznych, zwraca Ch. uwagę na występujące bardzo często pewne nieprawidłowości w budowie kośćca, jak nierówności kończyn dolnych (zwykle lewa dłuższa), nierówne ustawienie kolców górnych przednich, stopa płaska, szpotawa, koszlawa, kolano szpotawe, koszlawe, różne ustawienie krętarzy, wskazujące na nierówny rozwój szyjki uda, panewki i miednicy. Wszystkie te objawy z wiekiem, t. j. z postępem rozwoju kośćca, uwydatniają się wyraźniej. We wszystkich tych przypadkach zwraca uwagę stosunkowo nieznaczne skręcenie kręgosłupa, mimo znacznego wygięcia, inne natomiast formy wyszczególniają się silnem skręceniem kręgosłupa, krótkiem wygięciem lędźwiowem, dużym łukiem powyżej, bez objawów na miednicy i kończynach dolnych. Leczenie w przypadkach pierwszego rodzaju jest łatwiejsze, zwłaszcza przy delikatnym kośćcu; natomiast drugi rodzaj, odznaczający się silną budową kośćca, jest do leczenia trudniejszy. Leczenie, skierowane przeciw samemu skrzywieniu w pierwszym rzędzie, uwzględniało również i inne ogólne zboczenia przy pomocy różnych zabiegów i przyrządów. *Kasprzyk* (Berlin).

Schanz. **Typowe cierpienie kręgosłupa: niesprawność.** (*Insufficientia vertebrae*). (*Berl. klin. Wochs.* 1907, Nr 31). Chorzy, dotknięci tem cierpieniem, skarżą się zwykle na bole żołądka, brzucha lub piersi. Badanie przedmiotowe stwierdza jednakże prawidłowy stan wszystkich tych narządów, natomiast bolesność uciskową i przy opukiwaniu kręgosłupa, i to najczęściej środkowych kręgów piersiowych, często kręgów lędźwiowych, żeber, miednicy, wreszcie rzadziej innych części kręgosłupa. Stale natomiast stwierdza się bolesność przy ucisku na trzony kręgowe od strony brzucha, niekiedy przy słabym ucisku na tętnicę główną występuje ból równocześnie z tętnem. Zmian kręgosłupa, pozwalających przypuścić inne znane cierpienia, stwierdzić nie można, natomiast z czasem rozwija się następowo neurastenia i za nią zwykle to cierpienie dotąd brano. Cierpienie to występuje po chorobach, podkopujących stan ogólny, w każdym wieku, częściej u kobiet (błednica, ciąża itp.), często po urazie. Obraz chorobowy, przebieg, etyologia i wyniki leczenia przemawiają za tem, że jest to cierpienie analogiczne do stopy płaskiej, a więc występujące tam, gdzie zachodzi niestosunek między obciążeniem, a wytrzymałością kręgosłupa, gdzie sprawność nie odpowiada wymogom statycznym; to też leczenie musi zmierzać do wyrównania tego niestosunku. Oprócz środków ogólnych w celu wzmocnienia ustroju wskazanem jest w przypadkach lżejszych miesienie, w cięższych ciepło w każdej postaci i odpowiedni przyrząd w rodzaju gorsetu według własnego pomysłu Sch., który ma tę dodatnią stronę, że jest tani i nadzwyczaj prosty. Dla cierpienia tego proponuje Sch. nazwę: niesprawność kręgosłupa (*insufficientia vertebrae*). *Kasprzyk* (Berlin).

Motta. **Końcowe wyniki plastyki kości piętowej przy niektórych rodzajach stopy szpotawej wrodzonej.** *(Zeitschr. f. orthop. Chir.* XVIII. 1. 2). Zabieg ten polega na odcięciu guza kości piętowej, po przecięciu ścięgna Achillesa, na odchyleniu go ku dołowi w celu uzyskania przedłużenia stopy ku dołowi i lepszej podstawy dla oparcia i na obszyciu odchylonego odcinka

dolnym końcem ścięgna. Sposób ten zastosowany przed kilku laty, dał autorowi wynik doskonały, nadaje się zaś przy tych rodzajach stopy szpotawej wrodzonej, gdzie guz tylny jest bardzo słabo rozwinięty (stopa bez pięty), gdzie wskutek niemożności sprowadzenia go ku dołowi i uzyskania należytego oparcia ciągle następują nawroty, nawet po metodycznem zastosowaniu wszelkich innych sposobów bezkrwawych. *Kasprzyk* (Berlin).

Neurologia.

Nageotte. **O neurofagii w przeszczepionych zwojach międzykręgowych.** (*Rev. neurol.* 1907, Nr 17). W przeszczepionych zwojach międzykręgowych komórki nerwowe jedne zamierają zaraz, drugie ulegają obumarciu dopiero po szeregu dni. Współcześnie z obumieraniem komórek ulegają one pożarciu. Rolę fagocytów odgrywają tu, jak zwykle, ciałka białe wielojądrzaste, obok zaś nich jako makrofagi są czynne komórki gwiaździste Cajala. To jest właśnie swoiste dla neurofagii, rozgrywającej się w zwojach międzykręgowych. Komórki Cajala leżą w liczbie 3 do 4 na obwodzie komórek zwojowych pod torebką, utworzoną z komórek śródbłonkowych, zwanych też podtorebkowemi. Jądro komórek Cajala w postaci cienkiej blaszki przylega, podobnie jak cieńsze, a dość długie wypustki, do obwodu komórki nerwowej, one też zostają przy ciele komórkowem, gdy ono, kurcząc się pod wpływem środków utrwalających, odstaje od torebki wraz z komórkami śródbłonkowemi. Neurofagia dokonywa się w ten sposób, że wypustki komórek Cajalowskich żłobią tu niejako kanały w ciele obumierającej komórki, w kanaliki te wsuwa się z czasem cała komórka Cajala. Jej wypustki ujmują jądro, obejmują części protoplazmy i wchłaniają je. Równocześnie z przebiegiem tej sprawy występują kropelki tłuszczu w komórkach śródbłonka podtorebkowego, które na razie zachowują się biernie, i co najwyżej zaczynają pęcznieć. Dopiero po wchłonięciu komórki zwojowej przez makrofagi Cajala, zaczynają bujać i wypełniają miejsce, które przedtem zajmowała komórka nerwowa. Na skrawkach, wziętych z kawałków barwionych srebrem, widać bardzo znamienne ułożenie kanałów, powstających przy neurofagii. Przypominają one utkanie t. zw. *trophospongium*, t. j. kanałów Holmgrena. N. przypuszcza między innymi, że wypustki makrofagów rozprzestrzeniają się szlakiem prawidłowo już istniejących kanalików Holmgrena, które rozszerzają i stąd poczynają dzieło wchłonięcia komórki.

Orzechowski (Wiedeń).

Sarbó. **Leczenie wiądu rdzenia według nowszych zasad.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, 43). Chociaż leczenie przeciwkiłowe w przypadkach rozwiniętego wiądu rdzenia nie wywołuje widocznego skutku, nie powinno się jednak leczenia tego całkiem odrzucać, lecz należy stosować je zawsze, gdy rozpoznanie wiądu nastąpiło we wczesnym okresie choroby. Wczesne rozpoznanie wiądu rdzenia należy dzisiaj do zadań nietrudnych. Jednym z najwcześniejszych jest objaw Argyll-Robertsona, (brak odczynu źrenicy na światło i brak odczynu konsensualnego przy utrzymanej akomodacyi). Objaw ten może świadczyć albo o kile, albo o wiądzie rdzenia, albo o porażeniu postępowem. We wczesnych okresach wiądu często napotykane znamienne bole, łącznie z poprzednim objawem, przemawiają zawsze za rozpoczynającym się wiądem rdzenia. Obok tych objawów mogą wystąpić wczesne napady żołądkowe (*crises gastriques*), objawy pęcherzowe, porażenia mięśni oka. Oprócz tego należy zwracać uwagę na odruchy ścięgniste, przyczem S. radzi zwracać baczniejszą uwagę na odruchy ścięgien Achillesa, które we wczesnych okresach wiądu częściej znikają, aniżeli odruchy kolanowe. W tych wczesnych okresach stosuje S. wcierania szaruchy 5—4 grm. dziennie, dopóki chory nie wetrze 30—40 grm. maści; jeżeli tę ilość znosi chory dobrze, to wciera się szaruchę dalej, aż do 120—160 grm. Następnie podaje się przez 2 miesiące jodek potasu 1·50—2 grm. dziennie. Po upływie tego czasu powtarza S. znowu wcierania w tej samej ilości, tak że chory łącznie otrzymuje 320 grm. rtęci. W drugim roku powtarza się to leczenie. Dalsze postępowanie polega na pouczeniu chorego co do ogólnego zachowania się. Chorzy, u których stwierdzono powyższe wczesne objawy, powinni unikać wysiłków fizycznych, mięśniowych, dalej wysiłków nerwowych i fizycznych; te wysiłki usposabiają szczególnie do wybuchu porażenia postępowego. Chorzy, którzy zawodowo pracują dużo nogami, powinni zmienić zawód. S. stwierdził, że u osób, stosujących się do tych rad, okres bezładu występuje o wiele później. Również powinien chory unikać wysiłków mięśniowych kończyn górnych; wzbronić należy nadużyć płciowych i polecić choremu częste opróżnianie pęcherza moczowego. Również niekorzystnie, jak wysiłki fizyczne, działają zatrucia, jak wyskokiem, lub z kiszek przy uporczywem zaparciu stolca. Przy przeszywających bolach w kończynach dolnych wzbronić należy kąpieli ciepłych. Bardzo wskazane są półkąpiele, o 26—24° R., z następowem nacieraniem. Miesienie całego ciała jest wskazane. Z leków wewnętrznych można podawać środki skrzepiające [*tonica*], chininę, arsen, *syrupus hypophosphit.* Stosowanie prądu galwanicznego na chore kończyny wywiera dobry skutek. Prąd faradyczny stosuje S. tylko przy zmianach w czuciu. Jeżeli bole w kończynach dolnych są bardzo znaczne, podaje środki przeciw nerwobolom w dużych dawkach. Przy silnych napadach żołądkowych stosuje: *cerium oxalicum* 0·20 *pro dosi* 8 razy dziennie, *aluminium chloratum* wewnętrznie lub podskórnie, w przypadkach uporczywych trzeba się jednak uciec do morfiny. Do zwalczania bezładu poleca S. postępowanie Frenkla i strychninę wewnętrznie, którą latami podawać można. Oprócz tych wszystkich leków i sposobów należy w szerokim zakresie stosować leczenie psychiczne. *Pisarski.*

Diemidow. **W sprawie działania bornywalu.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 17). Na podstawie swoich badań doszedł D. do następujących wniosków: 1) Bornywal u zimnokrwistych w małych i średnich dawkach (0,01—0,02) podnieca narząd nerwowy ośrodkowy, wywołuje wzmożenie odruchów, w dawkach zaś trujących wywołuje drgawki. 2) Bornywal nie poraża zakończeń nerwów ruchowych u zimnokrwistych. 3) Na serce żaby działa bornywal początkowo podniecająco, następnie zaś porażająco. 4) U ciepłokrwistych podnieca bornywal ośrodkowy narząd nerwowy, wywołuje drgawki; po podnieceniu następuje spokojny stan senny. 5) Na oddech bornywal prawie nie działa. 6) Ciepłota skóry podnosi się, wewnętrzna zaś nieco się obniża. 7) Ciśnienie krwi z początku nieco zwiększa się, potem się obniża. 8) Na mięśnio-nerwowy układ wyosobnionego serca ciepłokrwistych działa bornywal porażająco bez uprzedniego podniecenia. 9) Bornywal i na ciepłokrwistych i na zimnokrwistych działa w jednym kierunku i tem się różni od borneolu, który u ciepłokrwistych podnieca, u zimnokrwistych poraża ośrodkowy narząd nerwowy. 10) W praktyce lekarskiej uważać należy bornywal za środek uspokajający i pokrzepiający. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 6. listopada 1907.

Przewodniczy prezes prof. Rosner. Obecnych członków 30.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2) Na interpelacyę Prof. Ciechanowskiego, kiedy komisya, utworzona po odczycie kol. Piotrowskiego dla sprawy położnych w Galicyi, przedłoży swe wnioski, odpowiada prezes, iż w najbliższym czasie.

3) Prym. Borzęcki przedstawił przypadek **„dermatitis herpetiformis (Duhring)“.**

4) Kol. Radliński przedstawił przypadek **choroby Littlea,** leczony wstrzykiwaniami wyskoku w nerwy.

5) Kol. Doc. Gliński przedstawił i omówił:

a) Okaz **gruczołu tarczowego w niewłaściwem miejscu.** Przypadek dotyczył 35-letniej kobiety, zmarłej na zapalenie otrzewnej w następstwie skręcenia jelit. U kobiety tej najdokładniejsze badanie nie zdołało wykryć gruczołu tarczowego lub jego pozostałości w miejscu zwykłem, natomiast **na korzeniu języka** poza trójkątem, utworzonym przez brodawki okolone, a więc w miejscu, odpowiadającem ślepemu otworowi (*foramen coecum*) znajdował się guz wielkości kasztana, pokryty przez błonę śluzową, wypuklający się do jamy gardłowej i częściowo uciskający od góry nagłośnię; badaniem mikroskopowem stwierdzono, iż guz ten ma typowe utkanie gruczołu tarczowego. W przypadku tym więc w zwykłem miejscu nie wytworzył się zupełnie gruczoł tarczowy, a natomiast rozwinął się ten gruczoł na korzeniu języka, powstał więc obraz t. zw. *struma vicaria ad radicem linguae.* Powstanie tej nieprawidłowości łatwo się tłomaczy zaburzeniami w rozwoju gruczołu tarczowego, co prelegent dokładniej uzasadnia. Poza wielką rzadkością tego rodzaju zboczeń rozwojowych (w r. 1905 Meixner zebrał z piśmiennictwa zaledwie 34 przypadki), przypadek prelegenta zasługuje na uwagę z następujących względów: 1) Mimo całkowitego braku gruczołu tarczowego dotknięta tą wadą kobieta dożyła 35 lat bez wszelkich obja-

wów t. zw. obrzęku śluzowatego (*myxoedema*) i zmarła z przyczyn, zupełnie niezależnych od tego braku, a więc usadowiony na korzeniu języka guz spełniał zastępczo całkowicie zwykłą czynność gruczołu tarczowego. 2) Wobec znacznych rozmiarów guza na języku łatwo mógł on dawać powód do zaburzeń w połykaniu i oddychaniu, wyłuszczenie zaś tego guza w tym przypadku było niemożliwe ze względu na całkowity brak gruczołu tarczowego w zwykłem miejscu; przypadek ten więc powinien być przestrogą dla chirurga, aby w podobnych przypadkach nie usuwać podobnych guzów na języku bez poprzedniego dokładnego zbadania, czy gruczoł tarczowy znajduje się lub nie w miejscu zwykłem, gdyż łatwo wtedy wywołać u chorego zmiany, występujące stale po całkowitem usunięciu gruczołu tarczowego w postaci t. zw. *cachexia thyreopriva*, co zresztą w rzeczywistości kilkakrotnie już się zdarzyło.

b) Okaz **mięsaka w sutku** 23-letniej kobiety, przerastającego na żebra i opłucną ścienną.

6) Kol. Radliński miał wykład p. t.: **Modyfikacye operacyi Bassiniego i operacyi żylaka powrózka nasiennego w związku z wynikami badań nad tętnicami jądra.** (por. pracę, wydaną w zeszycie III »Rocznika lekarskiego« p. t. »Unaczynienie tętnicze powrózka nasiennego i jądra. Zastosowanie wyników badań do zabiegów dotyczących powrózka nasiennego«). W dyskusyi zabrał głos Prof. Kader.

Sekretarz: *Dr Owsiński.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XVIII. Posiedzenie d. 15. listopada 1907.

(W klinice chirurgicznej).

I. R. dw. Rydygier wykonał operacyę **wyjęcia kuli rewolwerowej przy oświetleniu Roentgena.** Chorego ułożono w tym celu na stole, służącym do prześwietlania (trochoskop).

II. Dr Jedlicka okazał szereg **rentgenogramów.**

III. R. dw. Rydygier demonstrował **rektoromanoskopię.**

Witold Ziembicki.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie d. 4. października 1907.

1) Dr Pomorski przedstawia **nowotwór ślinianki,** wielkiej objętości, który wyjął w szpitaliku św. Józefa.

2) Dr Mieczkowski przedstawia **wyrostek robaczkowy,** który tegoż dnia wyjął. W środku widać miejsce zgorzelinowe, w którem tkwi grudka metalowa w postaci plomby. M. stoi na tem stanowisku, że jeśli przy zapaleniu wyrostka w przeciągu 48 godzin objawy nie ustąpią, należy operować. — Dr Łazarewicz zaznacza, że obecnie także Sonnenburg jest znacznie więcej zachowawczym. — Dr Święcicki wspomina o badaniach Miecznikowa na małpach; wynikiem ich było odkrycie pewnych drobnoustrojów, które dostając się do ustroju z niedość oczyszczoną sałatą, mają wywoływać zapalenie okątnicze. Przypuszczać należy, że istniało tu miejsce mniejszej odporności, spowodowane n. p. obcem ciałem. — Dr Pomorski uznaje tylko zapalenie, wywołane przez samo ciało obce, sprawiające zapalenie wokoło siebie.

3) Dr Kapuściński, obrany przewodniczącym, udziela głosu Dr Pomorskiemu do odczytu: **O 500 przypadkach tracheotomii przy dławcu.** Statystyka przy dławcu niezawsze daje jasny obraz ze względu na liczne zmiany warunków, w których nieraz operować należy. W szpitaliku św. Józefa wykonano przeszło 500 tracheotomii, z których 284 przypada na ś. p. Dr Drobnika, 227 na prelegenta. Odkąd zaczęto stosować surowicę, statystyka śmiertelności zmienia się znacznie na korzyść. Z pierwszej seryi (przedsurowiczej) zmarło 97 czyli 30%, z drugiej seryi tylko 20%. P. trzyma się metody tracheotomii dolnej, operuje zaś o ile możności w drugim okresie, gdy jeszcze nie zagraża zapalenie płuc. Mimo, że surowica (im rychlej wstrzyknięta, tem lepiej), działa bardzo korzystnie, jednakowoż bez tracheotomii obyć się nie podobna.

W dyskusyi przypomina Dr Święcicki wykład ś. p. Dra Drobnika przed szeregiem lat, w którym tenże zwracał uwagę na większą śmiertelność dzieci przy dławcu wiosennym, niż przy jesiennym, tłómacząc ją tem, że ustrój dzieci przez zimowe miesiące ucierpiał. S. zapytuje się prelegenta, czy zauważył tę okoliczność. Następnie przypomina demonstracyę ś. p. Dr Koehlera, dotyczącą intubacyi, która obecnie jeszcze w Berlinie jest na porządku dziennym. Justi zauważył, że 3% kolargol penzlowany przy dławcu, działa bardzo korzystnie. S. radzi spróbować tego silnego katalizatora. — Dr Adamczewski zaznacza, że istotnie intubacyę stosuje się bardzo często w Berlinie i w Wiedniu, jeżeli chore dziecko znajduje się w odpowiednim stanie. Metoda ta bardzo jest dogodną przez to, że unika się rany i krwawej operacyi, można ją jednak stosować jedynie w zakładach. Jeśli się surowicę wstrzyknie przed objawami dławca, to można wstrzymać wybuch choroby. — Dr Gantkowski podaje, że na uniwersytecie w Würzburgu Seiffert chwalił bardzo intubacyę. Uważa ją jednak za zabieg trudny, a w ręku niedoświadczonego wprost niebezpieczny. — Dr Dembiński potwierdza techniczną trudność intubacyi, czemu zaprzecza Dr Adamczewski. — Dr Święcicki wspomina, że Dr Jodłowski widział u Tunguzów, jak zakładali przy dławcu gęsie pióro do krtani. — Dr Łazarewicz nie uważa intubacyi za zabieg zbyt trudny. Zapytuje prelegenta o jego poglądy co do etyologii dławca i błonicy. — Dr Mieczkowski zapytuje o uśpienie przy operacyi, Dr Skoczyński zaś, czy który z kolegów ma osobiste doświadczenia co do intubacyi. — Dr Dziembowski widzi wielką różnicę w praktyce między dławcem, a błonicą. — Dr Kapuściński radzi od razu wstrzykiwać wielką ilość surowicy. Wspomina o przypadku, gdzie wyniesienie dziecka na zimne powietrze podziałało korzystnie.

Dr Pomorski odpowiada na postawione zapytania: W istocie można zauważyć większą śmiertelność na wiosnę, choć i jesienią zdarzają się ciężkie przypadki. Rokowanie operacyi się pogarsza, gdy zajęte są płuca lub gdy jest białkomocz. P. nie zajmował się intubacyą, uważa tracheotomię za lepszą ze względu na bardzo ważne leczenie następcze w szpitalu. Że środków do penzlowania przyznaje kolargolowi wielkie zalety; wspomina, że ś. p. Dr Osowicki stosował sześciochlorek żelaza (*liq. ferri sesquichlorati*) 1%. P. nie używa penzlowania, natomiast stosuje zasypywanie sozojodolu z siarką (*flores sulfuris*). Uśpienie stosuje zasadniczo, w niektórych jednak przypadkach można się bez niego obejść. W jednym przypadku udało się mowcy przez sztuczne oddychanie po 3 kwadransach przywrócić dziecko do życia. Piórka już w przeszłym wieku używali Breton i Trousseau, można go użyć w ostatniej chwili do oderwania błon, P. uważa je jednak za broń obosieczną. Ogólnie dziś przyjęto jedność etyologiczną dławca i błonicy. Rodzeństwo chorych dzieci należy zawczasu szczepić surowicą podczas choroby w domu.

Dr Adamczewski dodaje, że tylko małym dzieciom należy wstrzykiwać surowicę celem uodpornienia, starszym można wstrzyknąć z chwilą rozpoczęcia się choroby. — Dr Dziembowski zwraca uwagę, że odporność trwa tylko dwa tygodnie po wstrzyknięciu, potrzebne jest więc także odkażanie. — Dr Łazarewicz poleca do penzlowania novargan, który w zasadowym rozczynie głęboko wnika w tkanki. Prątki błonicze leżą dość powierzchownie, można je więc penzlowaniem zniszczyć. — Dr Dziembowski w razie wstrzyknięcia surowicy uważa penzlowanie za niepotrzebne. — Dr Pomorski uważa jednakowoż miejscowe leczenie (zasypywanie) za korzystne.

4) W wolnych głosach Dr Karwowski, poparty przez Dr Święcickiego, prosi kolegów o współdziałanie w Towarzystwie społeczno-higienicznem, mianowicie zachęca do udziału w popularnych odczytach z higieny i do współpracownictwa w bezpłatnej lecznicy Towarzystwa. Prawie wszyscy obecni obiecują poparcie dążeń Towarzystwa.

Dr Adam Karwowski.

Koło lekarskie polskie w Petersburgu.

Posiedzenie nadzwyczajne d. 9/22. X. 1907 r.

Posiedzenie otwiera wiceprezes Prof. Zaleski, zaznaczając, iż posiedzenie to będzie poświęcone wyłącznie sprawom, związanym z pamięcią zgasłego prezesa Dra Strawińskiego.

I. Wiceprezes Prof. Zaleski podaje do wiadomości, iż komitet w imieniu »Koła« ogłosił o zgonie prezesa w kilku dziennikach i złożył na trumnie zgasłego wieniec srebrny ze stosownym napisem, co zgromadzenie jednomyślnie zatwierdza.

II. Prof. Ziemacki wnosi, by zebrać fundusz im. Strawińskiego, który mógłby być przeznaczony na stypendyum lub nagrody. Mowca sądzi, iż fundusz zbierać należy w szerokich kołach i wśród licznych pacyentów i znajomych zmarłego. Dr

Wolański jest zdania, że należy zachować pewną ostrożność i nieoznaczać z góry celu funduszu, a dopiero zależnie od zebranej kwoty obrać ten lub ów cel. Dr Wierciński sądzi, iż należy zbierać składki tylko w kole Polaków i że najstosowniej byłoby złożyć zebraną kwotę na łóżko imienia Strawińskiego w szpitalu polskim, który ma z czasem stanąć w Petersburgu, albowiem to była myśl Strawińskiego. Dr Zakrzewski oświadcza się przeciw ograniczeniu składek tylko do kolonii polskiej. — Zebranie jednomyślnie uchwala powszechne zbieranie składek upoważniając do tego komitet, na wniosek zaś Doc. Sowińskiego, który podnosi, iż komitet wogóle jest obarczony sprawami bieżącemi i że w sprawie, mającej ogólne znaczenie, nie należy usuwać od udziału i innych członków, zaprasza zebranie do udziału w tej sprawie Drów: Zakrzewskiego, Kamieńskiego, Popławskiego i Eljassona.

III. Doc. Sowiński wnosi, aby postawić w sali posiedzeń popiersie zmarłego według maski pośmiertnej. Zebranie jednomyślnie uchwala ten wniosek, upraszając o zajęcie się tą sprawą Prof. Zaleskiego i Doc. Sowińskiego.

IV. Na wniosek Dr Wiercińskiego i Dr Ulińskiego zgromadzenie uchwala prosić bezzwłocznie wileńskich kolegów o spotkanie zwłok zmarłego, przewożonych do gubernii kowieńskiej i o odprowadzenie ich imieniem »Koła« na miejsce spoczynku.

V. Uproszono prof. Zaleskiego, by wygłosił w imieniu »Koła« mowę na dworcu kolejowym.

VI. Prof. Zaleski podaje do wiadomości »Koła«, iż na posiedzeniu komitetu postanowiono zaprosić także i znanych przyrodników do przyjęcia udziału w nowo powstającym »Związku« na prawach członków. Komitet sądzi, iż w taki tylko sposób uda się stworzyć i Związek przyrodników, w przeciwnym zaś razie lekarze pozostaną sami w Związku. — W sprawie tej zabierali głos: Dr Zakrzewski, Prof. Ziemacki i Doc. Orłowski.— Wniosek komitetu co do zaproszenia przyrodników uchwalono, zaś obmyślenie sposobu wykonania wniosku odroczono do następnego posiedzenia.

VII. Protokół posiedzenia z d. 8/21. maja 1907 zatwierdzono.

Sekretarz: *Zdzisław Sowiński.*

W sprawie ustawy o chorobach zakaźnych.

Napisał

Prof. Dr Ciechanowski.

(Ciąg dalszy).

I nietylko to. Pragnąćby należało, aby odrazu przy uchwalaniu ustawy można uzyskać zapewnienie pomocy rządowej dla kraju co do ciężarów, jakie na kraj wskutek nowej ustawy nagle spaśćby mogły. Mam tu mianowicie na myśli n. p. pewne urządzenia, które już w innych prowincyach Austryi powstały kosztem krajów, a których nam brak zupełnie, lub które dopiero zwolna tworzymy. Zasady ustawy, opracowane przez Najwyższą Radę zdrowia, nie liczą się n. p. zupełnie z tem, że organizacya t. zw. okręgowej służby zdrowia jest u nas dopiero w toku, gdy gdzieindziej jest ona już ukończona w postaci rozsianych po całym kraju posterunków lekarskich, zajmowanych przez t. zw. »Gemeindeärzte«. Otóż obawiać się można, że po uchwaleniu ustawy według zasad, podanych przez Najw. Radę zdrowia, zaszłaby konieczność niezwłocznego uzupełnienia sieci »okręgówek«. Gdyby to nie nastąpiło, to wówczas już n. p. donoszenie o chorobach zakaźnych (według nowej ustawy) musiałoby u nas bardzo szwankować, a podlegając ustawowej karze, ściągać na ludność naszą znaczne brzemię grzywien i t. d. Wobec tego, że choroby zakaźne grasują u nas wogóle więcej, niż w innych krajach Austryi, spadnie też i ustawowy obowiązek donoszenia na naszą ludność w rozmiarach większych, niż gdzieindziej, chociaż nie jest naszą winą, że jako kraj pograniczny jesteśmy więcej od innych krajów trapieni chorobami zakaźnemi przedewszystkiem wskutek zawlekania się ich od sąsiadów, ani, że nawet tam, gdzie podłożem dla chorób zakaźnych jest tylko nędza i nizka kultura naszej ludności, źródło tego tkwi w wiekowem zaniedbaniu kraju przez biurokratyczne rządy przedkonstytucyjne. Referent Najw. Rady zdrowia wyobraża sobie, że doniesienia o chorobach zakaźnych wpływać będą do lekarzy gminnych, a ci znów zawiadamiać mają dalej władze polityczne i czynić pierwsze zarządzenia. Ale jakżeby też to wypadło u nas tam, gdzie najbliższy lekarz okręgowy mieszka daleko od zakażonej gminy, a ludność i »zwierzchność« tej gminy ciemna, zabobonna i biedna, nietylko nigdy nie wzywa lekarza, ale jeszcze stara się często nawet chorobę zataić? Dla częściowego przynajmniej zrównoważenia takich stosunków byłoby wobec nowej ustawy ukończenie nowej organizacyi okręgowej służby zdrowia konieczne. Ale nawet najostrzej krytykując postępowanie Sejmu i nawołując do przyspieszenia żółwiej dotąd akcyi w tym względzie, niepodobna się łudzić, by kraj zniósł taki ciężar finansowy, jakimby było dokończenie tego dzieła odrazu, za jednym zamachem. Jeżeliby tedy nowa ustawa miała się oprzeć na tych zasadach, jakie w tym punkcie podała Najw. Rada zdrowia, to zdawałoby się rzeczą słuszną uzyskać od rządu albo wydatny przyczynek pieniężny na okręgową służbę zdrowia, albo znaczne pomnożenie sanitarnych placówek rządowych tak, aby można odrazu stworzyć sieć służby sanitarnej, wystarczającą na wymogi nowej ustawy.

Wprawdzie referent Najw. Rady zdrowia oświadcza, że najwłaściwszem byłoby, gdyby skarb państwa pokrywał wszystkie koszta zwalczania chorób zakaźnych, nawet koszta asanacyi, ciążące dotąd wraz z obowiązkiem asanacyi na własnym, autonomicznym zakresie działania gmin. Ale nie łudźmy się! Takie żądanie pozostanie na zawsze »*pium desiderium*«, a sama Najwyższa Rada zdrowia naprawdę chyba nie wierzy w jego spełnienie się, skoro wyraźnie podnosi potrzebę ścisłego w ustawie określenia, które koszta mają ponosić strony prywatne, które gminy, a które skarb państwa. Gdyby zaś nawet istotnie rząd poszedł za opinią Najw. Rady zdrowia i koszta zwalczania chorób zakaźnych według nowej ustawy wziął na siebie, toć bez osobnych starań nie zaliczy do nich prawdopodobnie kosztów tych urządzeń, które w mniemaniu referenta Najw. Rady zdrowia są już wszędzie gotowe, a które nowa ustawa ma tylko do swych celów zużytkować.

Okręgowa organizacya sanitarna, to tylko jeden taki przykład. Obawiać się można, że ustawa (resp. rozporządzenie wykonawcze), jeżeli obejmie te zasady, które podała Najw. Rada zdrowia, zmusi kraj nasz do wielu innych wysiłków, do nagłych nakładów na rzeczy, które gdzieindziej już wykonano (a tam wykonywano stopniowo). »Zasady« Najw. Rady zdrowia mówią n. p. o szpitalach powiatowych (u nas niema jeszcze szpitali większość powiatów), o codziennem odwiedzaniu przyjezdnych z okolic zakażonych przez lekarzy i t. d. Są to wszystko rzeczy bardzo słuszne i do skutecznej walki z chorobami zakaźnemi konieczne, ale ustawa i rozporządzenia wykonawcze, obejmujące takie zasady, chyba wtedy tylko dadzą się ściśle wykonać w naszym niezamożnym kraju, jeżeli skarb państwa przyjdzie tu z wydatną pomocą. Takie różne postulaty kraju, których nie może zaspokoić żadna zmiana w samem brzmieniu ustawy, które leżą poza nią, ale powinny być załatwione przy niej, należy już teraz rozważyć.

Już Dr Mikołajski w »Głosie lekarzy«, a za nim »Kuryer lwowski« podniósł słusznie, że przy uchwalaniu ustawy nasuną się pewne pytania, których rozstrzygnięcie, zależąc nietylko od sanitarnych, ale i od politycznych względów, może nasunąć znaczne trudności. Chodzi tu przedewszystkiem o granicę, jaka w nowej ustawie ma być pociągniętą między zakresem autonomicznym, a zakresem działania władz rządowych. Jeżeli nowa ustawa ma mieć rzeczywisty skutek, to, zdaniem obu referentów (ministerstwa i Najw. Rady zdrowia), nie można nadal znacznej części agend sanitarnych pozostawiać wyłącznie w ręku autonomii gminnej, która jest (w całej Austryi) pod tym względem i niedość światła i niedość sprężysta, lecz trzeba autonomię co do spraw sanitarnych znacznie ograniczyć, a władzom rządowym centralnym zapewnić znacznie większy wpływ bezpośredni.

To, co tu powiedziano o niedołęstwie autonomii gminnej na polu sanitarnem w Austryi wogóle, to do Galicyi odnosi się w stopniu znacznie wyższym z tym jeszcze dodatkiem, że gmina nasza jest jednostką administracyjną bardzo drobną i słabą, że ma mniej środków, niż w innych, zamożniejszych krajach Austryi, a przez dotychczas istniejącą odrębność obszarów dworskich ponosić musi niejednokrotnie nieproporcyonalnie wielkie ciężary. Zadań, jakie ustawa o chorobach zakaźnych nałoży na gminy, autonomia nasza nie zdołałaby chyba wypełnić, ani znieść ciężarów z tem połączonych. Dlatego wprowadzenie ustawy o chorobach zakaźnych wiąże się niezmiernie ściśle z dwiema sprawami z zakresu politycznego: z reformą administracyjną, opartą na podwalinie gminy zbiorowej, wszechstanowej, jako jednostki o wiele silniejszej i w środki zasobniejszej, i z uzyskaniem dla

autonomii znaczniejszych środków materyalnych, odstąpionych jej przez rząd centralny z tych lub owych źródeł. Oba te postulaty trzebaby ze stanowiska lekarskiego uznać nawet wtedy za niezmiernie doniosłe, gdyby nowa ustawa o chorobach zakaźnych istotnie ograniczyła autonomię na polu sanitarnem; chociażby bowiem władze centralne uzyskały na tem polu większy wpływ bezpośredni, to jednak zawsze ostateczne wykonanie zarządzonych przez nie środków pozostać musi w ręku organów gminnych, a każdemu lekarzowi wiadomo, jak znaczny stopień sprawności musi być wymagany od egzekutywy sanitarnej, jeżeli ma być skuteczną, i jak znaczne nakłady są do tego konieczne.

Pod warunkiem wypełnienia obu tych postulatów, pod podniesionym przez Dra Mikołajskiego warunkiem gruntownej reorganizacyi autonomicznej służby zdrowia, możnaby pozostawić wobec nowej ustawy o chorobach zakaźnych politykom troskę o ocalenie »zasady« autonomii, do której w kraju tyle się przywiązuje znaczenia i która tak wielką rolę odgrywa w hasłach politycznych. Ale, o ileby te warunki nie zostały spełnione, lub były spełnione tylko częściowo, nie możnaby ze stanowiska lekarskiego odmówić słuszności żądaniom obu referentów: ministerstwa i Najw. Rady zdrowia, aby własny zakres działania autonomii w sprawach sanitarnych znacznie został ograniczony. Wszak codzienne przykłady pouczają, że nawet w naszych obu wielkich miastach dzieje się bardzo nieosobliwie; przy wybuchu chorób zakaźnych w szerszym rozmiarze, n. p. świeżo płonicy w Krakowie (to samo przed 2 laty we Lwowie) zaczynają oba miasta szukać wszelkich możliwych dróg, aby uniknąć otwarcia własnych szpitali epidemicznych, na które n. b. nie ma żadne z tych miast dotąd własnych budynków, zaczyna się spór z Wydziałem krajowym o zakres obowiązków sanitarnych i t. d. Troskę najwyższych autonomicznych władz o asanacyę kraju objaśnia sposób, w jaki Wydział krajowy traktuje w swem tegorocznem sprawozdaniu sejmowem sprawę zaopatrzenia gmin w zdrową wodę do picia. Najjaśniejsze i elementarne przepisy ustaw nie bywają w naszych miastach przez szeregi lat pomimo ostrych okólników Namiestnictwa wcale wypełniane (przypomnę tylko, jako przykład, liczbę lekarzy miejskich w Krakowie, nie zwiększoną od czasu, gdy miasto miało 50.000 mieszkańców).

Czy wobec tego możnaby się odważyć na to, aby ogólna, państwowa ustawa o chorobach zakaźnych dotyczyła tylko szczupłej liczby chorób najgroźniejszych, a troskę o cały szereg innych pozostawiała ustawodawstwu krajowemu i autonomii krajowej? Zdaje mi się, że nie. I dlatego, jeżeli ustawa ma być oparta na zasadach, podanych przez Najw. Radę zdrowia, powinnaby wymienić, jako podlegające obowiązkowi donoszenia także choroby poniekąd swoiście galicyjskie, czerwonkę i jaglicę, nie pozostawiając ich na nasz własny rachunek. W przeciwnym bowiem razie i zwalczanie ich, nieobjęte ustawą państwową, nie mogłoby się odbywać z taką sprężystością i z użyciem całego tego zasobu środków, jakich dostarczy ustawa państwowa do walki z innemi chorobami, w »Zasadach« Najw. Rady zdrowia wyraźnie wymienionemi. A cóż ostatecznie winna Galicya, że jako kraj graniczny narażona jest więcej na zawlekanie takich także chorób, które w innych krajach Austryi są rzadkością i nie mają nigdy większego znaczenia?

Już i tak obawiać się można, że z tytułu graniczenia z krajami, stanowiącymi źródło naszych najgorszych epidemii (Rosya, Węgry), spadną na Galicyę rozmaite ciężary, gdzieindziej nieznane lub mniejsze. Proponowany przepis, by władze okolic nadgranicznych miały stale wiadomości o ościennych stosunkach sanitarnych, obarczy urzędy galicyjskie większą czynnością, z tytułu której powinnyby one uzyskać szczególne pomnożenie sił urzędniczych. Wszakże urzędy te będą obowiązane wykonywać także nadzór nad przybyszami z zagranicy, zwłaszcza z okolic zakażonych; a przecież żaden kraj austryacki nie ma tego, co my, ruchu sezonowych robotników do Prus, Węgier, a po części i Rosyi, ruchu, który jest wprost nieustający w niektórych powiatach nadgranicznych, gdzie wielu robotników wraca do domu na każde święto i niedzielę. Przecież w samym r. 1904 wyjechało na sezon roboczy do Prus przez Oświęcim 34.359, a pierwszej połowie r. 1905 nawet 53.415 osób z Galicyi (Droba i Kucera. »Rocznik lek.« T. I. Z. I. str. 90, 91). Wspomniane w »Zasadach« Najw. Rady zdrowia odkażanie przedmiotów podejrzanych, przywożonych z zagranicy, wymaga, by nasze granice, niezmiernie długie, były zaopatrzone w odpowiednie aparaty i w wykształcony personal w większej mierze, niż którykolwiek inny kraj koronny. Znowu obawiać się można, by na kraj nasz nie spadły z tego tytułu większe, a nie zasłużone ciężary, bo uwaga referenta ministerstwa, że około r. 1880 często przerzucano na gminy nadgraniczne ciężar wydatków na środki, zapobiegające zawleczeniu zarazy z państwa ościennego, wcale tu nie budzi ufności. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Z zarządzeń Namiestnictwa galic. przeciw cholerze. Zwinięto stacye rewizyjne w Nadbrzeziu, Majdanie sieniawskim i Bełzcu i otwarto przykomorki Łązek i Koziarnia — natomiast zaprowadzono rewizyę sanitarną w przykomorku Strzemilcze (Dr Regiec), a to ze względu na stosunki ekonomiczne ludności okolicznej. Do Budy zbaraskiej został przeniesiony Dr Szczepański lek. rew. z Nadbrzezia. *T.*

Kobiety sekundaryuszkami szpitali rządowych w Austryi. W odpowiedzi na interpelacyę Dra Ellenbogena zaznaczył minister spraw wewn. w parlamencie w d. 8. XI., że posady sekundaryuszy w rządowych szpitalach wiedeńskich nadawane bywają zapomocą konkursu tym lekarzom, którzy mają najlepsze kwalifikacye. O ile mieć je będzie kobieta-lekarka, to nie ma żadnej zasadniczej przeszkody, dla którejby nie mogła zostać sekundaryuszką. *R.*

Warszawski komitet walki z rakiem odbył 6. listopada r. b. pod przewodnictwem Dra J. Jaworskiego pierwsze posiedzenie. Na posiedzeniu tem wygłosił Dr Mikołaj Rejchman wykład p. t. »Organizacya walki z rakiem.« Prawidłowa organizacya walki z rakiem jest niezbędną, gdyż choroba ta staje się coraz to większą plagą ludzkości, szerząc się niepomiernie. Rozwój nauk lekarskich, tak znaczny w innych dziedzinach, w sprawie raka nie zdołał jeszcze wykryć ani przyczyn, wywołujących tą ciężką chorobę, ani warunków jej rozwoju, ani środków leczniczych. Tymczasem mnogie i wielkie statystyki dowodzą, iż zarówno ilość chorych na raka, jak i śmiertelność zwiększa się coraz to bardziej i że choroba ta coraz to częściej zdarza się u osób młodych. J. Jaworski zebrał statystykę dla Warszawy, z której okazuje się, iż i w Warszawie ilość śmierci i chorych na raka stale się zwiększa w stosunku wyższym, niżby to odpowiadało przyrostowi ludności. Dla Król. Polskiego próbowali zebrać statystykę Serkowski i Maybaum (r. 1904), próba ta jednak wskutek różnych przeszkód nie dała wyników należytych. Spisy jednodniowe w Niemczech, Holandyi i Hiszpanii stwierdziły, iż na milion mieszkańców wypada chorych na raka: w Niemczech 215, w Holandyi 286, w Hiszpanii 263. Stąd oblicza referent, iż rocznie w całej Europie umiera około 300.000 ludzi na raka. W niektórych miejscowościach śmiertelność na raka przybiera wprost olbrzymie rozmiary; referent przytacza kilku autorów, którzy tę śmiertelność w W. ks. Badeńskiem obliczają zgodnie na 90 prc. Już od r. 1801 zaczęto zwracać uwagę na plagę, jaką jest rak, lecz celowo zorganizowana akcya zaczęła się dopiero niedawno w Berlinie. Powstał tam za inicyatywą Meyera »Komitet walki z rakiem«, który w krótkim czasie dużo zdziałał, a mianowicie: 1) W celu zebrania statystyki urządził wspomniane wyżej trzy spisy jednodniowe; 2) założył dwa instytuty do badań nad rakiem; 3) wydaje czasopismo, gromadzące wszystkie prace o raku; 4) utworzył stacyę opiekuńczą w celu zapewnienia opieki chorym; 5) postarał się o utworzenie podobnych komitetów w innych miastach niemieckich i zagranicą. W Warszawie komitet taki powstał z inicyatywy J. Jaworskiego, na Zjeździe zaś lwowskim uchwalono komitet warszawski uznać za centralny dla całej Polski. Przystępując do pracy, powinien komitet warszawski zdać sobie sprawę z wielkich trudności, nieznanych gdzieindziej, któremi są: 1) brak wyższych uczelni i odpowiednich pracowni w dwóch zaborach; 2) brak środków materyalnych. Pracę komitetu radzi referent rozłożyć na następujące działy: 1) Badania nad przyrodą, rozwojem, sposobem powstawania, szerzenia się, przeszczepialnością i zaraźliwością raka, oraz badania nad środkami zapobiegawczymi. 2) Leczenie raka w najogólniejszem znaczeniu. 3) Wydanie podręcznika rozpoznawczego. 4) Utworzenie biblioteki o raku. 5) Dział statystyczny. Dział ten wzięło na siebie prezydyum komitetu, a Dr M. Rejchman przedstawił projekt schematu do zbierania danych statystycznych. — W dyskusyi prócz przewodniczącego Dra J. Jaworskiego, który imieniem zebranych wyraził referentowi podziękowanie za wszechstronne opracowanie tematu, przemawiali

jeszcze Drowie: Zera, Rzętkowski, Al. Zawadzki, Sierpiński i inni, poruszając zmiany, jakieby należało wprowadzić w przedstawionym schemacie statystycznym. *Bronisław Wejnert.*

Walkę z gruźlicą radzi Dr Mikołajski, omawiając »Społeczne zadania medycyny na X. Zjeździe lek. i p. p.« (»Głos lek.« 22) zorganizować u nas przez utworzenie krajowego komitetu przeciwgruźliczego, złożonego z zajmujących się sprawą gruźlicy profesorów uniwersytetu, referentów sanitarnych Namiestnictwa i Wydziału kraj., lekarzy-posłów parlamentarnych i sejmowych, lekarzy-radców miejskich i fizyków miejskich ze Lwowa i z Krakowa, prezesów Towarzystw lekarskich, delegatów Akademii weterynaryi, Akademii i Towarzystw rolniczych, oraz Marszałka i Namiestnika. Na koszta prac swych uzyskałby komitet dotacyę od rządu i kraju. Pozostawianie tak rozległego zadania, jakiem jest walka z gruźlicą, jakiemuś lokalnemu Towarzystwu, nie doprowadzi, zdaniem Dra Mikołajskiego, nigdy do pomyślnych wyników. Gdyby własna inicyatywa lekarzy nie zdołała stworzyć takiej organizacyi, należałoby odwołać się do rządu lub Wydziału krajowego, by taki krajowy komitet do życia powołał. *K.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 10. do 16. XI. 1907 doniesiono o 23 nowych przypadkach duru plamistego w 6 gminach, a mianowicie: pow. Jaworów (Zawadów 1), Husiatyn (Mszaniec 4), Lisko (Stupniany 5), Rawa (Wulka mazowiecka 11), Sniatyn (Dżurów 1), Zaleszczyki (Milowce 1). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 10. do 16. XI. 1907 urodziło się dzieci żywo 55, nieżywo 4; zmarło osób 45 (w tem obcych 12), z nich z gruźlicy 13 (7), zapalenia płuc 6, błonicy 2 (1), płonicy 2 (1). *W.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 10. do 16. XI. 1907 było przypadków: płonicy 9 † 1, duru brzusznego 3, krztuśca 1, błonicy 8 † 1, róży 1, zapalenia ślinianek 1. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 10. do 16. XI. 1907 było przypadków: błonicy 6 (w tem obcych 2), krztuśca 10 (1), płonicy 22 † 2 (1), odry 17 † 4 (3 † 1), duru brzusznego 9 (2), gorączki połogowej 1 (1). *L.*

Cholera według sprawozdania austr. konsulatu w Kijowie. Od 29. X. do 10. XI. zapadło na cholerę w Kijowie 185, zmarło 73 (od wybuchu epidemii 1245 † 338). Surowicą przeciwcholeryczną szczepiono od wybuchu epidemii 484 osób. W gubernii kijowskiej było od 26. X. do 3. XI. przypadków 59 † 23, czernichowskiej 90 † 48, połtawskiej 36 † 27; na Wołyniu w ostatnich czasach nie było nowych przypadków. *T.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 20. XI. posiedzenie, na którem Prof. Bujwid przedstawiał i objaśniał fotografie barwne. W dyskusyi przemawiał Prof. Wachholz.

— Wydział Towarzystwa ratunkowego wybrał na posiedzeniu w dniu 14. XI. skarbnikiem Prym. Dr Bogdanika. Na temże posiedzeniu rozpatrywano sprawę reorganizacyi Pogotowia przez oddanie dyżurów stale płatnym lekarzom (12 po 1,200 K rocznie), dotąd bowiem służbę w Pogotowiu pełnią bezpłatnie słuchacze medycyny. Ponieważ koszt dyżurów lekarskich wyniósłby 14,400 K rocznie, a obecne dochody Towarzystwa pokryłyby ledwo $^{1}/_{3}$ tej sumy, przeto musiał Wydział reorganizacyę Pogotowia odroczyć, jako zawisłą od uzyskania odpowiedniej subwencyi miejskiej.

— Sanatoryum dla chorych piersiowych p. n. »Dom zdrowia uczącej się młodzieży w Zakopanem« uzyskało pomoc krajowej Rady szkolnej, która w osobnym okólniku zachęciła grona nauczycielskie do popierania tej filantropijnej instytucyi.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej przeprowadził na posiedzeniu w d. 6. XI. jedną rozprawę honorową, a w d. 9. XI. rozdał wspólnie z delegatami Towarzystwa lekarzy galicyjskich 11 zapomóg w łącznej kwocie 1,700 K wdowom po lekarzach z funduszów Związku austryackich Towarzystw lekarskich, a 100 K zapomogi z funduszów Izby sierocie po lekarzu.

— Liczba przypadków, w których interweniowało Pogotowie ratunkowe lwowskie od swego założenia przed 14 laty, dobiegła 16. XI. b. r. 50,000.

Warszawa. Szpital w Tworkach przeszedł w d. 11. b. m. pod zarząd gub. Rady Dobr. Oddanie innych szpitali miastu nastąpiło w d. 13. b. m. Magistrat otrzymał w spadku po Miejskiej Radzie Dobr. 58,340 rb. w gotowiźnie, 2,602,551 rb. kapitałów, złożonych w Banku Państwa lub na hipotekach, 426,043 rb. kapitałów o przeznaczeniu specyalnem i 104,974 rb. z rozmaitych kaucyi. Z opłat, zalegających za leczenie w szpitalach, przypadać będzie magistratowi 1,972,130 rb. (od szpitala w Tworkach prócz tego 194,558 rb.). Ta zaległa ogromna suma pokryje, zdaniem przewodniczącego komisyi szpitalnej, p. Małyszewa, przejęte przez magistrat 800,000 rb. długów szpitalnych. Zdaniem jego mógłby nadto magistrat przez sprzedaż cennych dziś, w środku miasta położonych nieruchomości szpitalnych (św. Rocha, św. Łazarza), uzyskać znaczne sumy na udoskonalenie szpitalnictwa. Prezydent miasta, odbierając szpitale, wyraził w swem przemówieniu pragnienie, by magistrat mógł kiedyś oddać samorządowi miejskiemu szpitale w świetnym stanie. O objęciu szpitali przez miasto i powstaniu miejskiego »Wydziału dobr. publ.« ogłosił magistrat w tymże dniu w swym »rozkazie dziennym«. Wydział ten mieścić się będzie przy ul. Kapucyńskiej, a podzielony został na 3 biura: administracyjne, gospodarcze i dochodowe. Urzędników b. Rady dobr. przyjęto bądź do Wydziału, bądź do innych biur miejskich. Naczelnikiem Wydziału został p. Kazimierz Koralewski, a do stałej miejskiej komisyi dla spraw dobroczynności publ. powołani zostali na wniosek prezydenta miasta 4 obywatele, wśród nich z lekarzy Prof. Dr Kosiński. W dniu objęcia przez miasto znajdowało się w szpitalach warszawskich 3391 osób. — W d. 14. b. m. odbyło się pod przewodnictwem prezydenta miasta wspólne posiedzenie »Wydziału Dobr.« i lekarzy naczelnych szpitali. Prezydent oświadczył, że obecnie magistrat nie może nic przeznaczyć na budowę nowych szpitali i zakładów dobroczynnych, bo na spłacenie tylko długów b. Rady i dokonanie niezbędnych napraw musi zaciągnąć $1^{1}/_{2}$ milionową pożyczkę. To też inspektor szpitali wystąpił z projektem tymczasowych urządzeń, i tak, by wypisać ze szpitali wszystkich chorych nieuleczalnych oraz gruźliczych, co dałoby 400 miejsc wolnych. Dla nieuleczalnych należałoby urządzić osobny przytułek w domu wynajętym, dla gruźliczych zaś wybudować sanatoryum w lasach Mieni, należących do szpitala św. Ducha. Niezbędne jest powiększenie liczby miejsc w szpitalu św. Jana Bożego dla obłąkanych z Warszawy, ponieważ szpital w Tworkach teraz nie tak łatwo ich przyjmować będzie. Lekarze szpitalni położyli nacisk na potrzebę niezwłocznego powiększenia liczby łóżek dla chorych zakaźnych. Dla spraw tych uchwalono utworzyć dwie komisye: jedną — lekarską, pod przewodnictwem Prof. Kosińskiego, drugą — finansową pod przewodnictwem pomocnika prezydenta miasta E. Zientkowskiego. — Warszawska gmina izraelicka stara się o powołanie do komisyi szpitalnianej i jej przedstawicieli, ponieważ niektóre instytucye dobroczynne stanowią jej własność i otrzymują od niej zasiłek.

W ambulatoryach wielu szpitali były dawniej wszystkie niemal godziny zajęte, obecnie jest zajętych znacznie mniej (np. na Pradze z 6 godzin, dwie). Ostatnie przesilenia ekonomiczne sprawiły, że nieraz i osoby zamożniejsze zgłaszają się teraz do ambulatoryów po poradę bezpłatną. Stąd zniechęcenie lekarzy do zajęć w ambulatoryach.

W Instytucie higieny dziecięcej im. bar. Lenvala wprowadzono »dyspensatoryum przeciwgruźlicze« w postaci porad, udzielanych 3 razy na tydzień dzieciom od lat 5 do 15.

Do rzędu instytucyi, zmierzających do podniesienia poziomu umysłowego w kraju, przybywa »Towarzystwo naukowe« o programie, podobnym do istniejących gdzieindziej naszych »Towarzystw przyjaciół nauk«. Członkami Towarzystwa mogą być tylko osoby, mające stopień naukowy lub znane z prac naukowych. (Opłata najmniejsza 10 rb. rocznie).

Lekarze okuliści warszawscy powzięli myśl założenia własnego Kółka zawodowego. Do komisyi organizacyjnej wybrano Drów Kamockiego, Kępińskiego i Ziemińskiego.

Wobec projektu przeniesienia warsz. Instytutu weterynaryjnego (mającego obecnie 94 słuchaczy na I kursie) do jednego z miast Cesarstwa, ministeryum wojny zawiadomiło ministra oświaty, że dla względów wojskowych byłoby bardzo pożądane pozostawienie Instytutu i nadal w Warszawie. — Dla przejrzenia obowiązujących u nas przepisów weterynaryjnych obraduje w Warszawie zjazd inspektorów weter. z Królestwa Pols., pod przewodnictwem głównego inspektora weter., Dr Nagórskiego, który następnie odbędzie podróż inspekcyjną po Królestwie.

W związku akuszerek odbędzie się szereg wykładów Dr Neugebauera z zakresu położnictwa. — Wykład Dr J. Jaworskiego w »Stowarzyszeniu lekarzy polskich«: »O stosunku akuszerek do publiczności i lekarzy« został w ostatniej chwili przez władze zakazany. Tego rodzaju tematy mają poprzednio przechodzić przez cenzurę.

Druki, podlegające cenzurze urzędu lekarskiego, mają być z rozkazu oberpolicmajstra przedkładane odtąd nie jemu, ale bezpośrednio urzędowi lekarskiemu.

Ospa szerzy się w Warszawie coraz bardziej. W szpitalu św. Stanisława, który jest stale przepełniony, 80 łóżek oddano ospowym, a tylko 40 innym chorym zakaźnym; wielu zgłaszających się chorych odprawiać się musi z niczem. Inspektor szkół początkowych zażądał 500 rubli na szczepienie dzieci szkolnych; magistrat pieniędzy odmówił, ale przyrzekł krowiankę i pomoc lekarzy miejskich.

Również szerzy się ospa w Łodzi, i to bardzo gwałtownie. W jednym n. p. domu przy ul. Grochowskiej zapadło w jednym dniu 11. b. m. od razu 9 osób, w innym domu równocześnie 7 osób. Łódzki oddział Tow. higienicznego stara się wszelkiemi siłami zwalczać tę epidemię i urządza stacye szczepienia krowianki, powierzywszy tę sprawę komisyi, złożonej z Drów Bartoszewicza, A. Landaua i Trenknera. — Nadto pojawiło się w Łodzi nagminne zapalenie przyusznicy. — Łódzkiemu Pogotowiu ratunkowemu grozi zamknięcie dla braku środków, gdyż ma ono tylko 430 członków (w 400-tysiącznem mieście!), płacących rocznie około 5,000 rb.; drugie 5,000 rb. wpływa z subwencyi i opłat za przewożenie chorych, a wydatki wynoszą 18,000 rb.!

Dr Ł.

— *Otrzymaliśmy następujący »List otwarty«:* W Nr 45. »Przeglądu lek.« w korespondencyi Dra Ł. z Warszawy o aresztowaniach lekarzy szpitala św. Ducha przeczytałem, jakoby koledzy Drabczyk, Purytz i ja postanowili przyjąć do szpitala posługacza, wydalonego za przyjmowanie datków i usunąć przyjętego na jego miejsce. Z tego powodu czuję się zmuszonym podać do wiadomości ogółu, że opis tego faktu przez Dra Ł. nie zgadza się z prawdą: nie postanowiliśmy ani usuwać nowego, ani też przyjmować wydalonego. Treść korespondencyi Dra Ł. dziwi mnie tem bardziej, że w pismach warszawskich sprawa ta była opisana w odmiennem świetle i że Dr Ł. przy spotkaniu ze mną mógł łatwo dowiedzieć się, jak się rzecz właściwie miała.

Dr Jan Borzymowski.

Od Dra Drabczyka otrzymaliśmy oświadczenie, że się do powyższego sprostowania przyłącza.

— Zmarły niedawno (w Krakowie) Dr Czekierski zapisał 15,000 rb. na cele dobroczynne, m. i. 5,000 rb. na szpital dziecięcy przy ul. Kopernika, 2,000 rb. Towarzystwu lekarskiemu warszawskiemu.

— Ponieważ stosunek prywatnych zakładów dobroczynnych (n. p. obu warszawskich szpitali dla dzieci, towarzystwa opieki nad chorymi pozaszpitalnymi i t. d.) do b. Miejskiej Rady dobr. polegał na bardzo rozmaitych postanowieniach i stąd Rada nie mogła zakładów tych jednolicie i dostatecznie nadzorować, przeto dla uporządkowania stosunku tych zakładów do obecnych władz nadzorczych (Wydział dobr. Magistratu) proponuje Dr Polak (»Kuryer warsz.« 315), by zakłady te i Towarzystwa postarały się o zmianę swych ustaw, zastosowaną do nowego prawa o stowarzyszeniach z d. 8/21. marca 1906.

Wilno. Pomimo, iż jesień u nas była w tym roku wyjątkowo piękna, ciepła i sucha, zostało Wilno nawiedzone naraz przez epidemie odry, płonicy, czerwonki i duru brzusznego, zaś sporadycznie pojawiała się błonica, grypa i dur wysypkowy. Jak zwykle, tak i tym razem szerzeniu się chorób nagminnych pomagały szkoły męskie i żeńskie, w których sprawa zdrowia uczącej się dziatwy jest traktowana po macoszemu i wymaga gruntownej reformy.

Niemałe usługi w walce z dziecięcemi chorobami zakaźnemi odda niewątpliwie nowowybudowany kosztem miasta w zdrowej miejscowości szpital dziecięcy, urządzony według współczesnych wymagań nauki. Posadę ordynatora objął młody lekarz-pedyatra Dr Żabko-Potopowicz. Dotąd jednak szpital jeszcze nie został otwarty.

Zakład dla umysłowo chorych w Wilejce pod Wilnem, wybudowany na 1000 chorych, okazał się za szczupły, ponieważ obsługuje on kilka gubernii. To też obecnie rozszerzają go znacznie.

Pomimo, że uniwersytety rosyjskie od paru lat prawie stale są zamknięte, to jednak liczba lekarzy w Wilnie stale się zwiększa, co znowu ujemnie wpływa na byt materyalny lekarzy i chociaż kilku udało się dostać zajęcia płatne w Pogotowiu ratunkowem, w wojsku, lub na stanowisku lekarzy sanitarnych, ale wielu cierpi biedę. Młodzi lekarze, przybywający do Wilna, przeważnie nie starają się zawierać znajomości z kolegami, dawniej tu osiadłymi. To też dwie te generacye lekarzy prawie się ze sobą nie znają. Dlatego starsi lekarze wileńscy, Polacy i Litwini, próbowali zbliżyć się do młodszych kolegów i w tym celu urządzili parę zebrań koleżeńskich, ale już na drugiem zebraniu tyle było przykrych dysonansów, że dalszych prób wypadnie zaniechać.

Towarzystwo lekarskie również w ostatnich czasach przestało grać rolę łącznika między lekarzami wileńskimi. Wprowadzony ponownie do Towarzystwa język nasz został z rozkazu gubernatora z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego usunięty i zastąpiony przez urzędowy, rosyjski. Wobec tego członkowie Polacy niechętnie i nielicznie uczęszczają na posiedzenia i prawie nie zabierają głosu. Na październikowem posiedzeniu Towarzystwa zapadła dziwna uchwała przeniesienia posiedzeń z historycznej i pamiątkowej sali pouniwersyteckiej.... do klubu. W ogólności Towarzystwo znajduje się obecnie w dobie upadku i przeżywa przesilenie finansowe. Posiedzenia bywają nieliczne i niezajmujące. Protokoły, które dawniej wychodziły co miesiąc i obfitowały w treść, obecnie drukują się parę razy do roku i wyglądają suchotniczo. Tylko biblioteka Towarzystwa stale wzrasta, a to dzięki temu, że w ostatnich czasach przeszło na jej własność kilka księgozbiorów po śmierci niektórych lekarzy wileńskich. Ale z biblioteki tej nikt korzystać nie może, ponieważ pozostaje ona w straszliwym nieładzie i nikt nie wie, co w sobie zawiera. Komisya biblioteczna, która przed laty kilku rozpoczęła pracę skatalogowania książek, po kilku miesiącach ostygła w zapale i przestała pracować.

Wydział budowlany wileńskiego zarządu gubernialnego przedłożył ministerstwu do zatwierdzenia projekt wodociągów (1 milion rbs.) i kanalizacyi ($2^1/_2$ mil. rbs.) Wilna.

Dr Władysław Zahorski.

Z różnych stron. Z powodu mianowania profesorami Wydziału lek. w Paryżu prof. Nicolasa i Prenanta z Nancy wybuchły wśród studentów niepokoje, na które minister oświaty Briand odpowiedział zamknięciem Wydziału. Na studentów miało oddziałać niezadowolenie paryskich kandydatów do katedr z powodu powołania »obcych«.

— Dr med. Marya Schultz, Polka, urzędująca w kwarantannie w Port-Said, wysłaną została w misyi naukowej do Indyi przez francuskie ministerstwo oświaty.

— Koszta zwalczania moru w Japonii od r. 1899 do 1907 wyniosły około 6 milionów. W czasie tym chorowało na mór 1147, zmarło 949 osób,

— 29. Zjazd balneologów niemieckich odbędzie się w marcu 1908 we Wrocławiu.

— 28. I. 1908 otwartą zostanie w Petersburgu wystawa higieny kobiet.

Mianowani: Dr Adam Sznabl lekarzem miejskim, Dr Jakimowicz lekarzem higienistą zarządu lekarskiego, Dr Z. Messyng nadet. ordynatorem uniw. kliniki dyagnostyczno-terapeutycznej w Warszawie.

Zmarli: Dr Gimbut, lekarz artyleryi, w 48 r. ż. w Łomży (śmiercią samobójczą).

Redakcya otrzymała: Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1904. Lwów 1907.—Reis Wiktor: Ankyloblepharon filiforme adnatum. »Arch. f. Augenhk.« 1907. — Trochanowski: Zdroje iwonickie po ostatnim rozbiorze chemicznym, dokonanym r. 1907. — Ryłko: Przypadek mięsaka błony śluzowej trzonu macicy.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 27. listopada o godz. 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska l. 4). Porządek dzienny: 1) Sprawy administracyjne (wybór komisyi przedwyborczej). 2) Sprawozdanie komisyi w sprawie położnych w kraju naszym. Sprawozdawca Dr T. Piotrowski. 3) Prof. Rosner: O środkach znieczulających, używanych przy porodach prawidłowych. 4) Prof. Marchlewski: Z badań nad barwikiem krwi i chlorofilem.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Pyrenol według zdania Dra P. Schütte (»Deut. mediz. Presse«) powinien być znanym każdemu lekarzowi, ponieważ obok wielostronności i energii swego działania nie grozi żadnem ubocznem niebezpieczeństwem i nie wywiera szkodliwych następstw. Posiada on znakomite właściwości uśmierzające i wykrztuśne. Jest środkiem przeciwgorączkowym i przeciwgośćcowym i ma tę zaletę, że pobudza i wzmacnia czynność serca, gdy salicyl i inne mu pokrewne środki wpływają na serce niekorzystnie; przyczynia się nadto pyrenol do polepszenia ogólnego stanu chorego, bo podnieca apetyt i przyspiesza wymianę materyi.

Przeciw chorobom narządu oddechowego jest pyrenol lekiem znakomitym: przy zapaleniu płuc, jakoteż innych gorączkowych chorobach, stosuje się go jako środek przeciwgorączkowy i niezawodny przeciw dotkliwemu kłuciu w piersiach; ostre nieżyty krtani i płuc przebiegają o wiele prędzej i pomyślniej, niż przy stosowaniu innych środków; przewlekłe nieżyty oskrzeli i rozedmę płuc, nawet w zastarzałych przypadkach, łagodzi pyrenol znacznie; przy dychawicy nerwowej i oskrzelowej usuwa szmery, kaszel i napady. Nie bez znaczenia jest przytem, że pyrenol przez dłuższy czas bez przerwy może być podawanym, oraz, że nawet wtedy działa, gdy jodek potasu nie pomaga; przy krztuścu stwierdzono złagodzenie cierpienia i krótszy czas trwania kaszlu, przy gruźlicy płuc i gruźlicy krtani dały się stwierdzić uśmierzające właściwości pyrenolu.

Dawkowanie: 1) Pastylki: dla dorosłych 3—4 razy dziennie po 1—3 pastylek, dla dzieci 3—4 razy dzień. po ¼—1 pastylki (ewentualnie pastylki roztarte w słodzonej wodzie, mleku i t. p.). 2) Rozczyn: 2—5% dla dorosłych 2—3 łyżki stołowe co godzinę, dla dzieci ½—1 łyżeczki kawowej w wodzie malinowej. *Hr.*

Benzosalin poleca jako środek przeciw gośćcowi Dr Karol Ganz (»Medizin. Woche« Nr 47, 1906). Autor robił próby w przypadkach ostrego i przewlekłego gośćca przy znacznej gorączce. Po użyciu tabletek ustępowały bóle i obrzęk, spadała ciepłota i następowało w krótkim czasie zupełne wyzdrowienie. Niemiłe przypadłości, jak gniecenie w żołądku lub szum w uszach, zdarzające się przy stosowaniu kwasu salicylowego, w żadnym wypadku nie wystąpiły. W przypadkach grypy wszelkie objawy ustąpiły przez podawanie 3 gr. dziennie benzosalinu. Wobec powyższych doświadczeń uważać należy benzosalin za najlepszy środek w gośćcu, a także za środek przeciwgorączkowy, zastępujący całkowicie kwas salicylowy i salicylan sodu, przez co znacznie wzbogaca naszą skarbnicę leków. *Hj.*

Dispnon (Dr Waissbart: »Zentralblatt f. die ges. Therapie«, Nr 4, 1907) — lek, wyrabiany przez aptekę »zur Austria« w Wiedniu w formie pastylek, składa się z *theobromin. natr. salicyl. 0,25, theobrom. natr. acetic. 0,1* lub *quebracho 0,1*. Dzięki temu, że dispnon składa się z jednej strony z diuretyny i aguryny, a z drugiej z kory quebracho, stosowanie jego jest rozległe. O teobrominie i od niej pochodnych, jakoto: aguryna, diuratyna, uroferyna i i. odzywa się Brener z uznaniem przy leczeniu dusznicy bolesnej i pokrewnych stanów. Kora quebracho w rozczynie zasadowym działa na podstawie badań Harnacka, Hofmanna i innych podobnie, jak apomorfina. Jest ona znakomitym środkiem przy wszelkiego rodzaju stanach połączonych z dusznością. Mandl stosował z powodzeniem dispnon przy dychawicy sercowej, dusznicy bolesnej, stwardnieniu tętnic i t. d. Wogóle poleca autor podawać dispnon chorym z ciężkiemi wadami serca lub objawami dusznicy. Dawkowanie: średnio 3 razy dziennie po 2 pastylki. *A.*

Thephorin. (Dr Cohn. »Deutsche Medizin. Wochenschr.« Nr 35, 1907). Sól podwójna sodoteobrominy z mrówkanem sodu jest środkiem analogicznym z diuretyną, w której kwas mrówkowy zastąpił kwas salicylowy. Zawiera ona 62,5 prc. teobrominy i 23,5 prc. mrówkanu sodowego. Lek ten wyrabiany przez fabrykę Hoffmann la Roche w proszku lub tabliczkach 0,5 gr. Doświadczenia, wykonane na świnkach morskich w zakładzie farmakologicznym uniwersytetu berlińskiego przez Maasa, stwierdziły następujące własności tego leku: niewielką toksyczność, śmiertelna dawka od 0,8—0,9 gr. na kg. morskiej świnki; ogólnie w małych dawkach jest teforyna środkiem lekko podniecającym, w większych wzgl. śmiertelnych wywołuje porażenie. Teforyna obniża wysokość ciśnienia krwi, podnosi tętno i zwiększa ilość moczu u zwierząt zdrowych. Lecznicze skuteczne dawki są niższe od trujących. C. zastosował lek ten przeciw zastojom na tle chorób nerek i serca. Podawano w tabliczkach 2 razy 0,5, co jest właściwą dawką; gdzie taka nie skutkowała, tam i większe nic nie pomogły. W 2 przypadkach wystąpiły w ½ gr. po przyjęciu środka mdłości i wymioty, ustały jednak, kiedy po jedzeniu powtórzono dawkę. Niekiedy używano leku do 3 tygodni codziennie, bez żadnych ubocznych działań na przewód pokarmowy. W przypadkach schorzenia mięśnia sercowego i w cierpieniach nerek, gdzie zalecano 4 razy 0,5, wystąpił po 3 tabliczkach ból głowy. Przy niedomykalności zastawki i stwardnieniu tętnicy głównej reguluje teforyna akcyę serca. Głównie wpływa teforyna na oddawanie moczu i to w połączeniu z nalewką naparstnicy lub digalenem. W chorobach nerek są wyniki na ogół mniej korzystne. W przypadku podostrego zapalenia nerek wróciło w moczu białko po podaniu teforyny (usunięte poprzednio po zastosowaniu diuretyny) po usunięciu teforyny białko znikło na czas jakiś. Ostrożności wymaga stosowanie teforyny w przewlekłem zapaleniu nerek. Głównie zaleca się teforynę w niedomodze sercowej. Można ją podawać nawet przy nieżycie żołądka. W razie skłonności do wymiotów wystarczy podać na 10 minut przed teforyną 10 kropel 1 prc. rozczynu kokainy. *Hf.*

Zatrucie lysolem zdarzyło się ponownie w Berlinie. Marya Tietz, żona szynkarza, otruła lysolem obu synów, w wieku 7 i 3 lat, poczem sama zażyła tej trucizny i ciężko się uszkodziła. Wskazanem byłoby zabronienie sprzedaży lysolu bez polecenia lekarskiego. *Ll.*



POD ZŁOTĄ GWIAZDĄ ✱ POD ZŁOTĄ GWIAZDĄ

APTEKA POD „ZŁOTĄ GWIAZDĄ" PIOTRA MIKOLASCHA

wyrabia: **WE LWOWIE** wyrabia:

Syrup Sulfoguajakolowy i Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą.

W działalności zupełnie identyczny z Siroliną firmy Hoffmann La Roche według orzeczenia Komisyi Przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie. O 50% tańszy od Siroliny.

Syrup Sulfoguajakolowy kosztuje 2 K.

Syrup Sulfoguajakolowy z kolą kosztuje 2·50 K.

Wydaje się tylko na przepis lekarski.

Poleca ustalonej sławy **WINA LECZNICZE** przez Dra Karola Mikolascha pierwsze w Austryi w r. 1870 wprowadzone.

Wino Chinowe, Chinowo-żelaziste, Kaskarowe, Condurango, Borówkowe, Rumbarbarowe, Pepsynowe, Cola, Peptonowe, Malaga, Tokaj stary, Cognac najlepszy. 210

Zaopatrzone atestami pierwszorzędnych powag lekarskich i naukowych.

Główny skład wszystkich specyfików krajow. i zagranicznych

ABACYA 306

Dr Marek Berger

ordynuje od października do maja

latem w IWONICZU.

Dr med. J. Maciejewski

ordynuje od 1-go października począwszy do pierwszych dni maja 308b

w Wiesbaden, Röderstrasse 34, I. p.

Kąpiele lecznicze wszelkiego rodzaju, elektroterapia, zabiegi wodolecznicze, masaż aktywny, wibracyjny i ręczny.

Latem praktykuje jak zwykle w **Kissingen**, gdzie zarazem przyjmuje chorych w swoim pensyonacie dyetetycznym.



LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

EUGENIUSZA MATULI Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne:

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w 1/4 szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. Działa **znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.

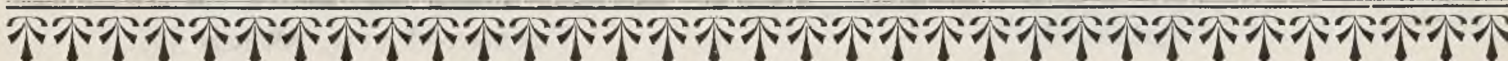




Stomachin (Cognac chinae). 208

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podniecа i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginal Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.



*

KRAKÓW, Św. TOMASZA 18 (róg FLORYAŃSKIEJ). — Tel. Nr. 81.

LECZNICA CHIRURGICZNA

AMBULATORYUM

dla chorych przychodnich.

Endoskopia, galwanokaustyka, massaż wibracyjny, przyrządy do leczenia zapomocą gorącego powietrza według Biera, mechanoterapia.

Przenośny aparat Roentgena.

SALA OPERACYJNA 222

Oddzielne ambulatoryum dla chorych niezamożnych.
Godziny przyjęcia od 9-tej do 11-tej przedpołudniem.

ZAKŁAD ROENTGENOWSKI. — PRZEŚWIETLANIE I LECZENIE.

Dr ARTUR FROMMER

były I-szy sekundaryusz oddziału chirurg. szpitala św. Łazarza ordynuje od godziny 3-ciej do 4-tej popołudniu.

Cena w Warszawie: rocznie rb. 6 k.— półrocznie „ 3 „ —

MEDYCYNA

Z przes. poczt. i zagranicą: rocznie rb. 7 k.— półrocznie „ 3 „ 50

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYKÓW

wychodzi w Warszawie co sobotę w zwiększonym formacie i obejmuje: 1) Artykuły oryginalne ze wszystkich działów wiedzy lekarskiej. 2) Spostrzeżenia z klinik i szpitali. 3) Kazuistykę lekarską. 4) Najważniejsze wiadomości z dziedziny hygieny współczesnej. 5) Streszczenia, przekłady lub wyciągi z pism zagranicznych. 6) Wykłady kliniczne. 7) Sprawozdania z kongresów naukowych. 8) Krytykę i bibliografię. 9) Kwestye zawodowe. 10) Drobniejsze wiadomości. 11) Nekrologi. 12) Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne. 13) Wzmianki o dziełach nadesłanych do redakcyi. 14) Odpowiedzi od redakcyi. 15) Ogłoszenia i t. d.

Wydawca Redaktor 183

Dr. GURANOWSKI (Jasna 6). Dr. med. SADOWSKI (Krak.-Przedm. Nr. 7.

Nowy koncesyonowany krakowski

Zakład desinfekcyjny i czyszczenia mieszkań

p. f. „SANATOR"

przy ul. Mikołajskiej L. 11. 227

Wykonuje desinfekcye po chorobach zakaźnych, czyści okna, wystawy, portale, podłogi, zapuszcza i froteruje posadzki oraz tępi owady. — po cenach niskich. Kilkuletnia praktyka przy prowadzeniu zakładu „Nuntia". Świadectwa i dowody uznania ze strony panów lekarzy i osób prywatnych.

!! Polecony przez Krakowską Komisyę przemysłowo-lekarską. Odznaczony najwyższemi odznaczeniami na wystawach hygienicznych we Wiedniu i Paryżu 1906 i we Lwowie 1907. !!

Najprzyjemniejszym zarówno w smaku jak zapachu, Tranem rybim, jest specyalną metodą przyrządzony

Tran jodowo-żelazisty-aromatyczny

z prawnie zarejestrowaną marką ochronną

JECOFERROL 127

wyrobu chemika Dra JULIUSZA FRANZOSA

aptekarza w Tarnopolu.

Tran ten sprowadzony wprost z Bergen w Norwegii, zawiera 0·25% jodku żelazowego, podczas gdy tran Lahusena ma tylko 0·20% Fe J₂. Nadto jest „JECOFERROL" o całą koronę tańszy od tranu Lahusena, który kosztuje Kor. 3·50. Do każdej flaszki oryginalnej, pojemności 1/2 litra, dołączony jest pakiet nader przyjemnej pasty miętowej.

Cena 2 Kor. 50 hal.

ordynuje się: „JECOFERROL" Dr FRANZOS.

Do nabycia we wszystkich większych aptekach.
We Lwowie w aptekach Mikolascha, Haya, Dra Piepes-Poratyńskiego, Dra Wiewiórkowskiego, Łaz. rskiego.
W KRAKOWIE W APTECE WIŚNIEWSKIEGO.

NORMALNE WODY MINERALNE

WEDŁUG PRZEPISU

Prof. Dr. W. JAWORSKIEGO w KRAKOWIE.

(NAUKA O CHOROBACH WEWNĘTRZNYCH TOM III. PROF. W. JAWORSKI).

Wyrabia Rządowo uprawniona fabryka Wyrabia Rządowo uprawniona fabryka

K. RZĄCY i CHMURSKIEGO w KRAKOWIE, ul. św. Gertrudy l. 4. (Telef. Nr. 227).

a) Wody normalne zawierające składniki tylko mineralne:

Nr.	Woda normalna			hal.	Nr.	Woda normalna			hal.
I	Normalna	flaszka	3/4 l.	40	XII	Jodowa słabsza	flaszka	3/4 l.	50
II	Alkaliczna słabsza . . .	„	„	30	XIII	Jodowa mocniejsza . .	„	1/2 l.	50
III	Alkaliczna mocniejsza .	„	„	35	XIV	Bromowa słabsza . . .	„	3/4 l.	40
IV	Słona słabsza	„	„	35	XV	Bromowa mocniejsza . .	„	1/2 l.	40
V	Słona mocniejsza . . .	„	„	40	XVI	Żelazista	„	3/4 l.	40
VI	Alkaliczno-słona . . .	„	„	30	XVII	Arsenowa	„	1/2 l.	50
VII	Glauberska mocniejsza .	„	„	40	XVIII	Arsenowo-żelazista . .	„		50
VIII	Glauberska słabsza . .	„	„	30	XIX	Dyetetyczna	„	3/4 l.	40
IX	Magnowa	„	„	40	XX	Kwaskowata	„	1/2 l.	30
X	Wapniowa	„	„	40	XXI	Stołowa normalna . . .	„	3/4 l.	30
XI	Litowa	„	„	50					

b) Wody normalne zawierające salicylany:

Nr.		hal.	Nr.		hal.
XXII	A. **Aqua alcalina** eff. **mitior** numerata	40	XXV	D. **Ziemna mocniejsza** numerowana . .	60
XXIII	B. **Aqua alcalina** eff. fortior	60	XXVI	E. **Aqua magnesiae** eff. numerata . .	40
XXIV	C. **Ziemna słabsza** numerowana . .	40			

UWAGA: Dla odróżnienia, godłem wód normalnych jest na etykietach rysunek **ryby** ze strzałką. Dla uniknięcia pomyłek z wodami naśladowanemi, uprasza się do nazwy szczegółowej wody dodawać wyraz **»normalna«** i numer. Broszury podające skład i terapeutyczne stosowanie wód normalnych przesyłamy na żądanie franko.

201

Rok XLVI. Kraków, dnia 30 listopada 1907. Nr 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Przyczynek do znajomości i etyologii wrzekomych przepuklin brzusznych bocznych.

Podał

Prof. Dr Roman Barącz we Lwowie.

Wiadomości o rzekomych przepuklinach brzusznych bocznych i o sposobie ich powstania są jeszcze nadzwyczaj skąpe. Dopiero w ostatnich czasach do wyświetlenia tej sprawy przyczyniły się prace O. Wyssa[1]), D. Giordano[2]), Borchardta[3]), F. de Quervaina[4]) i R. Barącza[5]), oraz najnowsze prace I. Ibrahima i O. Hermanna[6]) z kliniki O. Vierordta w Heidelberdze, wreszcie praca Blauela[7]).

Wyss[8]) i Giordano[9]) stwierdzili, pierwszy drogą sekcyi, drugi przez autopsyę podczas herniotomii, że w niektórych przypadkach przepuklina taka polegać może na wrodzonym braku lub niedostatecznym rozwoju bocznych mięśni brzusznych. Borchardt[10]) opisał w r. 1901 przypadek przepukliny brzusznej bocznej u dziecka 5/4-letniego, u którego matka zaraz po urodzeniu spostrzegła obrzęk w okolicy lędźwiowej lewej, powoli wzrastający. Wypuklenie półkuliste zajmowało całą przestrzeń pomiędzy łukiem żebrowym, a grzebieniem kości biodrowej. Borchardt przypuszczał, że chodziło o braki mięśniowe. Sekcya dowiodła jednak, że nie było tu prawdziwej przepukliny, tylko że było to wypuklenie ściany brzusznej, t. zw. przepuklina wrzekoma *(hernia spuria, pseudohernia)*, którą odnieść należało do słabego rozwoju i zaniku mięśni. W jaki sposób należało sobie wytłomaczyć ten zanik, ograniczony tylko na pewną przestrzeń, tego Borchardt nie wyjaśnia. W przypadku tym nie wykonano też badania neurologicznego. F. de Quervain[11]) opisał w tym samym roku przypadek podobny do przypadku Borchardta. Dotyczył on 2-let. chłopca, u którego w 3 miesiące po urodzeniu powstawał obrzęk półkulisty okolicy brzusznej bocznej lewej podczas krzyku. O poprzedzających chorobach nie było wiadomości. Chory zaczął chodzić w 10. miesiącu życia. W 14. przebył zapalenie dławcowe gardła, poczem powstało uporczywe porażenie kończyn dolnych. Podczas krzyku występował w okolicy brzusznej bocznej lewej guz, wystający w postaci półkuli, sprężysty, nad którym opukiwanie dawało odgłos bębenkowy. Obrzęk ten, wielkości pięści, był usadowiony pomiędzy łukiem żebrowym a grzebieniem kości biodrowej. Przy zwolnieniu tłoczni brzusznej można było wymacać przez miejsce wypuklenia kręgosłup. Podczas skurczu mięśni brzusznych zaznaczała się ostro granica pomiędzy skurczonemi, a miękkiemi włóknami mięśniowemi, które nie kurczyły się po zastosowaniu prądu faradycznego. Przy operacyi znaleziono tylko warstwy powięziste, z bardzo skąpemi, blademi włóknami mięśniowemi we wszystkich 3 mięśniach. Wynik operacyi był niezupełny.

Za przyczynę zaniku mięśni uważa de Quervain wpływ układu nerwowego, a mianowicie powstałe w łonie matki lub w pierwszych tygodniach życia pozapłodowego schorzenie nerwu, zaopatrującego porażoną okolicę, najprawdopodobniej nerwu międzyżebrowego XII. *(n. subcostalis)*.

W r. 1902 ogłosiłem[12]) przypadek, dotyczący $2^1/_2$-let. chłopca, u którego po przebytej przed 3 miesiącami 14-dniowej chorobie, do duru brzusznego podobnej, obok zupełnego porażenia kończyny dolnej lewej i częściowego kończyny dolnej prawej dawała się stwierdzić przepuklina brzuszna boczna, podobnie jak w przypadku de Quervaina. W przypadku tym nie mogłem wtedy rozstrzygnąć na pewne — wobec braku wiarygodnych wywiadów i niemożliwości dłuższej obserwacyi chorego, — czy szło o następstwa przebytego ostrego zapalenia rogów przednich rdzenia *(poliomyelitis anterior acuta)*, czy też o inne cierpienie rdzenia.

W r. 1905 ogłosili J. Ibrahim i O. Hermann[13]) z kliniki prof. O. Vierordta 4 przypadki przepuklin brzusznych bocznych jedno lub obustronnych, dotyczące dzieci w pierwszych latach życia, w których nie mogło być wąt-

[1]) Oscar Wyss (Zurych): Ueber Hernia ventralis lateralis congenita und ihre Beziehungen zur Hernia lumbalis. Beiträge zur Chir. Festschrift f. Billroth. Stuttgart Enke 1892.

[2]) Davide Giordano: Centributo allo studio e cura del laparocele. Riforma medica 1893, Nr 33.

[3]) M. Borchardt: Ueber Lumbalhernien und verwandte Zustände. Berliner klin. Wochenschrift 1901, Nr 49 i 50.

[4]) F. de Quervain: Ueber den seitlichen Bauchbruch. Archiv f. klin. Chir. 1901, T. 65, Z. I, str. 156 i nast.

[5]) R. Barącz: O przepuklinach lędźwiowych i brzusznych bocznych (laparocele). Gaz. lek. 1902, Nr 31—33 i Archiv f. klin. Chir. 1902, Tom 68, Zeszyt III.

[6]) I. Ibrahim i O Hermann: Ueber Bauchmuskellähmungen bei Poliomyelitis anterior acuta im Kindesalter. Deut. Zeitschr. f. Nervenheilkunde 1905, Tom 29, str. 113 i n.

[7]) Blauel: Zur Aetiologie der seitlichen Bauchbrüche. v. Bruns Beiträge zur klinischen Chir. 1907, Tom 54, Zeszyt I, str. 229 i n.

[8]) L. c.

[9]) L. c.

[10]) L. c.

[11]) L. c.

[12]) L. c.

[13]) L. c.

pliwości, że we wszystkich przypadkach chodziło o ograniczone porażenie mięśni ukośnych brzucha po przebytem porażeniu rdzeniowem.

Wreszcie na początku b. r. (1907) opisał Blauel[14]) przypadek z kliniki Brunsa w Tybindze, zupełnie podobny do mojego, tak co do przebiegu, jak i obrazu klinicznego, który uważa za pierwsze w literaturze chirurgicznej dokładne spostrzeżenie przepukliny brzusznej bocznej po przebytem porażeniu rdzeniowem u dzieci.

Wspomnieć jeszcze należy, że Strassburger[15]) opisał przypadek odosobnionego częściowego porażenia mięśni brzusznych, który jednak nie przedstawiał obrazu przepukliny.

Z powyższego widzimy, że porażenie mięśni brzusznych z następowem wytworzeniem się przepukliny brzusznej bocznej rzekomej jako objaw klinicznego obrazu porażenia rdzeniowego u dzieci nie wydaje się być bardzo rzadkiem. A jednak nie znajdujemy o niem wzmianki ani w podręcznikach o chorobach nerwowych, ani w podręcznikach chirurgicznych. Tylko Oppenheim[16]) powiada, »że po porażeniu rdzeniowem u dzieci z mięśni tułowia nierzadko dotknięte bywają mięśnie grzbietu; także nierzadko daje się zauważyć (podług jego spostrzeżeń) obok porażenia kończyny porażenie mięśni brzusznych«.

Według Ibrahima i Hermanna[17]) miał Duchenne jeszcze w roku 1867 spostrzegać przypadek porażenia rdzeniowego z zajęciem mięśni brzusznych po stronie prawej.

W sierpniu 1903 i w styczniu 1907 spostrzegałem następujący przypadek przepukliny brzusznej bocznej po przebytem porażeniu rdzeniowem u dziecka.



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

L. M., 4$^1/_6$-letni syn podurzędnika kolejowego ze Lwowa, zgłosił się do mnie 10. VIII. 1903 z powodu porażenia kończyny dolnej lewej i niemożności chodzenia oraz obrzęku po prawej stronie brzucha.

Wywiady: Urodził się zupełnie zdrowy 24. VI. 1899 w Zaleszczykach, gdzie wtedy więcej dzieci na podobną chorobę miało zapaść. Ma troje rodzeństwa, z tych brat młodszy ma cierpieć na porażenie mięśni ocznych. W 3. miesiącu życia miał przebyć czerwonkę i wrzód w gardle. W wigilię Bożego Narodzenia 1899 (w 6 miesiącu życia) wystąpiły u niego wymioty i wysoka gorączka z utratą przytomności. Objawy te trwały do Nowego Roku 1900. Już 2. stycznia, t. j. bezpośrednio po ustąpieniu objawów gorączkowych, zauważyła matka porażenie prawej nogi, której podnieść nie mógł, wkrótce potem zauważyła wypuklenie prawej strony brzucha, występujące wybitniej podczas krzyku lub płaczu. Wypuklenie to zwiększa się ciągle. Bezwład kończyny dolnej prawej utrzymuje się pomimo stosowania prądu elektrycznego, kąpieli i miesienia przez szereg miesięcy. Chory nie może chodzić, tylko łazi; stanąć może tylko wtedy, gdy się go podeprze.

Badanie stwierdziło: Chłopczyk słabo rozwinięty, licho odżywiony. Kończyna dolna prawa znacznie zanikła, wiotka, zupełnie porażona, sino zabarwiona, chłodna i znacznie cieńsza od prawej. Ruchów żadnych kończyną tą chory wykonać nie może. Na brzuchu po stronie prawej można zauważyć wypuklenie w postaci wielkiej półkuli, zwiększające się i odgraniczające się wyraźniej podczas płaczu lub nadymania się. Wypuklenie to sięga od linii pachowej przedniej do linii pachowej tylnej i od łuku żebrowego prawie do grzebienia kości biodrowej; wymiar jego w kierunku poprzecznym wynosi około 14 cm, w kierunku pionowym około 13 cm. W postawie stojącej przegina chory zupełnie wiotkie kolano prawe ku tyłowi (*genu recurvatum*); przytem występuje wyraźne skrzywienie w części lędźwiowej kręgosłupa ku stronie prawej. Przy użyciu prądu przerywanego nie można wywołać drgań w porażonej kończynie dolnej prawej, ani też w zakresie wypuklenia w mięśniach brzucha po stronie prawej.

Rozpoznanie: Porażenie wiotkie prawej kończyny dolnej, przepuklina rzekoma brzuszna boczna jako następstwo przebytego rdzeniowego porażenia dziecięcego.

Chory miał zgłosić się nazajutrz, celem dokładniejszego zbadania neurologicznego, jednak nie pojawił się; zgłoszono się do mnie dopiero 2. I. 1907, zatem po 4 latach. Matka podaje, że chłopiec zaczął chodzić o własnej sile dopiero od maja 1906 po półrocznem metodycznie przeprowadzonem miesieniu i kąpie-

[14]) L. c.

[15]) Julius Strassburger: Zur Klinik der Bauchmuskellähmungen auf Grund eines Falles von isolirter partieller Lähmung nach Poliomyelitis anterior acuta. Deut. Zeitschr. f. Nervenheilkunde, T. 31, 1906.

[16]) H. Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 4 wyd. Berlin 1905, T. I. str. 214.

lach leczniczych; chory może wprawdzie przy pomocy szczudeł lub jakiejkolwiek podpory prosto chodzić, woli jednak chodzić i biegać na czworakach.

Badanie tegoż dnia przedsięwzięte stwierdziło: chłopiec, obecnie 8-letni, jest słabo zbudowany, miernie odżywiony, ma cerę twarzy zdrową. W położeniu na wznak jest brzuch po stronie prawej tylko bardzo nieznacznie wypukłony, jest tylko bardzo wiotki w porównaniu ze stroną zdrową. Kończyna dolna prawa jest znacznie zanikła, porażona, sino zabarwiona, znacznie cieńsza od lewej. Kończyną tą nie może chory leżąc na wznak wykonać żadnych ruchów, z wyjątkiem minimalnych drgań czwartym palcem. Przy położeniu na boku lewym unosi tę kończynę tylko nieznacznie. Kończyna dolna lewa przedstawia mniej wybitny zanik; kończyną tą może chory wykonać następujące ruchy: zginanie i wyprostowywanie w stawach biodrowym, kolanowym i skokowym, ruchy obrotowe (rotacyę) i przywodzenie w stawie biodrowym, zwracanie na wewnątrz i na zewnątrz (pronacyę i supinacyę) oraz ruchy obrotowe, prostowanie i zginanie w stawie skokowym. Podczas siadania (przejścia z położenia na wznak do siedzenia), przyczem chory podpiera się lewym łokciem, wypukla się bardziej prawa strona brzucha, przytem występuje pomiędzy prawym łukiem żebrowym, a grzebieniem biodrowym obrzęk owalny wielkości jaja strusiego, który po zwolnieniu tłoczni brzusznej zapada się. Przy omacywaniu jest wypuklenie to sprężysto twarde; przy opukiwaniu daje ono odgłos bębenkowy. Przy omacywaniu obrzęku podczas siadania można wymacać przez powłoki brzuszne po stronie prawej szeroką podłużnie owalną szparę w mięśniach brzusznych. Dośrodkowy jej brzeg tworzy boczny brzeg mięśnia prostego brzucha, boczny brzeg szpary tworzy twarde, ostro odgraniczone, ukośnie od góry dośrodkowo ku dołowi bocznie przebiegające pasmo mięśniowe (*m. obliq. abdom. ext.*). Pod tym brzegiem mięśniowym można wymacać w tym samym kierunku przebiegające mniej wybitne pasmo, należące do mięśnia głębiej leżącego (*m. obliq. abdom. int.*); szerokość tej szpary mięśniowej wynosi około 7 cm. Dolny brzeg ubytku mięśniowego sięga blisko na 3 cm. powyżej grzebienia kości biodrowej, górny brzeg blisko łuku żebrowego.

Gdy dziecko siedzi, wypukla się brzuch po stronie prawej silniej i występuje wyniosłość, niedokładnie odgraniczona. Jeżeli dziecko przytem płacze, śmieje się, krzyczy, kaszle, a szczególnie podczas nadymania się, występuje półkuliste ostro odgraniczone wypuklenie prawie wielkości głowy dziecka, sięgające ku górze prawie do łuku żebrowego, ku dołowi prawie ku kolcowi przedniemu, ku przodowi blisko pępka; tylna granica jest mniej uwydatniona. To samo ma miejsce, jeżeli dziecko stoi i nadyma się (por. ryc. 1 i 2). Wypuklenie jest rozmieszczone zatem pomiędzy linią pachową przednią, a tylną. Wymiary jego wynoszą: poprzeczny 24 cm, pionowy zaś 22 cm.

Gdy dziecko stoi, wypukla się cała prawa strona brzucha, lewa strona jest zapadnięta (por. ryc. 3). Przy obciążeniu stawu kolanowego zgina się kolano ku tyłowi (*genu recurvatum*) (por. rycinę 1 i 3). Przy oglądaniu dziecka od tyłu występuje wybitnie prawostronne skrzywienie kręgosłupa w części lędźwiowej z obniżeniem prawej połowy miednicy i wystawaniem lewego krętarza większego. Mięsień prostujący grzbiet jest po stronie prawej zanikły. Lewy pośladek jest zanikły, płaski, natomiast prawy uwydatnia się wyraźnie. Podczas chodu wyrzuca dziecko porażoną prawą kończynę, przyczem powstaje kolano w tył przegięte (*genu recurvatum*). Dziecko stąpa zewnętrznym brzegiem stopy (stopa końskoszpotawa poraźna); brzeg ten ma na wysokości podstawy V. kości śródstopia wielki nagniot.

Dokładne badanie neurologiczne, dokonane łaskawie przez Prof. Dr Prusa, stwierdziło: wszystkie mięśnie prawej goleni i uda okazują tzw. porażenie wiotkie (schlaffe Lähmung), natomiast mięśnie kończyny dolnej lewej są w wysokim stopniu niedowładne. Czucie w obu kończynach dolnych (dotyku, bolu i ciepłoty również i lokalizacya czucia) jest prawidłowe.

Pobudliwość elektryczna: Mięsień prosty brzucha lewy jest częściowo zwyrodniały; oddziaływa bardzo słabo na prąd przerywany, w środkowej swej części wcale nie oddziaływa na prąd przerywany; przy użyciu prądu stałego występuje skurcz silniejszy przy zamknięciu anody, niż skurcz przy zamknięciu katody. Mięsień prosty brzucha lewy oddziaływa w górnej części na prąd przerywany bardzo słabo, w środkowej i dolnej części wcale nie. To samo stwierdza się przy użyciu prądu stałego. Mięsień skośny zewnętrz. brzucha lewy oddziaływa prawidłowo na prąd stały i przerywany; natomiast mięsień ukośny zewnętrz. prawy nie oddziaływa wcale ani na prąd stały ani przerywany (całkowity odczyn zwyrodnienia). Mięśnie kończyny dolnej prawej nie oddziaływają ani na prąd przerywany, ani stały, natomiast mięśnie kończyny dolnej lewej okazują częściowy odczyn zwyrodnienia. Mięsień prostujący grzbiet po stronie prawej nie oddziaływa na prąd przerywany, a na stały słabo.

Odruchy: kolanowy lewy utrzymany, prawy zupełnie zniesiony. Odruch ścięgna Achillesa po stronie lewej utrzymany, po prawej zniesiony. Odruchy dźwigacza jądra (*cremaster*) obustronnie nieco zmniejszone. Odruchy brzuszne po stronie lewej: górny, środkowy i dolny utrzymane, po prawej: górny słabo zaznaczony, środkowy zupełnie zniesiony, a dolny również osłabiony.

Nasz nowy przypadek służy zatem jako nowy dowód, że przepuklina brzuszna boczna zawdzięcza swoje powstanie częściowemu porażeniu tych mięśni po przebytem porażeniu rdzeniowem. (C. d. n.)

Z oddziału I. B) chorób wewnętrznych Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Rzut oka na przypadki duru brzusznego w ubiegłem dziesięcioleciu.

Napisał

Prym. Dr Antoni Krokiewicz.

(Dokończenie).

W 61 przypadkach (25 m., 36 k.), t. j. 15%, można było stwierdzić zejście śmiertelne w przebiegu duru brzusznego, a w 324 przyp. (169 m., 155 k.), t. j. 84,2% wyleczenie. Największa śmiertelność przypadała na rok 1907 i wynosiła 26,6%; najmniejsza na r. 1897 i wynosiła 3,4%. Średnia śmiertelność u chorych na dur brzuszny dosięgała 15,5—16,2%. Śmiertelność w poszczególnych latach przedstawiała się następująco:

w r. 1897 (od 1. VI.)	zmarło na dur brz.	(0 m.,	1 k.)	1	t. j. 3,4%
» 1898	» » » »	(2 »	4 »)	6	» 15,8 »
» 1899	» » » »	(3 »	3 »)	6	» 16,2 »
» 1900	» » » »	(4 »	3 »)	7	» 14,8 »
» 1901	» » » »	(3 »	7 »)	10	» 20,4 »
» 1902	» » » »	(2 »	1 »)	3	» 12,5 »
» 1903	» » » »	(2 »	5 »)	7	» 15,5 »
» 1904	» » » »	(2 »	1 »)	3	» 12,5 »
» 1905	» » » »	(4 »	4 »)	8	» 21,6 »
» 1906	» » » »	(1 »	1 »)	2	» 8,3 »
» 1907 (do 1. VII.)	» » » »	(2 »	6 »)	8	» 26,6 »

Ta znaczna różnica ze względu na ilość przypadków śmiertelnych w poszczególnych latach zależała: 1) od złośliwości epidemii duru brzusznego, 2) od okresu choroby, w którym chorzy przybywali do szpitala — wreszcie 3) od warunków przestrzegania dyety.

Największa liczba przypadków śmiertelnych wydarzyła się u chorych między 20. a 30. rokiem życia, mniejsza pomiędzy 13—20 i 30—40 rokiem życia; w wieku ponad 40 lat zdarzyły się tylko 4 przypadki zejścia śmiertelnego, gdyż:

w wieku od 13—20 lat	zmarło	(10 m.,	6 k.)	16	chorych
» » 20—30 »	»	(8 »	19 »)	27	»
» » 30—40 »	»	(4 »	10 »)	14	»
» » 40—48 »	»	(3 »	1 »)	4	»

Znaczniejszą śmiertelność u kobiet należy odnieść już to do zmniejszonej odporności z powodu przebytych porodów, gorszego odżywiania się i ciężkiej pracy, już to do zgłaszania się do szpitala w późniejszych okresach choroby.

Najwięcej śmiertelnych przypadków wydarzyło się pod koniec III. tygodnia, t. j. w III. okresie duru brzusznego,

najmniej w początku II. tygodnia, t. j. w II. okresie choroby; prawie na równi pod koniec II. i w IV. tyg. choroby, jak to stwierdza poniżej zestawienie:

w okresie nacieku rdzeniastego zmarło .	(2 m., 2 k.)	4'
» owrzodzeń początkujących zmarło	(5 » 11 »)	16'
» » oczyszczających się zmarło	(10 » 15 »)	25'
» » zabliźnienia zmarło .	(7 » 7 »)	14
» późniejszym (V—VIII tydz.) zmar.	(1 » 1 »)	2

U chorych zmarłych z początkiem II. tygodnia (10 dzień) w okresie nacieku rdzeniastego w 3 przypadkach (2 m., 1 k.) śmierć nastąpiła z porażenia serca; w jednym przypadku (1 k.) z powodu włóknikowego obustronnego zapalenia płuc i zapalenia zmartwiającego chrząstki nalewkowej:

U osób zmarłych z końcem II. tygodnia (okres rozpoczynających się owrzodzeń) nastąpiło zejście śmiertelne:

w 4 przyp.	(2 m., 2 k.)	z powodu	porażenia serca,
w 3 »	(1 » 2 »)	»	włóknik. zapalenia płuc,
w 3 »	(0 » 3 »)	»	posocznicy,
w 1 »	(0 » 1 »)	»	krwotocznego ostr. zapalenia nerek,
w 1 »	(0 » 1 »)	»	krwotoku jelitowego,
w 1 »	(0 » 1 »)	»	zapalenia wsierdzia wielokrotnego,
w 1 »	(1 » 0 »)	»	nieżytowego zapal. płuc,
w 2 »	(1 » 1 »)	»	opadowego zapal. płuc.

U osób zmarłych pod koniec III. tygodnia (okres owrzodzeń i początek ich oczyszczania się):

w 15 przyp.	(7 m., 8 k.)	wywołały	śmierć:	posocznica,
w 5 »	(2 » 3 »)	»	»	krwotok jelitowy,
w 3 »	(1 » 2 »)	»	»	włókn. zap. płuc,
w 1 »	(0 » 1 »)	»	»	opadowe » »
w 1 »	(0 » 1 »)	»	»	porażenie serca.

U osób zmarłych w IV. okresie (okres zabliźniania się wrzodów) i później (5—8 tydzień):

śmierć nastąpiła z powodu:

w 10 przyp.	(4 m., 6 k.)	posocznicy,
w 1 »	(1 » 0 »)	włóknikowego zapalenia płuc,
w 1 »	(1 » 0 »)	opadowego zapalenia płuc,
w 4 »	(2 » 2 »)	porażenia serca.

Z zestawienia powyższego wynika, iż przyczynę śmierci w przebiegu duru brzusznego odnieść należy do:

1) posocznicy i ropnicy w 28 przyp. (11 m., 17 k), t. j. 45,9$^0/_0$,

2) porażenia serca w 12 przyp. (6 m., 6 k.), t. j. 19,9$^0/_0$,

3) włóknikowego zapalenia płuc w 8 przyp. (3 m., 5 k.), t. j. 13,1$^0/_0$,

4) krwotoku jelitowego (w 6 przyp. (2 m., 4 k.) t. j. 9,8$^0/_0$,

5) opadowego zapalenia płuc w 4 przyp. (2 m., 2 k.), t. j. 6,5$^0/_0$,

6) nieżytowego zapalenia płuc w 1 przyp. (1 m., 0 k.), t. j. 1,6$^0/_0$,

7) ostrego krwotocznego zapalenia nerek w 1 przyp. (0 m., 1 k.), t. j. 1,6$^0/_0$,

8) ostrego wielokrotnego zapalenia wsierdzia w 1 przyp. (0 m., 1 k.), t. j. 1,6$^0/_0$.

Na szczególniejszą uwagę zasługują przypadki zejścia śmiertelnego, w których oględziny pośmiertne stwierdziły zmiany w zakresie gardła i krtani. Pokrótce przytaczam według protokołów zakładu anatomii patologicznej U. Jag. rozpoznania anatomiczne:

1) M., l. 14. Rozp. anatomiczne: *Ileotyphus in stadio incipientis ulcerationis. Abscessus pulmonum multiplices. Pharyngitis diphtheritica. Tumor lienis subacutus. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis, renum. Hyperplasia gl. mesaraicarum.*

2) K., l. 36. Rozp. anat.: *Ileotyphus in stadio depurationis ulcerum. Ulcus diphtheriticum pharyngis. Pneumonia crouposa lobularis bilateralis ad inferiores partes pulmonum, praecipue dextri. Tumor lienis ac. Tracheobronchitis cat. ac. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis. Nephritis parenchymatosa ac. incipiens. Decubitus in regione sacrali.*

3) K., l. 20. Rozp. anat.: *Ileotyphus in stadio ulcerationis. Ulcera epiglottidis. Pneumonia catarrhalis bil. Degeneratio parenchymatosa myocardii. Nephritis acuta.*

4) K., l. 23. Rozp. anat.: *Ileotyphus in stadio exulcerationis. Tumor lienis ac. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis, renum: Ulcera marginata epiglottidis. Bronchitis capillaris diff. Ecchymoses subarachnoidales convexitatis cerebri praecipue lobi frontalis utriusque. Haemorrhagia intestini crassi.*

5) K., l. 28. Rozp. anat.: *Ileotyphus in stadio exulc. Bronchopneumonia lobularis partium posteriorum et inferiorum pulmonum. Pleuritis fibrinosa d. Decubitus apicis epiglottidis. Perichondritis arythenoidea purulenta. Tumor lienis ac. Nephritis ac. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis.*

6) K., l. 13. Rozp. anat.: *Ileotyphus in stadio infiltrationis. Bronchopneumonia croup. lobularis. Perichondritis arythenoidea suppurativa ulcerosa. Tumor lienis ac. Degeneratio parenchymatosa hepatis.*

7) K., l. 18. Rozp. anat.: *Ileotyphus in stadio exulcerationis. Pneumonia apostematosa et crouposa dissem. bil. Gangraena pulmonum. Perichondritis arythenoidea septicopurulenta ss. sequestratione totali cartilaginis arythenoideae d. Pleuritis fibrinosa bil. Tumor lienis ac. Nephritis parenchymatosa ac. Degeneratio parenchymatosa hepatis. Degeneratio adiposa myocardii. Degeneratio cerea musculorum rectorum abdominis. Decubitus sacralis gangraenosus.*

8) K., l. 24. Rozp. anat.: *Ileotyphus in stadio incipientis exulcerationis. Perichondritis arythenoidea d. purulenta. Abscessus retrotonsillaris gangraenosus. Adenoma gl. thyroideae lobi d. abscedens. Bronchitis capillaris lobi inferioris pulm. utriusque praec. d. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis. Nephritis ac. T. lienis subacutus.*

9) K., l. 23. Rozp. anat.: *Ileotyphus in stadio ulcerationis. T. lienis ac. Pleuropneumonia croup. lobul. bil. Pleuritis fibrinosa sin. Perichondritis arythenoidea purulenta bil. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis, renum.*

Rozpoznanie duru brzusznego, pomimo, iż każdy prawie przypadek okazywał pewną odrębność w przebiegu klinicznym, w przeważnej liczbie nie sprawiało trudności przy uwzględnieniu całokształtu objawów chorobowych. W 3 tylko przypadkach obraz kliniczny przemawiał za durem brzusznym, powikłanym z zapaleniem opon mózgowych, a oględziny pośmiertne stwierdziły dwa razy ostrą gruźlicę prosówkową ogólną, a raz zapalenie ropne ograniczone

opłucnej lewej i zapalenie płuc włóknikowe ogniskowe. W tym ostatnim przypadku u mężczyzny 30-letniego rozpoznanie kliniczne za życia opiewało: *Meningotyphus. Pleuropneumonia crouposa bil. Exsudatum pleuriticum sinistrum. Decubitus ad os sacrum.* Odczyn Widala wypadł dodatnio w rozcieńczeniu 1:80. Toż samo w przypadku zejścia śmiertelnego z powodu gruźlicy prosówkowej u mężczyzny 36-letniego rozpoznano za życia błędnie dur brzuszny skutkiem dodatniego wyniku odczynu Widala; chory ów leżał w szpitalu 6 dni. Ważny objaw w durze brzusznym stanowiło często silne uczucie głodu, zazwyczaj już w połowie 3. tygodnia choroby, jakiego w żadnej innej chorobie się nie napotyka, prócz cukrzycy.

Nie da się jednak zaprzeczyć, iż w tych przypadkach, w których rozpoznanie duru brzusznego było niepewne, oddawało nam częstokroć niepomierną usługę badanie krwi, t. j. odczyn Gruber-Widala lub zastosowanie metody Kaysera-Conradiego, t. j. hodowla prątków durowych. Oceniając wartość rozpoznawczą musimy przyznać wyższość metodzie Kaysera-Conradiego nad odczynem Gruber-Widala. Próba Gruber-Widala, polegająca na tem, iż surowica krwi chorego na dur brzuszny zyskuje wkrótce zdolność aglutynowania żywych prątków durowych w odpowiedniem rozcieńczeniu (przynajmniej 1/50) stanowi niewątpliwie bardzo cenny środek rozpoznawczy w przypadkach nietypowego duru brzusznego; jednakże odczyn ten według naszego doświadczenia nie jest bezwzględnie pewny i może mieć dla duru brzusznego znaczenie co najwyżej równe z innymi objawami klinicznymi. Pouczają o tem już dwa nasze przypadki, w których na podstawie dodatniego wyniku odczynu rozpoznano błędnie za życia dur brzuszny, a sekcya w jednym przypadku u mężczyzny 35-letniego stwierdziła ostrą gruźlicę prosówkową uogólnioną, a w drugim u mężczyzny 30-letniego: zapalenie ogniskowe włóknikowe płuc, ograniczone zapalenie ropne w jamie opłucnej lewej, ostry obrzęk śledziony, brunatny zanik mięśnia sercowego, głęboką odleżynę nad kością krzyżową. Wobec faktu, stwierdzonego niejednokrotnie, iż własność krwi aglutynowania prątków durowych utrzymuje się przez dłuższy czas po przebytym durze brzusznym, nie da się zaprzeczyć, że chory ten dawniej nie przebył duru brzusznego; w każdym razie dodatni odczyn Gruber-Widala w tym przypadku nie przyczynił się do odpowiedniego rozpoznania za życia. Natomiast wręcz odwrotnie rzecz się miała u innego chorego, liczącego lat 30, który zmarł wśród typowego przebiegu duru brzusznego *(stadium detersionis ulcerum)*, a odczyn Gruber-Widala dał wynik zupełnie ujemny. Surowica chorego w rozcieńczeniach $^1/_{50}$—$^1/_{200}$ zupełnie nie wywoływała aglutynacyi prątka durowego; również odczyny z *bac. paratyphi A* i *bac. paratyphi B* w tych samych rozcieńczeniach dały wynik zupełnie ujemny. Pomimo tego ujemnego wyniku biochemicznego całokształt objawów klinicznych tak dalece przemawiał za durem brzusznym, iż rozpoznanie to za życia postawiliśmy, co też autopsya w zupełności potwierdziła.

Czy brak odczynu Gruber-Widala przy rozwiniętym całokształcie objawów klinicznych duru brzusznego nie jest poważnym objawem w rokowaniu, wskazującym na niepomyślny przebieg i czy nie stanowi naówczas zapowiedzi stanu porażnego w ustroju przed zejściem śmiertelnem, nie chcemy na podstawie jednego przypadku przesądzać; w każdym razie rzecz godna uwzględnienia na przyszłość.

O wiele pewniejsze i wcześniejsze wyniki rozpoznawcze dają się osiągnąć przez stosowanie metody Kaysera-Conradiego, polegającej na wyhodowywaniu prątków durowych ze krwi chorego. Dzięki tej metodzie już we wczesnym okresie duru brzusznego, — zanim wystąpi zdolność aglutynacyjna surowicy, — możemy uzyskać pewne rozpoznanie duru brzusznego w razie dodatniego wyniku. Jednak i przy stosowaniu tej metody może zajść wyjątek, jak o tem pouczył nas przypadek chorobowy, dotyczący mężczyzny, w którym metoda Kaysera-Conradiego dała wynik ujemny, a odczyn Widal-Grubera dodatni ($^1/_{100}$) w okresie gorączki durowej. Metoda Kaysera-Conradiego ma dawać wyniki pewne tylko w czasie okresu gorączki, dopóki prątki durowe krążą we krwi. Według naszego doświadczenia może ona wypaść dodatnio przy zastosowaniu jej i w okresie zdrowienia, jak to stwierdziliśmy w jednym przypadku. Okoliczność ta dowodzi, iż prątki durowe mogą we krwi znajdować się i w okresie bezgorączkowym po przebytym durze brzusznym, coby nam łatwo tłómaczyło powstawanie nawrotów choroby. Wogóle w przypadkach niepewnego rozpoznania duru brzusznego radzimy stosować i odczyn Gruber-Widala i metodę Kaysera-Conradiego.

Badanie drobnowidowe krwi nie ma większego znaczenia ze względu na rozpoznanie duru brzusznego. W II tygodniu, zgodnie z innymi autorami, zauważaliśmy ilość ciałek białych zmniejszoną t. j. leukopenię (ilość ciałek białych 3—4000); w późniejszych okresach ilość ciałek białych była prawidłową lub nieco większą (9,000) pomimo, iż powikłania nie można było wykryć; zresztą krew zachowywała się prawidłowo ze względu na obraz drobnowidowy i stosunek poszczególnych składników do siebie.

Tożsamo i odczyn dwuazowy Ehrlicha w moczu nie stanowi kryteryum rozpoznawczego; według naszego doświadczenia klinicznego odczyn dwuazowy Ehrlicha występuje prawie zawsze w pierwszych okresach duru brzusznego i stanowi jeden z jego objawów. Pojawienie się odczynu dwuazowego w durze brzusznym wskazuje jedynie na sprawę chorobową rozwijającą się, a więc już tem samem groźną i nie dozwalającą na dobre rokowanie; ustąpienie odczynu jest prawie zawsze zapowiedzią pomyślnie przebiegającego duru brzusznego. Wystąpienie odczynu dwuazowego w okresie zdrowienia wskazuje na nawrót duru brzusznego. Odczyn dwuazowy w durze brzusznym, to drogowskaz dla lekarza ze względu na rokowanie, ale nie rozpoznawanie choroby.

Leczenie w durze brzusznym było objawowe, a polegało głównie na odpowiedniem opróżnianiu jelit i podtrzymywaniu tętna. Przez cały czas pobytu w szpitalu otrzymywali chorzy co drugi dzień łyżkę olejku rącznikowego, aby wywołać codziennie od 2—3 stolców. Wpływało to bardzo korzystnie na przebieg kliniczny i nigdy po zastosowaniu olejku rącznikowego nie można było zauważyć pogorszenia; przeciwnie chorzy czuli się swobodniejsi, ustępowało wzdęcie brzucha, zmniejszała się gorączka. Podawanie olejku rącznikowego nie wywołało ani krwotoków, ani pęknięcia jelita. W tych przypadkach, w których ilość stolców dziennie wy-

nosiła ponad trzy, wstrzymywano olejek; w razie znaczniejszego rozwolnienia (6—8 stolców dziennie) podawano chorym wewnętrznie co 6 godzin kseroform 0,5 gr. i po 10 kropli nastoju makowca. Podobnie i przez cały czas choroby stosowano ciągle worek lodowy na suchym okładzie, godzinę na przemian na brzuchu w okolicy kątnicy i na głowie, przez co zapobiegało się znaczniejszemu wzdęciu jelit i znaczniejszej gorączce. W razie silnego wzdęcia jelit zakładano prócz tego dwa razy dziennie na godzinę gruby cewnik miękki głęboko w kiszkę stolcową w celu mechanicznego odprowadzenia gazów. W przypadkach krwotoku jelitowego zalecano bezwzględny spokój i podawano wewnętrznie obok przetworów makowca salol (3×0,30), tudzież trzy razy dnia 10 kropli 1°/₀₀ tonogenu Richtera. W celu skrzepienia mięśnia sercowego i podtrzymania tętna otrzymywali chorzy codziennie podskórnie azotan strychniny (0,001), tudzież wewnętrznie co 2 godziny łyżkę stołową 0,5°/₀ roztworu kofeiny *(coffeinum natrosalicylicum)*. W razie zapadu podawano roztwór kofeiny z dodatkiem 1°/₀ roztworu anyżkowo-amonowego *(liquor ammonii anis.)* lub stosowano nadto wstrzykiwania podskórne olejku kamforowego. Wysokiej ciepłoty ciała nie zwalczano środkami aptecznymi przeciwgorączkowymi; gorączka obniżała się przy ciągłem stosowaniu worka lodowego z podtrzymywaniem 2—3 wypróżnień stolcowych na dobę. Przeciw silnemu zajęciu sensoryum, majaczeniom, bolowi głowy, również dobrze działały okłady lodowe na głowę, a u opilców prócz tego i makowiec w większych dawkach.

Bardzo wielką wagę przywiązywano do stosowania ścisłej dyety. Chorzy przez cały czas gorączki i 10 dni po jej ustaniu otrzymywali wyłącznie płynne pokarmy, jak: herbatę z rumem, rosół, kleik, mleko słodkie, mleko kwaśne, winną polewkę i dwa jaja rozbite w bulionie. W razie przekroczenia tejże dyety, zawsze można było zauważyć znaczne pogorszenie; później zwolna chorzy przyzwyczajali się do przyjmowania pokarmów stałych (sucharków, potrawki i t. d.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Drobiński. **O stosowaniu atoksylu przy durze powrotnym i zimnicy.** (*Charkowskij Mied. Żurnal* 1907, X). Wobec zdania Schaudinna, że niektóre krętki są przejściową postacią rozwojową świdrowców, próbował D. leczyć atoksylem dur powrotny i zimnicę. W 4 przypadkach duru nie wywarł atoksyl żadnego wpływu na przebieg choroby. Nawet w dużych dawkach (0,5) nie działa atoksyl na krętki Obermeyera; ilość ich we krwi wcale się nie zmniejszała. Co się tyczy zimnicy, to w jednym lekkim przypadku leczenie atoksylem dało dobry wynik, w 2 innych przypadkach jednak wcale nie skutkowało. Jednocześnie skarżyli się chorzy po atoksylu na zawroty głowy, senność, bole w brzuchu. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Kovaříček. **Przypadek nagminnego zapalenia opon, leczony surowicą Jochmanna.** (*Deutsche Medizinal-Ztg.* 1907, Nr 65). 22-letni dragon, przyjęty 9. I. do szpitala wojskowego, zachorował przed 2 dniami wśród dreszczu, bolu głowy i członków, sztywności karku, c. 37·8°, nieprzytomności. W płynie, wydobytym przez nakłucie lędźwiowe, stwierdzono dwoinki Weichselbauma, leżące wewnątrz i zewnątrz komórek. Choremu wstrzyknięto trzykrotnie surowicę Jochmanna, naprzód 2 razy po 25 ctm.³, trzeci raz 10 ctm.³, wypuściwszy przedtem za każdym razem po 25 ctm.³ płynu mózgowo-rdzeniowego. Po wstrzyknięciach nie spostrzegano żadnych zaburzeń prócz krótkotrwałego przyspieszenia tętna. W połowie kwietnia opuścił ów dragon szpital, zupełnie się wyleczywszy. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Prof. Mannaberg. **O gorączce przerywanej przy kile narządów wewnętrznych, zwłaszcza wątroby.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* T LXII). W 5 przypadkach kiły wątroby (we wszystkich wątroba i śledziona były powiększone), w jednym kiły płuc, a w jednym, w którym siedziby ogniska chorobowego nie można było oznaczyć, spostrzegał M. gorączkę o torze zbliżonym do tego, jaki występuje przy posocznicy i zimnicy. Ponieważ we wszystkich przypadkach leczenie swoiste szybko usuwało gorączkę, trzeba przypuścić, że miała ona tło swoiste, a możnaby ją uważać za gorączkę resorbcyjną. *Dr W. Kluger.*

Treupel. **O leczeniu ogólnem i miejscowem ostrego, oraz przewlekłego gośćca stawowego, jakoteż tryprowego zajęcia stawów.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 39). W leczeniu wewnętrznem daje T. w gośćcu stawowym pierwszeństwo salicylanowi sodowemu, stosując ten przetwór przez pierwsze dwie doby po 4—6 gr. na dobę, później aż do ustania gorączki i bolesności po 3 gr. Przy tej sposobności przestrzega T. przed zbytnią obawą, dotyczącą przetworów salicylowych, jako szkodliwych dla nerek. Inne przetwory salicylowe (aspirynę, fenacetynę) stosował T. tylko wtedy, gdy stosowanie salicylanu sodowego w ciągu 5 dni nie odnosiło pożądanego skutku. Miejscowo zaleca T. gorąco prócz ustalenia zajętych stawów przekrwienie bierne (2—4 godzin dziennie), oraz leczenie gorącem powietrzem. Gdy bolesność znika, stosuje się masaż, gdy wracają ruchy, przynajmniej bierne, stosuje się kąpiele ciepłe. — Tryprowe zajęcie stawów leczy się miejscowo w opisany powyżej sposób. — Przewlekłe zapalenie stawów leczyć najlepiej ogólnie i miejscowo tak samo, jak ostre; daje ono jednak znacznie gorsze rokowanie, niż ostre. *Dr Maryan Godlewski.*

Herz. **Wpływ wtórnego zakażenia różą na odczyn Gruber-Widala.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, 42). Autor spostrzegał przypadek duru brzusznego z wyraźnym odczynem Gruber-Widala, w którym pod koniec choroby, kiedy ciepłota opadła, przyłączyła się róża twarzy i wywołała kilkodniową gorączkę. Równocześnie z tem powikłaniem utraciła surowica tej chorej zdolność aglutynacyi prątków durowych, a stan ten utrzymywał się aż do końca przebiegu róży. Podobne zjawisko, t. j. znikanie odczynu Gruber-Widala w durze brzusznym, spostrzegali także inni przy powikłaniach z gronkowcem białym lub dwoinką zapalenia płuc. Chcąc potwierdzić i wytłómaczyć to kliniczne zjawisko, wykonał H. doświadczenia *in vitro*, rozcieńczając surowicę chorych durowych, dającą odczyn Gruber-Widala, surowicą chorych na różę. W żadnym jednak przypadku nie udało się znieść zdolności aglutynacyjnej surowicy chorych na dur. *Pisarski.*

Löwenstein. **O śródkomórkowem położeniu prątków gruźliczych w plwocinie i ich znaczeniu w rokowaniu.** (*Deutsche med. Wochs.* 1903, 43). Zjawisko fagocytozy, które Wright tłómaczy obecnością we krwi opsonin, t. j. ciał, wzmagających w leukocytach zdolność pochłaniania bakteryi, starał się Wright zużytkować dla kliniki w celu oznaczenia odporności ustroju i rokowania na tej podstawie. Oblicza on t. zw. »wskaźnik opsoninowy«, t. j. zdolność leukocytów danego osobnika do pochłaniania bakteryi. U osobników, leczonych swoistemi surowicami, zdolność ta zwiększa się. Szczególnie robiono w tym kierunku badania co do prątka gruźliczego. Inni autorowie, n. p. v. Behring i Miecznikow dowiedli jednak, że wartość wniosków o odporności ustroju na podstawie fagocytozy jest względna, gdyż różne szczepy prątków gruźliczych nie w jednakim stopniu bywają pochłaniane przez leukocyty. Przekonano się także, że leukocyty mogą pochłaniać prątki gruźlicze bez współudziału ciał zawartych w surowicy (opsonin) i dlatego radzi Wright ostatnimi czasy próby owe robić w 1·2 prc. roztworze NaCl, przy tem bowiem zagęszczeniu soli, prawidłowe leukocyty zdolność fagocytozy bez udziału surowicy tracą. L. zapatruje się na metodę Wrighta sceptycznie, gdyż przekonał się, że u chorych na gruźlicę można nie spostrzegać zjawiska fagocytozy pomimo, że *in vitro* leukocyty tego chorego po dodaniu surowicy mogą tę własność objawiać względem zupełnie obcego szczepu. Wedle L. metoda ta miałaby wówczas wartość, gdyby się badało w takich warunkach, jakie zachodzą w ustroju, a w gruźlicy nastręcza się właśnie taka sposobność spostrzegania fagocytozy przez histologiczne badanie plwociny. L. stwierdził, że prątki gruźlicze mogą w plwocinie leżeć śródkomórkowo, a następnie, że zjawisko to powstaje w pewnym związku z przebiegiem choroby. I tak spotykał on je, *a)* w gruźlicy przewlekłej, *b)* w świeżych przypadkach z dobrem rokowaniem, *c)* w przypadkach leczonych tuberkuliną (szczególnie często). W jednej komórce znajdował L. 1—5 prątków. Czasami widać w tych śródkomórkowo

położonych prątkach objawy rozpadu lub zwyrodnienia. L. przypuszcza, że to pożeranie prątków następuje nie w pierwszym okresie tworzenia się gruzełka, lecz dopiero wtedy, kiedy gruzełek zaczyna się rozpadać. Częste znajdowanie prątków w komórkach u osobników, leczonych tuberkuliną, nasuwa autorowi myśl, że i w ustroju wtedy dopiero następuje pożeranie prątków, kiedy się ustrój drogą naturalną uodpornił przez wchłanianie rozpadłych gruźliczo tkanek. Obfite znajdowanie się prątków gruźliczych w leukocytach plwociny uważa L. za pomyślne w rokowaniu, jako, zdaniem jego, dowodzące zdolności leukocytów do walki. *Pisarski.*

Karcher. **Przyczynek do leczenia wewnętrznych następstw skrzywień kręgosłupa.** (*Corr. Bl. f. schw. Ärzte* 1907, Nr 12). Autor dochodzi do następujących wniosków: Przy garbie i wywołanych przezeń zaburzeniach krążenia powinno leczenie zmierzać głównie do zmniejszenia niedoboru wdechowego. W tym względzie uważa K. za godne zalecenia chodzenie pod górę według Oertla. Natomiast odradza K. garbatym dłużej przebywać w wysokich górach, nawet gdyby chodziło o leczenie sanatoryalne gruźlicy. Przy garbie zdarza się często zapalenie osierdzia. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Passler i Seidel. **Przyczynek do patologii i terapii rozedmy pęcherzykowej.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 38). Freund utrzymuje, że do gruźlicy płucnej usposabia wązki pierwszy pierścień żebrowy. Sztuczne tedy rozszerzenie osiągnięte przez przecięcie chrząstki pierwszego żebra, w takich razach skróconej, mogłoby, zdaniem Freunda, złemu zaradzić. Stosunek odwrotny zachodzi według Freunda przy rozedmie płuc. Tu nadmierny rozrost chrząstek żebrowych, oraz niezwykła ich sztywność wywołuje powiększenie objętości klatki piersiowej, oraz jej niepodatność (starre Thoraxdilatation), wytwarzając kliniczny typ klatki piersiowej beczkowatej, tak znamienny dla pewnych postaci rozedmy. Stąd wdechowe ustawienie klatki piersiowej, co wywołuje wpływ niekorzystny w dwóch kierunkach. Stale do najwyższych granic naciągana przepona stopniowo zanika, zanikają też włókna sprężyste tkanki płucnej w ścianach pęcherzyków, a zanikają dlatego, bo w tych warunkach brak rytmicznego (w warunkach prawidłowych okresowo w czasie wydechu następującego) zwolnienia napięcia tkanki. Tak tedy następczo powstaje rozedma. Na zasadzie tych teoretycznych wywodów wykonane przecięcie chrząstek dało wynik znakomity, mimo że operacyi dokonano tylko po jednej stronie klatki piersiowej. — Operować należy ile możności wcześnie, przed zjawieniem się objawów niedomogi sercowej, wybierając tylko te przypadki rozedmy, w których istnieje znamienny kształt klatki piersiowej. *Dr M. Godlewski.*

Grossmann. **O niektórych nowych źródłach zawodowej ołowicy we Wiedniu.** (*Wiener klin. Wochs.* 45, 1907). Szerokie zastosowanie ołowiu i jego połączeń w przemyśle, stało się powodem częstego zatrucia tym metalem; Layet oblicza zawody, narażające na zatrucie ołowiem na 111, nie wyczerpuje on jednak wszystkich możliwości zatrucia. G. opisuje trzy przypadki przewlekłego zatrucia ołowiem. Jeden dotyczy szlifierza szlachetnych kamieni. Praca ta odbywa się na płytach ołowianych, które po zużyciu sam szlifierz topi i wlewa w formy. Płyty ołowiane można zastąpić cynowemi, które są o wiele mniej szkodliwe. Drugi przypadek jest o wiele ciekawszy, gdyż dotyczy kapelusznika, który białe filcowe kapelusze damskie impregnował białym proszkiem ołowiowym; ponieważ robotnik ten musiał często myć ręce, ażeby nie walać białych kapeluszy, więc zatrucie musiało tu nastąpić prawdopodobnie przez wdychiwanie proszku ołowiowego, unoszącego się w powietrzu pracowni źle przewietrzanej. (Nasuwa się myśl, że kapelusze z białego filcu, impregnowane białą farbą ołowiową [Bleiweiss], mogą wywoływać zatrucie u osób, noszących je. *Przyp. spr.*). Przypadek trzeci dotyczył pracownicy z huty szklanej, sortującej odpadki szkła; odpadki te bywają zawalane minią, która wywołała w tym przypadku zatrucie. We wszystkich trzech przypadkach z początku rozpoznanie było mylne, a dopiero dokładne badanie wykryło ołowicę. G. radzi zawsze u robotników, zgłaszających się do lekarza z objawami kolki, starannie badać, czy nie stykają się oni w jakikolwiek sposób z ołowiem. *Pisarski.*

S. Israël de Jong. **Badania histo-chemiczne i cytologiczne plwociny.** (*Rozprawa doktorska.* Paryż, 1907, str. 156, 4 ryciny kolorowe). W toku badań bakteryologicznych, dokonywanych wraz z Bezançonem, a tyczących się plwociny chorych, których uważano za chorych na grypę, zwrócił Jong uwagę na wielką doniosłość bezpośredniego badania plwociny, i odtąd systematycznie badał plwocinę metodą »cytodyagnostyczną«, metodą stosowaną przez J. Widala i jego szkołę w badaniu płynów mózgowordzeniowego i opłucnego. Przekonał się, że plwocina daje rzeczywiście stosunkowo wierny obraz zmian tej części dróg oddechowych, skąd jest wydzieloną. Plwociny przedewszystkiem nigdy nie należy rozcierać między szkiełkami, (jak do badania bakteryologicznego plwociny często się robi), ale powlekać szkiełka plwociną zapomocą drucika platynowego. Istotą podstawową plwociny jest śluz, o wejrzeniu już to szklistem, już to włóknikowem. Części szkliste najlepiej i najznamienniej barwią się błękitem wielobarwnym Unny w tonie czerwonawym. Czasem istotą podstawową plwociny nie jest śluz, ale istota surowiczo-białkowa, przedstawiająca się pod mikroskopem w postaci licznych kropelek różnej wielkości, barwiących się wyłącznie błękitem Unny w tonie fiołkowym, a więc zupełnie inaczej, niż śluz. Ta istota białkowa, z której prawie wyłącznie składa się plwocina przy obrzęku płuc, a która wraz ze szklistym śluzem stanowi podstawę plwociny wśród zapalenia płuc, wygląda i zachowuje się wobec barwików tak samo, jak wysięki surowiczo-włóknikowe opłucne i otrzewne, surowica krwi, surowica mleka i białko jaja, rozpuszczone w wodzie. — Nadto spotykamy w plwocinie różne komórki, a mianowicie: Komórki oskrzelowe, nietknięte wśród dychawicy oskrzelowej, zwyrodniałe wśród nieżytów oskrzeli; komórki nabłonkowe pęcherzyków, których obecność dowodzi zajęcia pęcherzyków płucnych. Komórki te wyglądają podobnie do wielkich jednojądrzastych krwinek białych, inne wyglądają, jakby obrzmiałe, i często zawierają barwik, ziarenka pyłu lub zmienionej hemoglobiny, czasem zaś są zwyrodniałe siateczkowato i dają odczyn barwny śluzu. W ostrych chorobach płuc spotykamy krwinki czerwone. Spotkać można także krwinki białe neutrofilne, i wśród napadów dychawicy krwinki eozynochłonne. — Plwocina w toku zapalenia płuc składa się głównie: 1) Z początku choroby z mieszaniny wysięku surowiczo-białkowego w postaci drobnych kropelek i szklistego śluzu. Rzadko spotyka się komórki, a prawie nie ma krwinek neutrofilnych. Na formułę cytologiczną składają się krwinki czerwone, młode złuszczone nabłonki pęcherzyków i komórki zwyrodniałe siateczkowato. 2) W okresie rozpływania się wysięku zapalnego coraz mniej jest wysięku surowiczo-białkowego i miejsce śluzu szklistego zajmują komórki siateczkowate. Obok nabłonków, przybierających w części cechy makrofagów, zjawiają się komórki wielojądrzaste. — Wśród ostrego nawału płuc plwocina przypomina plwocinę zapalną. (Francuzi obok zapalenia płuc rozróżniają jeszcze t. zw. »congestion pulmonaise aiguë«, albo inaczej »maladie de Woillen«). — Plwocina pochodząca z gardła, cechuje się szklistym śluzem, ułożonym w grudki, obfitością mikrobów i prawidłowemi lub zwyrodniałemi kwasochłonnemi komórkami, pochodzącemi z gardła. Na podstawie cech cytologicznych łatwo ją odróżnić od plwociny gruźliczej. — Zapalenie oskrzeli ostre powierzchowne znamionuje się z początku obecnością śluzu, później coraz więcej zjawia się komórek oskrzelowych zwyrodniałych. W okresie późniejszym miejsce śluzu szklistego zajmują szerokie śluzowe siatki, zasiane obficie komórkami wielojądrzastemi. — W toku ostrego obrzęku płuc stanowi plwocinę prawie wyłącznie wysięk surowiczo-białkowy, ułożony w kropelki i tu i owdzie komórka nabłonkowa z pęcherzyków, oskrzeli, lub krwinka. — Formułę cytologiczną plwociny wśród biernego przekrwienia płuc stanowią komórki nabłonkowe, o cechach makrofagów, zawierające barwik, zmieszane zależnie od nasilenia sprawy i okoliczności klinicznych ze śluzem szklistym lub wysiękiem surowiczo-białkowym. — Plwocinę w toku dychawicy i stanów pokrewnych stanowi przedewszystkiem śluz, zasiany nabłonkami oskrzelowymi, prawie prawidłowymi i bardzo obfitemi komórkami eozynofilnemi. — Dla rozedmy płuc nie da się określić formuła cytologiczna, bo zależy od etyologii i powikłań. *Stahr.*

Pedyatrya.

M. Marfan. **Krzywica w stosunku do spiczastego zniekształtnienia sklepienia podniebiennego i przewlekłego przerostu limfatycznej tkanki gardła.** (*Sem. méd.* Nr 38, 1907). Spiczaste zniekształtnienie podniebienia (łuk podniebienny wązki, długi i wysoki, zęby przednie górne wystające, inne nieprawidłowo poumieszczane, czasem jeden na drugim) tłómaczyli dotąd różni autorowie albo przerostem trzeciego migdałka i stąd wynikającem utrudnieniem oddychania, albo uważali za objaw zupełnie prawidłowy u osobników długogłowych. Autor na podstawie swoich spostrzeżeń u 47 dzieci, dotkniętych tem zboczeniem podniebienia, dochodzi do wniosku, że wyłącznie krzywica jest jego przyczyną. Albowiem na owych 47 dzieci, w różnym wieku, zawsze niższym od lat 15, było 12, które nie miały ani śladu wyrośli gruczołowatych, a były między niemi i takie, u któ-

rych owo zniekształtnienie było bardzo wybitne. — Usunięcie wyrośli gruczołowatych nie ma nigdy żadnego wpływu na owo zboczenie, nawet bardzo rychłe usuwanie migdałków, zarówno podniebiennych, jak i trzeciego. M. dowodzi, że zmianę tę spotkać można tylko u dzieci, dotkniętych krzywicą i że stopień jej jest proporcyonalnym do zmian krzywiczych, które, jak autor wyraźnie podkreśla, nie zawsze zajmują cały kościec, ale niekiedy tylko twarz samą, a tu znowu czasem wyłącznie szczękę górną. Zboczenie to podniebienia zjawia się też wedle M. zawsze równocześnie z krzywicą i z nią równolegle się rozwija. Dlaczego zaś towarzyszy mu przerost tkanki gruczołowatej w gardle tak często, że klinicyści zwykle łączą oba objawy w związek przyczynowy, to tem się tłómaczy, że obie te zmiany mają wspólną przyczynę w krzywicy, która wedle M. jest chorobą ogólną, wcale nie ograniczającą się jedynie do kości. Wedle M. krzywica jest wynikiem ochronnego odczynu ustroju dziecięcego na różne zatrucia, czy zakażenia przewlekłe, odczynu ze strony szpiku kostnego, który podrażniony buja gwałtownie, wnika zdaniem M. w tkankę kostną i wywołuje zmiany znane pod nazwą krzywiczych. Ponieważ u dzieci zróżniczkowanie narządów krwiotwórczych jeszcze nie jest tak wyraźne, dlatego często równocześnie ze szpikiem oddziaływają i gruczoły chłonne i tkanka gruczołowata i śledziona. *Stahr.*

Yanese. **O zmianach w gruczołach przytarczowych przy wzmożonej pobudliwości na prąd galwaniczny u dzieci.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, Nr 39). Tężyczka, której ulegają dzieci w wieku od 3 do 30 miesięcy życia, jest stanem nadmiernej pobudliwości układu nerwowego; stąd napady kurczów mięśni, krtani i drgawek. Stałym i w rozpoznawaniu tężyczki ważnym objawem jest wzmożona pobudliwość nerwów obwodowych na prąd galwaniczny. Zależnie od tego, czy pobudliwość nerwów obwodowych jest wzmożona na działanie katody, czy anody, odróżnia się dwie postacie tężyczki. Tężyczka jest następstwem zmian chorobowych w gruczołach przytarczowych. Zmiany te mogą być różnej przyrody; najczęściej jednak w przypadkach tężyczki stwierdza sekcya wybroczyny lub ślady wybroczyn w gruczołach przytarczowych. Yanese u wszystkich bez wyjątku dzieci, u których przy sekcyi znajdował wybroczyny w gruczołach przytarczowych, stwierdzał za życia nadmierną pobudliwość nerwów obwodowych na prąd galwaniczny. Wybroczyny w obrębie gruczołów przytarczowych jako przyczynę tężyczki należy w ten sposób pojmować: Zadaniem gruczołów przytarczowych jest niweczyć lub też zobojętniać trujące wytwory przemiany materyi, które działają przedewszystkiem na układ nerwowy. Wybroczyny, występujące w obrębie gruczołów przytarczowych, nie niszczą ich całych, ale tylko część ich miąższu; skutkiem tego działanie ich nie całkiem odpada, ale siła ich działania zmniejsza się; na razie jeszcze wystarczając do zobojętniania trujących produktów, z czasem może się stać niedostateczną, a wtedy jako wyraz zatrucia układu nerwowego występuje tężyczka. Wybroczyny w gruczołach przytarczowych występują w początkach życia pozapłodowego, lub nawet w czasie porodu. Ślady po nich najwyraźniejsze i najczęściej spotyka się u dzieci, zmarłych w pierwszym roku życia, a rzadziej u starszych; wyżej 5-go roku życia spotyka się je tylko wyjątkowo. *Kostrzewski.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 13. listopada 1907.

Przewodniczy prezes prof. Rosner. Obecnych członków 51.

1) Protokół odczytano i przyjęto.

2) Kol. prof. Wachholz pokazuje **kołek** długi 29 cm., mający obwodu $18^1/_2$ cm, o średnicy 6 cm, wydobyty w szpitalu w Tarnowie **z odbytu** 35-letniego wieśniaka, który wprowadził sobie tam kołek niewątpliwie dobrowolnie, chociaż się tego wypiera. Prelegent omawia sprawę ciał obcych w odbycie. (Wykład ten ukaże się wkrótce w »Przeglądzie lek.«).

W dyskusyi prof. Kader podaje, że widział w Dorpacie zbiór dzwonków wydobytych z odbytnic woźniców, którzy przebywając długie przestrzenie wprowadzali je tam sobie rzekomo dla powstrzymania wypróżnień. — Kol. Krok podaje, że robotnicy z kopalń srebra w Australii wprowadzają sobie do odbytu spore kawałki srebra celem kradzieży (zarząd kopalń radzi sobie w ten sposób, że każe im przeskakiwać przy wyjściu z kopalni przez wysoki płot, przyczem zwieracz odbytu wypowiada złodziejom służbę.) — Kol. Cercha podaje, że został raz wezwany na klinikę prof. Mikulicza, gdzie zapomocą kleszczy usunął młodemu chłopakowi duży kamień z odbytu.

3) Kol. prof. Kader przedstawia chorą, którą będzie operował z powodu dużego nowotworu, wychodzącego z części miękkich obok sutka lewego; klinicznie rozpoznawano **włókniako-mięsaka.**

Kol. Gliński w dyskusyi omówił powyższy przypadek histologicznie.

4) Kol. prof. Ciechanowski wygłosił uwagi **w sprawie państwowej ustawy o chorobach zakaźnych,** posługując się dla objaśnienia stanu chorób zakaźnych mapami i tablicami, za których użyczenie na ten cel składa podziękowanie krajowej Radzie Zdrowia we Lwowie, a w szczególności R. Dw. Dr J. Merunowiczowi.

W dyskusyi kol. Karpiński uzasadnia swój pomysł utworzenia odrębnej »straży zdrowia«, odpowiednio wyuczonej, ubranej i uzbrojonej. Używana dziś w wielu przypadkach przy zwalczaniu epidemii żandarmerya ani wiadomościami, ani umundorowaniem, ani uzbrojeniem nie odpowiada celowi. W braku takiej straży zdrowia najlepsza ustawa pozostanie w Galicyi na papierze. — Kol. Prof. Browicz, wnosząc o zamknięcie nad tą sprawą dyskusyi z uwzględnieniem zapisanych do głosu, czyni następujący wniosek: »Wnosząc z projektów zasad ustawy przeciw chorobom zakaźnym, ogłoszonych w »Oesterr. Sanitätswesen«, iż Galicya mogłaby ponieść szkodę wskutek nieuwzględnienia należytego odrębnych jej stosunków geograficznych, finansowych i kulturalnych, Towarzystwo lekarskie krakowskie zwraca się do Wysokiego Rządu krajowego z prośbą o zwołanie w tej sprawie ankiety lekarskiej, w skład której wchodziliby członkowie Rady zdrowia krajowej, Wydziałów i Towarzystw lekarskich w celu ułożenia projektu takiej ustawy, uwzględniającej stosunki Galicyi«.

Kol. Krok popiera powyższy wniosek, oświadczając się za zniesieniem w Galicyi autonomii sanitarnej, a za zaprowadzeniem osobnej ustawy sanitarnej dla Galicyi. — Kol. Bier podnosi, iż ustawa niemiecka z r. 1900 jest ustawą ramową, dotyczącą tylko kilku najważniejszych chorób. Zwalczanie innych chorób zakaźnych odbywa się na podstawie ustaw, wydanych osobno w poszczególnych krajach, przystosowanych do warunków miejscowych. — Kol. Warzycki kładzie nacisk na ważność natychmiastowego donoszenia o pierwszych przypadkach choroby zakaźnej, oraz natychmiastowego przenoszenia chorych i ich otoczenia do lokalów izolacyjnych lub szpitali gminnych. — Po przemówieniu prelegenta prof. Ciechanowskiego, który akceptuje w całości wniosek prof. Browicza, wniosek ten jednomyślnie uchwalono.

Posiedzenie d. 20. listopada 1907.

(W klinice okulistycznej.)

Przewodniczy prezes Prof. Rosner. Obecnych członków 37.

Prof. Bujwid wyłożył rzecz p. t.: **Z teoryi fotografii barwnych,** objaśniając wykład licznemi zdjęciami na ekranie.

W dyskusyi przemówił kol. Prof. Wachholz.

Sekretarz: *Dr Owsiński.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XIX. Posiedzenie d. 22. listopada 1907.

Część I: Przewodniczący, prof. Gluziński, zdał sprawę z czynności Zarządu Tow., przygotowującego **obchód trzydziestolecia istnienia Towarzystwa.** Obchód odbędzie się d. 28. grudnia b. r. Poddał następnie pod głosowanie sprawę wyboru stałej komisyi dla zmiany statutu, mającej przeprowadzić **usamodzielnienie Towarzystwa** Lek. lwowskiego, jakoteż stałego komitetu, mającego zająć się sprawą **budowy własnego domu Towarzystwa.** Do komisyi statutowej zostali wybrani: Doc. Dr Bednarski, prezydent Izby lek. lwow. Dr Festenburg, Prof. Dr A. Gluziński, Prof. Dr Machek, R. dw. Dr Merunowicz, Doc. Dr Rencki, dyr. Dr Starzewski. Do komitetu budowy domu weszli: prez. Dr Festenburg, Prof. Dr A. Gluziński, Prof. Dr Machek, Dr Mahl (sen.), R. dw. Dr Merunowicz, Dr Obtułowicz, Prym. Dr Pisek, Doc. Dr Rencki, dyr. Dr Starzewski, Dr Stroynowski, Prof. Dr Wiczkowski, Prof. Dr G. Ziembicki.

Część II: I. Kol. Dr Reis mówił o **uodpornieniu Römera w przypadkach wrzodu pełzającego rogówki** (*ulcus serpens corneae*). Prelegent przedstawia wyniki leczenia wrzodu pełzającego rogówki na oddziale ocznym szpitala powszechnego, dochodząc do wniosku, że właściwą wartość leczniczą posiada tylko uodpornienie czynne zapomocą wstrzykiwań zabitej hodowli dwoinek zapalenia płuc; natomiast uodpornienie bierne zapomocą

wstrzykiwań surowicy, wartości leczniczej nie posiada. Prelegent omawia także znaczenie uodpornienia czynnego jako środka zapobiegawczego.

II. Dr W. Ziembicki (prac. chem.-bakt. szpit.) oznajmia, że u jednego z chorych z oddz. wewn. I. szpit. powsz. (prym. radca Opolski) znalazł w stolcach **węgorka jelitowego** (*anguillula intestinalis* s. *rhabdonema intestinale*), ponieważ jednak chory ten (z innego powodu) zmarł, a pasorzyty w kale nie dały się w żywym stanie przechować, nie okazuje ich, jak to było zapowiedziane. Jestto trzeci przypadek stwierdzenia tego pasorzyta u nas. O obu pierwszych (z kliniki lek.) podał mowca wiadomość przed 2 laty w Towarzystwie lekarskiem.

Witold Ziembicki.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 1. października 1907.

1) Bregman przedstawił przypadek **tętniaka tętniczo-żylnego** (*aneurysma arteriosovenosum*) tętnicy udowej. Chory, 17-letni, przed dwoma laty został przypadkowo postrzelony w prawe udo; od pół roku bole w udzie, zwłaszcza przy chodzeniu. Badanie przedmiotowe stwierdziło: prawa okolica podpachwinowa więcej wypełniona, na powierzchni skóry liczne żyły rozszerzone. Tętno tętnicy udowej prawidłowe, czuć je dokładnie; nieco ku wewnątrz w miejscu żyły udowej bardzo wyraźne drżenie (*frémissement vibratoire*); osłuchowo: chuchający, głośny, przeciągły szmer, wzmagający się przy każdym skurczu; szmer ten słychać i powyżej linii pachwinowej. Cała kończyna nieco zgrubiała, n. udowy niebolesny, odruch kolanowy słabszy, zresztą zaburzeń czuciowych i bólowych brak. Bregman na zasadzie obecności drżenia (*frémissement*) i szmeru, oddzielnego tętna tętnicy udowej, rozszerzenia żył na powierzchni i zgrubienia kończyny, wreszcie rozchodzenia się szmeru w kierunku dośrodkowym rozpoznaje tętniak tętniczo-żylny. Czy jest to żyłotętniak (*varix aneurysmaticus*), t. j. bezpośrednie połączenie tętnicy z żyłą i rozszerzenie workowate żyły, czy też tętniak rzekomy (t. zw. *aneurysma varicosum*, czyli *aneurysma spurium*), łączący się zarówno z tętnicą, jak i z żyłą, rozstrzygnąć trudno.

2) Janowski Wł. pokazał i objaśnił użycie **sfigmoskopu Pala.** Przyrząd ten określa ciśnienie krwi na zasadzie metody oscyllacyjnej. Ciśnienie skurczowe określa się tym przyrządem według chwili, w której drobne wahania zabarwionej na czerwono nafty stają się żywsze; rozkurczowe zaś, podług chwili, w której bardzo żywe wahania rzeczonego słupa nafty stają się drobniejsze. Przyrząd ten pozwala, stosownie do ustawienia kurka, badać ciśnienie w tętnicy ramieniowej przy nałożeniu na ramię mankietu Riva-Rocciego, oraz w tętnicy palcowej przy nałożeniu na palec pierścienia Gärtnera. Janowski uważa badanie tym przyrządem za uciążliwe i nie usuwające pewnych wątpliwości.

3) Janowski Wł. pokazał i objaśnił użycie **turgosfigmografu Straussa.** Jest to przyrząd, pozwalający zapisywać automatycznie na bębnie kimografionu jednocześnie pochyłą ciśnienia krwi, oraz krzywą tętna. Od miejsc krzywej tętna, odpowiadających ciśnieniu skurczowemu, oraz rozkurczowemu, prowadzi się prostopadłą do linii poziomej, oznaczającej O ciśnienia krwi. Przedtem określa się rzędną, jaką pisana jest pochyła ciśnienia krwi. Odmierzając linijką wysokość prostopadłych od chwili ich przecięcia z pochyłą ciśnienia krwi aż do linii zera w punktach, odpowiadających ciśnieniu krwi skurczowemu i rozkurczowemu, oraz obliczając stosunek wysokości tych linii do wysokości rzędnej, oznacza się ciśnienie krwi skurczowe i rozkurczowe zupełnie ściśle bez pośpiechu, oraz z możnością sprawdzenia przez każdą inną osobę, czy i o ile dokonane określenie ciśnienia krwi jest ścisłe. Krzywą tętna można na tym samym papierku, puszczonym w szybkim biegu kimografu, poddać różnym obliczeniom dla narysowania bezwzględnego sfigmogramu, wyliczenia szybkości tętna i t. d. Przy sposobności pokazuje J. szereg krzywych tętna, przez siebie pomierzonych co do trwania w nich czasu wstępowania tętna, oraz czasu jego opadania, dowodząc, że robota jest bardzo łatwa i dokładna w szczegółach.

4) Karwacki pokazał **preparaty** tkankowe z przypadków **przymiotu** dziedzicznego, kilaka wątroby i wątrobę królika z cytoryktesami, oraz dwa **preparaty pierwotniaków przymiotu** z podłoża stałego i z podłoża płynnego, nadto **hodowlę świdrowca bladego** na pożywce płynnej. Pomimo uzyskania hodowli, nie może jeszcze K. podać cyklu rozwojowego i powiązać w jeden łańcuch wszystkich postaci, spostrzeganych zarówno w tkankach, jak i w hodowlach. Doświadczenia wykonywał K. na królikach z wynikiem różnym, zależnie od techniki szczepień. Hodowle zabite K. szczepił sobie i jednemu choremu (na wiąd) dla wypróbowania objawów ubocznych. Szczepionka objawów miejscowych nie wywołuje.

Dyskusya: Rzętkowski zarzuca prelegentowi, że nie dostarczył ani jednego dowodu na to, aby to, co przedstawia, było istotnie hodowlą krętka bladego. Ze krwi dziecka kiłowego, zmarłego niewiadomo na co, K. wyhodował coś, co zaszczepił królikowi, który zachorował i padł także niewiadomo na co, gdyż K. wcale nie dowiódł, że to był istotnie przymiot. K. powinien był tu przynajmniej stwierdzić obecność jadu kiłowego zapomocą metody wiązania komplementu. A przy tak kruchych danych K. szczepił swe hodowle człowiekowi. K. jest ofiarą własnego złudzenia. — Żenczykowski sądzi, że K. mógłby mówić o swoistości swej hodowli jedynie tylko wtedy, gdyby szczepienie jej u małp wywoływało objawy przymiotu pierwotnego. Szczepienie ludziom szczepionki, tak mało wypróbowanej, Ż. musi potępić.—Trzciński zaznacza, że doświadczenia prelegenta z królikami nie rzucają żadnego światła na omawianą sprawę. Króliki padły na inne jakieś ciężkie zakażenie, niczem nie przypominające zakażenia przymiotowego; ani czas wylęgania, ani kliniczne objawy nie okazują żadnej analogii. — Otto twierdzi, że brak u królika po zaszczepieniu objawów spotykanych u ludzi, nie dowodzi jeszcze, że królik nie ma przymiotu. Być może, że króliki inaczej oddziaływają na zarazek przymiotu i stąd brak swoistych pospolicie owrzodzeń i wysypek. — Dębiński podnosi, że zmiany tkankowe, które wywołał prelegent przez swe szczepienia, nie mają nic swoistego dla przymiotu; są to prawdopodobnie objawy zgorzeli. — Prelegent odpowiada Rzętkowskiemu, że hodowla pochodziła z przypadku kiły wrodzonej, za materyał do zasiania posłużyła krew z serca. Wielopostaciowość postaci na preparatach jest zrozumiałą wobec tego, że pasorzyt jest pierwotniakiem.

Ign. Landstein.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Walne Zebranie d. 13. października 1907.

Przed rozpoczęciem Zebrania zwiedzono szpitalik św. Józefa pod kierunkiem ordynujących lekarzy Drów Krysiewicza i Pomorskiego. Wszyscy obecni wyrażali się z uznaniem o porządku i znakomitych urządzeniach nowozbudowanego szpitalika.

Następnie zagaił Walne Zebranie prezes radca Dr Franciszek Chłapowski i zaproponował na przewodniczącego Dra Przybyszewskiego z Inowrocławia.

1) Dr Szafarkiewicz z Gniezna przedstawia obmyślany przez siebie **zgłębnik do rozszerzania przełyku** w postaci grubej świeczki elastycznej. — Ożywiona dyskusya obracała się głównie koło pytania, czy wogóle należy sondować, czy nie. Dr Fr. Zakrzewski sądzi, że sondować trzeba jak najmniej, natomiast przez przepłukanie i prześwietlenie przekonać się, czy nie ma ciał obcych. Przedstawiony zgłębnik uważa za bardzo gruby. Poleca raczej wpuszczanie srebrnych kulek na nitkach po poprzedniem wpuszczeniu ciepłej oliwy. — Również za niebezpieczne uważa sondowanie Dr Mieczkowski, szczególnie cienkim zgłębnikiem przy nowotworach; wspomina o nieszczęśliwych przypadkach Gottsteina i Mikulicza, którzy przebili przełyk. — Dr Pomorski zwraca uwagę na niebezpieczeństwo zgłębnikowania przy uchyłkach, które bardzo łatwo przebić. W przypadkach raka lepiej wykonać gastrostomię. — Dr Krzyżagórski z Wrześni ze stanowiska lekarza praktycznego oświadcza się za zgłębnikowaniem, które w praktyce niejednemu choremu przyniosło ulgę. — Dr Łazarewicz zapytuje, jakie rodzaje zwężenia przełyku spostrzegał Dr Szafarkiewicz. Jeżli uchyłek utrudniał przejście zgłębnika, to nie można tego nazwać »zwężeniem«. — Dr Radojewski z Janowca opisuje ze swej praktyki przypadek bardzo znamienny. Pastor pewien napił się przez pomyłkę ługu żrącego. Mowca założył mu miękki zgłębnik żołądkowy, przez który się chory odżywiał. Po 6 tygodniach chory przyszedł znacznie do siebie; krewny jego, lekarz, założył mu wtedy zgłębnik twardy, który przedziurawił przełyk, poczem nastąpiła śmierć w przeciągu dwóch godzin. — Dr Zakrzewski przyznaje Dr Krzyżagórskiemu słuszność w tych przypadkach, w których zgłębnik przechodzi przez zwężenie.

2) Dr Mieczkowski *a*) przedstawia 38-letniego chorego, który cierpiał na **raka żołądka.** Dr M. operował go przed $4\frac{1}{2}$ rokiem i wyciął przytem $\frac{4}{5}$ żołądka sposobem Rydygiera-

Billrotha z odmianą Kochera. Chory przyszedł zupełnie do siebie, pracuje obecnie i je wszystko, nawet kapustę. Ponieważ nie ma nawrotu, przeto należy uważać tego chorego za zupełnie uleczonego. *b*) Dalej przedstawia Dr M. **kamień nerkowy**, wyjęty u 60-letniego chorego.

3) Dr Karwowski wyłożył rzecz p. t.: **Wstrzykiwania rtęci wobec najnowszych odkryć przy kile.** Odkrycie krętka bladego dotąd nie zmieniło sposobu leczenia kiły, choć teorya katalityczna każe nam się nieco odmiennie zapatrywać na działanie rtęci. Prelegent przechodzi kolejno historyczny rozwój leczenia kiły, rozstrząsając pokrótce wszystkie sposoby jej leczenia i środki od najstarszych do ogłaszanych w ostatniej dobie. Zatrzymuje się potem dłużej przy wstrzykiwaniach rtęci. Dr K. stosuje wstrzykiwania salicylanu rtęci, które uważa za najlepsze, pozostawiając oczywiście inne metody specyalnym wskazaniom. Metoda jednak dotychczasowa wstrzykiwania salicylanu rtęci w zawiesinie parafinowej nie jest wolną od różnych niedogodności, jak zatory, nacieki, bolesność i t. d. Mowca starał się braki te o ile możności usunąć i po szeregu doświadczeń doszedł do przekonania, że najlepszą jest zawiesina oliwna tego przetworu. Na Zjeździe lwowskim równocześnie Dr Leszczyński przedstawił swe doświadczenia z olejkiem sezamowym. Okazało się na podstawie kilkuset wstrzyknięć, że istotnie oliwa sprawia znacznie mniej dolegliwości i tylko bardzo rzadko nacieki. By uniknąć zatorów, prócz ostrożności, zaleconych przez Lessera, Pinkusa i t. d., mowca obmyślił następujący sposób wstrzykiwania: igłę oczyszczoną wyskokiem, a napełnioną już zawiesiną, wkłuwa wysoko i na zewnątrz w pośladki. Potem odejmuje strzykawkę, pociągnąwszy nieco tłok (celem wyssania w danym razie krwi) i czeka, czy nie ukaże się krew. Jeśli nie, wstrzykuje powoli kilka kropli, każąc choremu głębiej oddychać, a to w tym celu, by się przekonać, czy jednak igła nie dostała się do żyły i płyn nie grozi dostaniem się do płuc. Jeśli chory nie dostaje kaszlu, ani nie uczuwa ciśnienia w płucach, wówczas wstrzykuje resztę. W ten sposób udało się prelegentowi w kilkuset przypadkach uniknąć zatorów; natomiast zdarzyły się one kilkakrotnie, gdy tej ostrożności nie zachował. Wreszcie poleca po wstrzykiwaniu ruch, dzięki któremu bolesność zmniejsza się bardzo znacznie, u chorych leżących spostrzegał M. natomiast objawy zatrucia. Tłómaczy to szybszem wydzielaniem się rtęci przy ruchu cielesnym. Co do powtarzania leczenia, to M. stoi na stanowisku Neissera-Fourniera. Jedynie bowiem w ten sposób ma się zapewniony nadzór nad chorym.

W dyskusyi zapytuje Dr Krzyżagórski o działanie atoksylu, bardzo obecnie zachwalanego. — Dr Chłapowski zapytuje się, jak leczyć rtęcią leżących w łóżku. — Dr Szafarkiewicz porusza kwestyę małżeństwa chorych na kiłę. — Dr Radojewski wspomina o przypadku kiły, leczonym przez wielkie powagi, a jednak o bardzo ciężkim dalszym przebiegu. — Dr Chłapowski popiera zdanie prelegenta, że należy leczyć metodą przewlekłą. Mianowicie w Galicyi, gdzie kiła jest w niektórych okolicach nagminną, należałoby większy kłaść nacisk na długotrwałe leczenie. — Dr Święcicki przytacza przypadek Tarnowskiego, dotyczący kapitana rosyjskiego, który przez 30 lat nie miał objawów kiły, a potem cierpiał na ciężkie kiłowe zmiany czaszki. — Dr Łazarewicz odczytuje list Dra Wlazłowskiego z Międzyrzecza, który, nie mogąc przybyć, piśmiennie przesyła swe zapatrywanie, że tylko wcierania są racyonalnem leczeniem kiły. — Wreszcie Dr Dziembowski zaznacza, że według jego zdania objawy zatrucia najłatwiej mogą się zdarzyć przy wstrzykiwaniach nierozpuszczalnych przetworów rtęci. — Prelegent w swej odpowiedzi kładzie raz jeszcze nacisk na bardzo skrupulatne leczenie, mianowicie w pierwszych latach, gdyż przy zaniedbaniu choroby przez pierwsze lata, później najsilniejsze kuracye nie zdołają zapobiedz ciężkim objawom późnym.

4) Dr Dziembowski wygłasza wykład: **O chorobie Weila.** Rozpoznanie tej choroby w pierwszych dniach jest niemożliwe. Łatwiejsze, jeśli podczas epidemii pojawi się zapalenie gardła i bole w mięśniach. Żółtaczka popiera rozpoznanie, choć i tu zachodzi możność pomieszania choroby z ostrym zanikiem wątroby. Podobny jest także dur żółtaczkowy, który atoli jest wywołany przez krętki Obermeyera, co prawda widoczne tylko podczas gorączki. Moczutkowski uważa badanie krwi za konieczne. Karliński, pisząc o chorobie Weila, miał zapewne przed sobą dur żółtaczkowy. Loewenthal stwierdził w chorobie Weila odczyn podobny do odczynu Widala. Od duru brzusznego różni się choroba Weila nagłem podniesieniem się ciepłoty, oraz jej krzywą. Może w przyszłości uda się chorobę Weila ściślej określić przez wykrycie swoistych zarazków.

5) Dr Łazarewicz miał odczyt: **O leczeniu bolesnego miesiączkowania.** Należy tu wyłączyć cierpienia, wywołane zapaleniami w okolicy macicy, a uwzględnić tylko takie, które w macicy samej mają siedzibę (prócz zmiany położenia). Ból podczas miesiączkowania przypomina ból porodowy, kobieta zdrowa skurczu macicy nie odczuwa. Według Simsa bolesność następuje dopiero przy zwężeniu kanału szyjki lub nadmiernem zgięciu macicy ku przodowi. Według innych macica u dziewcząt pracujących umysłowo, a więc przeważnie z lepszych stanów, nie jest dosyć rozwinięta w zewnętrznej ścianie trzonu i przez to niedostatecznie się ściąga. Przy t. zw. miesiączce błoniastej (*dysmenorrhoea membranacea*) powierzchowna warstwa śluzówki się obluźnia. Ruge znalazł przy tem zmiany błony śluzowej (*endometritis hyperplastica*), inni jednak autorowie dowiedli, że w czasie między każdem miesiączkowaniem zachodzą zmiany anatomiczne w błonie śluzowej. Prelegent powątpiewa, czy zapalenie błony śluzowej jest przyczyną bolesności, ponieważ wiele kobiet cierpiących na nie, nie ma miesiączki bolesnej. Prócz tej mechanicznej i zapalnej jest trzecia teorya Teilhabera: nerwowa. Można przypuszczać, że bole, wywołane przez mechaniczną zaporę, przenoszą się w rdzeniu z czasem na inne ośrodki nerwowe i wywołują objawy neurastenii albo histeryi. Co do leczenia, to zaleca się przyżeganie wyskokiem sublimatowym 1:300,0; inni polecają do tego formalinę. Jeżeli jest także ogólna nerwica, należy leczyć ogólnie. Środków odurzających, n. p. morfiny, nie należy stosować, najwyżej czopki z belladonny. Olshausen zaleca antypirynę, prelegent chwali salipirynę, aspirynę, brom, chloral, gorznik kanadyjski (*hydrastis*) po $^1/_2$—1 łyżeczki, styptol, styptycynę, fomitynę, eumenol, wreszcie herbatę z Amasiry. — Dyskusyę odłożono do następnego zebrania.

6) W końcu Dr Panieński zaleca wzięcie udziału w Kursach uzupełniających dla lekarzy w Krakowie.

Dr Adam Karwowski.

W sprawie ustawy o chorobach zakaźnych.

Napisał

Prof. Dr Ciechanowski.

(Ciąg dalszy).

Jeżeli już »Zasady« zapobiegania zawleczeniu zarazy z zagranicy mogą obudzić obawę, czy ustawa nie obarczy naszego kraju większymi, niż inne, ciężarami, nie zapewniając mu w zamian większych, niż innym, środków, to ta część »Zasad«, która odnosi się do zwalczania chorób zakaźnych w granicach państwa, nasuwa znacznie obfitsze i różnorodniejsze wątpliwości.

I tak co do donoszenia o chorobach zakaźnych. Pominąwszy to, co wyżej wspomniano o czerwonce i jaglicy, zauważyć należy, że w »Zasadach« nie wymieniono szeregu chorób, które w różnych krajach już podlegają obowiązkowi donoszenia na zasadzie rozporządzeń ich namiestnictwa. Czy tu mają być w ustawie odrazu wyraźnie wymienione także i odra, nagm. zapalenie ślinianek, krztusiec, śluzoropotok noworodków, grypa, róża, rozbierać nie będę, bo pytanie to w równej mierze odnosić się będzie do całej Austryi. Ale, choć dotąd rozporządzeniami w żadnym kraju nie objęte, zasługiwałyby, jak sądzę, na rozważenie: zimnica, jeżeli ma się racyonalnie zmierzać do zupełnego jej u nas wytępienia, gruźlica (przynajmniej przypadki śmiertelne suchot płucnych, gdyby nawet pominąć chorych na gruźlicę »otwartą«), — bo zabiera ona u nas więcej ofiar, niż gdzieindziej w Austryi, kiła — ze względu na endemię w niektórych powiatach wschodnich naszego kraju. Niepodobna tu jednak na razie dokładniej tego rozpatrywać, gdyż zawiłe i jeszcze nie rozstrzygnięte zagadnienia, związane ze sprawą donoszenia o gruźlicy i kile, przekraczają ramy niniejszych uwag.

Co do osób, obowiązanych do donoszenia o chorobach zakaźnych, a wymienionych w »Zasadach«, obawiać się można, że »głowy domu« wśród naszej ludności wiejskiej, zwłaszcza wschodnio-galicyjskiej, nie będą w tej mierze odczuwać pożytku z nowej ustawy i z jej wypełniania, jak w innych kulturalniejszych krajach, że donoszenie przez lekarzy ordynujących nie wystarczy w kraju, w którym ludność często wcale się nie leczy i w którym lekarzy jest wogóle stosunkowo mało, że galicyjscy oglądacze zwłok w bardzo znacznej części nie spełnią nałożonego na nich zadania w tej mierze, jakby to było potrzebne, że służba położnicza w naszym kraju zbyt jeszcze jest nieliczna i nieprędko tak się pomnoży, by wszystkie zakażenia połogowe

i t. d. dochodziły przez nią do wiadomości władz, że i duchowieństwo u nas może nie być w zwalczaniu chorób zakaźnych wystarczającą pomocą, dopóki nie nabędzie w naszych seminaryach duchownych potrzebnych wiadomości przez wykłady higieny. Zważywszy, że oglądacze zwłok, położne i duchowni donosić mogą tylko o pewnej części przypadków zakaźnych, o których łatwiej do nich dojdzie wiadomość, t. j. o przypadkach, zakończonych śmiercią, i o zachorowaniach położnic i noworodków, to zachodzi pytanie, czy pozostające dwie kategorye obowiązanych do donoszenia: głowy rodzin (resp. naczelnicy zakładów) i lekarze wystarczą w naszych warunkach do zorganizowania należytej ewidencyi reszty zachorowań zakaźnych. Gdyby nie oglądnąć się za innymi jeszcze czynnikami, to wynik może być ten, że na naszą ludność włościańską, zwłaszcza w powiatach mniej kulturalnych, sypać się będą z mocy ustawy grzywny i kary aresztu za zaniedbanie doniesienia liczniej, niż w jakimkolwiek bardziej na zachód leżącym kraju koronnym. To też zdaje mi się, że ze względu na Galicyę powinnoby wśród obowiązanych do donoszenia wymienione być w pierwszym rzędzie wyraźnie nauczycielstwo, które stanowiąc u nas po wsiach jedyny nieraz czynnik inteligentny, oddać tu może znaczne usługi. To samo zauważa Dr Mikołajski w ostatnim swym artykule w tej sprawie. Może też, przynajmniej na pierwszych lat kilkanaście działania ustawy, byłoby wskazane powierzyć obowiązek donoszenia osobnej »straży sanitarnej», według pomysłu Dra Karpińskiego, podniesionego w dyskusyi nad tą sprawą w Tow. lek. krak. w d. 13. XI. b. r., albo tym podrzędnym organom władzy, którym po włożeniu się ludności do przepisów o donoszeniu, powierzona byłaby potem projektowana w »Zasadach«, bezpośrednia, najniższego stopnia kontrola nad tem, czy donoszenie przez »głowy rodzin« dokonywane jest sumiennie.

Najw. Rada zdrowia zaleca, by doniesienia o chorobach zakaźnych wpływały do gmin, a lekarze gminni (resp. okręgowi) wydawaliby wtedy pierwsze zarządzenia i ze swej strony przesyłaliby doniesienia do władzy politycznej. Jak poprzednio wspomniałem, taki sposób postępowania wydaje mi się u nas w obecnych stosunkach niemożebny. Sprawa ta ściśle łączy się z zagadnieniem okręgowej organizacyi sanitarnej. Zanimby ona została ukończona, trzebaby starać się chyba o to, aby u nas donoszono ile możności także i wprost władzy politycznej, sposób, nad którym zastanawia się referent ministerstwa, a który Najw. Rada zdrowia zupełnie pomija.

Stwierdzenie rozpoznania ma się opierać na obdukcyach sanitarno-policyjnych i na badaniach drobnowidowych i bakteryologicznych, ku czemu służyć powinny osobne stacye bakteryologiczne przy prosekturach większych szpitali. U nas przy żadnym większym szpitalu prowincyonalnym niema jeszcze osobnych prosektorów, a dopiero jeden szpital stołeczny otrzymać ma własną stacyę bakteryologiczną; co najgłówniejsze, wszystkie szpitale ciążą na autonomii. Gdyby przeto ten punkt »Zasad« został objęty ustawą bez bliższych określeń, to powstać mógłby potem spór, kto ma ponosić koszta ustanowienia prosektorów i utrzymywania stacyi bakteryologicznych? Skoro szpitale utrzymuje kraj, to przy rozdziale kosztów, sprawionych przez ustawę, zmierzałby rząd prawdopodobnie do tego, ażeby stacye bakteryologiczne i anatomo-patologiczne, powstające przy szpitalach, były zakładane, a może i utrzymywane, także staraniem i kosztem kraju. Skoro jednak Galicya, będąc na całą Austryę najgłówniejszem polem walki z chorobami zakaźnemi, ponosi ten ciężar nietylko za siebie i dla siebie, ale dla całego państwa, to bez względu na to, jak sprawa załatwi się gdzieindziej, zdawałoby się uzasadnione, aby koszt stacyi bakteryologicznych i prosektur w Galicyi tworzonych, poniósł skarb państwa. Na rządowych lekarzy powiatowych w Galicyi spaść może po wprowadzeniu ustawy, ułożonej według »Zasad« Najw. Rady zdrowia, częstsza niż dziś konieczność ściślejszych badań dla sprawdzenia rozpoznania (sekcyi policyjno-sanitarnych, bo zwłok niepodobna będzie przewozić na większe odległości do projektowanych prosektur, może i badań bakteryologicznych); stąd potrzebaby specyalnego kształcenia lekarzy rządowych w Galicyi w odpowiednim zakresie i oczywiście znów pewnych z tego tytułu większych dla Galicyi wydatków. (Zdawałoby mi się przytem rzeczą słuszną dodatkowe wynagradzanie lekarzy rządowych za takie dodatkowe czynności; już dzisiaj mają galicyjscy lekarze rządowi to »privilegium odiosum«, że przy zwalczaniu epidemii częściej, niż koledzy ich z innych krajów, narażają swe zdrowie i życie, ale w zamian za to nie zapewnia im państwo żadnych korzyści, choćby się im należały równie słusznie, jak zaliczanie podwójnych lat służby żołnierzom, powołanym na plac boju).

Odosobnienie chorych zakaźnych w naprawdę odpowiednich lokalach lub wysiedlanie jeszcze zdrowych mieszkańców z mieszkania, w którym pozostawia się chorego, natrafić mogą u nas na tem większe trudności, im bardziej ze wzrostem cen materyałów budowlanych wzrasta przepełnienie, zwłaszcza chat włościańskich i im dalej nam do zadawalniającego załatwienia sprawy higieny mieszkań. Przy opłakanych pod tym względem stosunkach naszych obawiać się można, czy znajdzie się w naszych gminach wiejskich dostateczna liczba dobrych lokali izolacyjnych, których ustawa wymagać będzie, czy nasze uboższe gminy zdobędą się na środki na szpital epidemiczny, gdy je ustawa do jego utworzenia przymusi? Należałoby przeto może wyzyskać w »Zasadach« Najw. Rady zdrowia projekt tworzenia rządowych przenośnych szpitali epidemicznych, któreby u nas oddać mogły szczególnie dobre usługi. O ileby znów ustawa przyjęła z »Zasad« Najw. Rady zdrowia myśl stałych powiatowych, czy okręgowych szpitali epidemicznych, to do nich odnosi się to samo, co do okręgowej służby zdrowia; dostateczna sieć takich stałych szpitali, zaopatrzonych w odpowiednie środki transportowe, powstaćby mogła dostatecznie szybko chyba z pomocą zasiłków rządowych. A wysiedlania mieszkańców zagród zakażonych gdzieindziej, niż do szpitali, czy to stałych okręgowych, czy też do przenośnych baraków, trudno sobie u nas wyobrazić, gdy ustawa rozciągnie przymus odosobnienia na liczniejsze choroby zakaźne. (Dok. nast.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Stworzenie ministerstwa sanitarnego w Austryi powinno stanowić cel dążności wszystkich organizacyi lekarskich. Jak wiadomo, utworzono teraz w Austryi trzynaste ministerstwo, dawno potrzebne ministerstwo pracy; stworzono je coprawda wyłącznie ze względów politycznych. Niedługo może znowu ze względów politycznych zajść potrzeba stworzenia nowego ministerstwa, a wtedy czternaste ministerstwo już powinno być nasze, ministerstwo zdrowia. Do tego jednak trzeba silnej organizacyi lekarzy i ciągłego dopominania się o należące się nam prawa, jak to dotąd czyniły warstwy robotnicze, bo tylko dlatego rząd, mając zamiar stworzyć nowe ministeryum, wpadł na myśl utworzenia ministerstwa pracy. *Stahr.*

(Sprawa utworzenia ministerstwa sanitarnego w Austryi tem więcej obchodzić powinna kraj nasz, im większe są u nas w porównaniu do innych krajów pod względem sanitarnym braki i potrzeby, im więcej pod tym względem zrobićby należało, aby usunąć skutki stuletniego zaniedbywania Galicyi przez biurokratyczne przedkonstytucyjne rządy i im bardziej postęp sanitarny zależy od udoskonalenia organizacyi służby zdrowia. Warunkiem koniecznym tego udoskonalenia jest nadanie większej samodzielności i większego wpływu całej organizacyi sanitarnej, do czego niezbędną podstawą jest wydzielenie spraw sanitarnych z zakresu działania ministerstwa spraw wewnętrznych i utworzenie odrębnego ministerstwa zdrowia, jak to wkrótce ma nastąpić w państwie niemieckiem. Nie można jednak wyczekiwać, aż po dokonanym już w Niemczech fakcie zdecyduje się kiedyś Austrya pójść i tutaj znów za przykładem niemieckim, ale należy, skoro przy tego rodzaju reformach odgrywają w Austryi najczęściej nie względy rzeczowe, ale chwilowe konjunktury polityczne, i skoro te konjunktury istotnie obecnie zdają się wyjątkowo korzystne, wyzyskać je, póki czas. Skoro zaś leży w interesie Galicyi, aby czternaste ministerstwo, o którem rząd zamyśla, było właśnie ministerstwem sanitarnem, przeto podjęte na nowo usiłowania Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej (por. »Wiadomości bieżące« w tym Nrze) zasługują nietylko na uznanie, ale na jak najgorliwsze poparcie kół lekarskich całego kraju, które wszelkiemi siłami starać się powinny, aby sprawę tę objęła programem swych pilnych postulatów nasza reprezentacya parlamentarna. *R.*)

Okręgów sanitarnych w Czechach było w marcu 1907 820, obejmujących po 11 do 101 km.² i po 3 do 10 tysięcy mieszkańców. 609 lekarzy miało płacę 800—1000 K., 184—1000 do 1200, 20—1200 do 2000; oprócz tego niemal każdy z nich miał równocześnie posadę lekarza gminnego, kolejowego i t. p. Samoistnych gmin sanitarnych było nadto 170. Do funduszu pensyjnego należało 768 lekarzy, niezaopatrzonych było 33. *R.*

Sprawozdanie Krajowej Rady zdrowia za rok 1904, które właśnie wyszło z druku, nasuwa »Kuryerowi lwowskiemu« (546) uwagę, że prasa codzienna powinnaby z tych sprawozdań czerpać obficie wiadomości o stanie sanitarnym kraju i przez to uświadamiać szerokie koła o jego w tym względzie potrzebach. Za pożądane uważa »Kuryer lw.« wyposażenie Sprawozdań Rady zdrowia w tablice graficzne i obszerniejsze streszczenie obrad Rady; wreszcie domaga się przy nowych mianowaniach powołania do Rady z różnych części kraju lekarzy, »którzy w pracy publicznej złożyli dowody znajomości potrzeb sanitarnych kraju«. *R.*

Lekarz i Kasa chorych. W Kasie chorych fabryki zapałek w Żiżkowie wypowiedział nowy zarząd posadę lekarzowi bez żadnej przyczyny. Lekarz odwołał się do sądu. Pruski sąd krajowy przyznał słuszność lekarzowi, uznając stosunek lekarza do Kasy za stały, który nie może być dowolnie rozwiązywanym. *Stahr.*

Towarzystwo Samopomocy lekarzy przypomina, że nowo utworzony w Towarzystwie oddział komercyjny pośredniczy pod dogodnymi warunkami w kupnie narzędzi lekarskich i t. p., w sprzedaży przedmiotów lekarskich używanych i t. d. Zgłoszenia i zamówienia przyjmuje Dr Henryk Sokołowski, Kraków, Szewska 12.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 17. do 23. XI. 1907 doniesiono o 13 nowych przypadkach duru plamistego w 7 gminach, a mianowicie: pow. Horodenka (Głuszków 4), Jaworów (Zawadów 2), Lisko (Baligród 1, Lisko 1), Rawa (Wulka mazowiecka 2), Śniatyn (Dżurów 2), Zaleszczyki (Hołowczyńce 1). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 17. do 23. XI. 1907 urodziło się dzieci żywo 46, nieżywo 4; zmarło osób 53 (w tem obcych 24), z nich z gruźlicy 10 (5), zapalenia płuc 1, błonicy 3 (1), płonicy 5 (3), duru brzusznego 1 (1). *W.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 17. do 23. XI. 1907 było przypadków: odry 2, płonicy 7 † 2, krztuśca 1, błonicy 4 † 2, róży 2, ospianki 1, nagm zapalenia ślinianek 3. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 17. do 23. XI. 1907 było przypadków: błonicy 8 † 1 (w tem obcych 2 † 0), krztuśca 11 (1), płonicy 25 (3), odry 14 † 1 (1), duru brzusznego 13 † 3 (2), czerwonki 1. *L.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. W dniu 5. grudnia b. r. o godz. 12 w południe odbędzie się w auli uniwersytetu (Collegium novum) wręczenie Profesorowi M. L. Jakubowskiemu medalu, wybitego na Jego cześć staraniem Wydziału lekarskiego krakowskiego.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 27. X. posiedzenie, na którem: 1) wybrano komisyę przedwyborczą; 2) uchwalono wnieść do Sejmu memoryał w sprawie położnych w naszym kraju według wniosków wybranej dla tej sprawy komisyi Towarzystwa (sprawozdawca Dr T. Piotrowski); 3) Prof. Kader przedstawił ze swej kliniki przypadki: *a*) mięsaka jądra, *b*) wycięcia krtani z powodu raka, *c*) raka gardła (*pharyngotomia suprahyoidea*), *d*) rakowego zwężenia przełyku (*gastrostomia*); 4) Prof. Rosner wyłożył rzecz: »O środkach znieczulających, używanych przy porodach prawidłowych«.

— Delegatem swoim do komitetu administracyjnego szpitala św. Łazarza wybrał Wydział lekarski prof. Wachholza, jego zastępcą prof. Kleckiego.

— Delegatem na międzynarodowy Zjazd laryngologiczny wybrał Wydział lekarski prof. Pieniążka.

— Dyplom doktora uzyskał p. Jan Ossadnik, rodem z Czerepina.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej uchwalił na posiedzeniu w d. 23. XI. zwołać na 30. XI. wiec lekarzy lwowskich celem utworzenia bezpartyjnego komitetu lekarskiego, któryby przeprowadził wybór pewnej liczby lekarzy do Rady miejskiej. Uchwalono również na wniosek Dra Mikołajskiego wznowić starania (zainicyowane przez Izbę wschod.-galic. jeszcze w r. 1902) o utworzenie w Austryi ministeryum sanitarnego. W tym celu udaje się w tych dniach do Wiednia prezydent Izby, Dr Festenburg, celem podjęcia stosownych kroków wspólnie z Wydziałem wykonawczym Izb.

— Ministerstwo oświaty zatwierdziło uchwałę Wydziału lekarskiego, nadającą Dr Teofilowi Zalewskiemu *veniam legendi* w zakresie otyatryi.

— Na rzecz funduszu wdów i sierót po lekarzach w Towarzystwie lekarzy galic. złożył Dr Jan Grek, kierownik wycieczki balneologicznej X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, kwotę 411 K 20 h, jako pozostałość z udziałów, złożonych przez uczestników tej wycieczki.

Warszawa. Najstarsze i najzasłużeńsze z nielicznych naszych pism archiwalnych, »Pamiętnik Towarzystwa lek. warsz.«, walczy, jak już donosiliśmy, z wielkiemi trudnościami z powodu pogorszenia się stosunków finansowych Towarzystwa. Ze świeżo ogłoszonego sprawozdania Redaktora »Pamiętnika« za r. 1906, dowiadujemy się, że pismo to wychodzi w 550 egz., z których 240 otrzymują bezpłatnie członkowie Tow. lek. warsz., 99 rozmaite instytucye i redakcye, a tylko 89 jest płatnych. Z tych 89 rozchodzi się 80 w Królestwie i Cesarstwie, a tylko dziewięć (!) zagranicę. t. j. do innych dzielnic Polski. A przecież w r. 1906 obejmował »Pamiętnik« 76 arkuszy druku, pomieścił 6 prac oryginalnych, streszczenie 788 prac w »Przeglądzie piśmiennictwa lek. polskiego« i całkowite protokoły posiedzeń Towarzystwa lek. warsz., cena zaś rocznika wynosi tylko 3 ruble. Towarzystwo lek. warsz. mogło udzielić »Pamiętnikowi« na rok 1906 już tylko 1,130 rb. zapomogi, a na r. bież. wyznaczyć już tylko 620 rb. Wobec tego zagrażało zaniechanie cennego »Przeglądu piśmiennictwa«, co byłoby niepowetowaną szkodą. Dlatego już poprzedni redaktor »Pamiętnika«, Dr Kamieński, prosił, by pozwolono mu starać się o zapomogę Kasy im. Mianowskiego na wydanie »Przeglądu piśmiennictwa«. Pozwolenia tego udzieliło Towarzystwo obecnemu redaktorowi, Dr Rzętkowskiemu, na posiedzeniu w d. 18. VI. b. r., a Dr A. Sokołowski złożył na ten cel 100 rb. Tak więc można mieć nadzieję, że wydawnictwo »Przeglądu piśmiennictwa« nie ulegnie przerwie, aczkolwiek w r. b. znacznie się musi opóźnić.

— Od Nowego Roku zacznie wychodzić w Warszawie pod redakcyą Dra L. Wernica miesięcznik »Odrodzenie fizyczne«, oraz kwartalnik »Higiena szkolna«.

— W celu pozyskania środków na polepszenie stanu szpitalnictwa zwrócił się Zarząd miejski do projektu jeszcze z roku 1898, według którego robotnicy fabryczni otrzymywaliby pomoc lekarską od miasta za opłatą, uiszczaną przez właścicieli fabryk i zakładów przemysłowych. (Byłby to przeto rodzaj ogólnej miejskiej kasy chorych). — Ponieważ zwinięta Rada Dobr. publ. przekazała do odebrania Zarządowi miasta zaległości za leczenie w szpitalach warszawskich (około 2 milionów rubli), generałgubernator zażądał od magistratu szczegółowego wykazu tych zaległości celem niezwłocznego podjęcia kroków dla odebrania należnych sum z odpowiednich kas powiatowych, gminnych i od osób prywatnych. — Z powodu przepełnienia szpitali, zwłaszcza św. Jana Bożego, inspektor szpitali wszczął starania o szybsze wykończenie pawilonu na 100 łóżek dla chorych umysłowych w przytułku w Górze Kalwaryi. — Również stara się inspektor szpitali, by w dziennikach politycznych poruszono sprawę zaprowadzenia u nas patronażу, czyli umieszczania chorych w domach prywatnych za opłatą, udzielaną przez miasto. — Zarządowi miasta złożono projekt urządzenia jednej centralnej pralni dla wszystkich szpitali miejskich przy budowanym przez miasto zakładzie dezynfekcyjnym. Ilość bielizny szpitalnej wynosi rocznie 52,000 pudów, a pranie kosztuje 34,103 rb. Za to z łatwością utrzymaćby można pralnię centralną, co tem bardziej byłoby pożądane, że pralnie po szpitalach są urządzone nader wadliwie i ze względów zdrowotnych powinny być zamknięte.

Tow. opieki nad dziećmi żąda od zarządu miasta ustawienia w parku Ujazdowskim kiosku do sprzedaży mleka, pod względem lekarskim wypróbowanego, dotychczasowa bowiem sprzedaż mleka dla dzieci w miejscach publicznych odbywa się bez kontroli lekarskiej.

Ponieważ szkoła felczerska nie jest czynna, kandydaci na felczerów składają świadectwa z odbytej praktyki szpitalnej i zdają egzamina w urzędzie lekarskim, który wydaje im patenty na stopień felczera.

Niedawno ukończony Zjazd weterynarzy Królestwa Pols. wyraził życzenie, aby w całem Królestwie obowiązywały jednakowe przepisy weterynaryjno-policyjne, aby liczbę weterynarzy na każdą gubernię zwiększono do 2 lub 3 i aby w Warszawie urządzono centralną pracownię bakteryologiczną dla całego kraju.

Ministeryum spraw wewnętrznych orzekło, że urzędnicy państwowi nie mogą być jednocześnie redaktorami lub wydawcami pism, nawet fachowych i naukowych. Skutkiem tego w Warszawie zawieszony został jeden z tygodników fachowych, wydawany od lat 25. Czy rozporządzenie to ma się stosować i do pism lekarskich, dotychczas niewiadomo.

Dra M. Zapasiewicza i Dra P. Jankowskiego uwolniono z więzienia.

Ospa w Warszawie z każdym dniem się wzmaga. Tymczasem oddział dla chorych zakaźnych przy ul. Złotej, który miał być gotów na 14. b. m., niewiadomo, czy i za dwa tygodnie będzie na tyle wykończony, by można go było zaopatrzyć w inwentarz ruchomy. Wobec wzrastającego niebezpieczeństwa odbyła się w Magistracie 23. XI. ankieta w sprawie zwalczania ospy według projektu lekarzy szpitala św. Stanisława, którzy doradzają, by szpital ten przeznaczyć wyłącznie dla chorych na ospę, by urządzić stacye bezpłatnego szczepienia, zachęcać gorliwie ludność do szczepienia się i rewakcynacyi i t. d. Tow. wspierania chorych żydów otworzyło dwie stacye bezpłatnego szczepienia.

Ospa i w Łodzi sroży się coraz bardziej; zajęła już i okolice podmiejskie. Miejska komisya sanitarna w Łodzi postanowiła zaangażować na koszt miasta felczerów, którzyby szczepili bezpłatnie krowiankę w 8 na ten cel urządzonych stacyach, dalej odkazić przymusowo składy szmat i t. p., zakażone domy na Bałutach, ul. Grabowej i in.

Miejska pracownia sanitarna w Łodzi wykonała w ciągu okresu 6-letniego (1901—1907) 4,986 rozbiorów chemicznych i 1,518 bakteryologicznych.

Lekarze szpitala im. Poznańskich w Łodzi postanowili od N. Roku zamknąć aptekę i ambulatoryum szpitalne, które udzielały ubogim chorym bezpłatnie leków i porad (70,000 rocznie, w tem 35,000 samych opatrunków chirurgicznych), a to z tego powodu, że utrzymanie szpitala wynosi rocznie 60,000 rubli, dochody zaś tylko 40,000 rb. Niedobory pokrywała rodzina Poznańskich, nadal zaś ciężaru tego ponosić nie zamierza. Postanowiono prosić rodzinę Poznańskich o zwiększenie rocznej dotacyi na szpital o 5,000 rb., coby pozwoliło utrzymać nadal ambulatoryum, acz w ograniczonym zakresie.

Minister spraw wewnętrznych pozwolił na zwołanie w Moskwie w dniu 10—13. stycznia r. 1908 II. Zjazdu ginekologów rosyjskich.

Z różnych stron. W Petersburgu zawiązuje się komitet, złożony z 50 osób, celem budowy szpitala polskiego. Fundusze zbierane będą przez składki, koncerty, przedstawienia teatralne i t. d., z których pierwszy odbył się 27. XI. b. r.

— Dyplomy doktorów medycyny uzyskali w uniwersytecie kazańskim następujący Polacy: J. Bańkowski, L. Falski, Judt, K. Okuszko, Mulier-Przygoda, Reklewski, L. Rajchman, Załuska, Zawisza, Zieleniewska.

— Prof. Robert Koch, powróciwszy z Afryki z $1\frac{1}{2}$-rocznej wyprawy naukowej, ma wkrótce ogłosić wyczerpującą pracę o śpiączce afrykańskiej. (Krótkie sprawozdania z wyników wyprawy podały już tygodniki lekarskie niemieckie). Cesarz niemiecki mianował prof. Kocha rzeczywistym tajnym radcą z tytułem ekscelencyi. Na fundacyę imienia Kocha, przeznaczoną na zwalczanie gruźlicy, zebrano dotąd ze składek 125,000 Mk.

— Nowy zakład dla umysłowo chorych w Wiedniu na t. zw. »Steinhof« jest jednym z największych, a najlepiej wyposażonym zakładem tego rodzaju. Sale chorych są urządzone wzorowo. Ściany i podłogi wyłożone polewanemi płytkami glinianemi umożliwiają wzorową czystość. We wszystkich pokojach dużo światła i kwiatów, a na ścianach obrazy. W zakładzie jest i sala teatralna, kościół i t. d. Zakład zajmuje $1\frac{1}{2}$ miliona m.³. Sam grunt kosztował $4\frac{1}{2}$ miliona K., urządzenie całego zakładu 25 milionów. Zakład obliczony na 2200 chorych, może jednak pomieścić i 3000. Pawilonów jest 27. Oświetla je 12.000 lamp żarowych. Pralnia może wyprać i wyprasować dziennie 12.000 klgr. bielizny. Zakład potrzebować będzie rocznie: 200.000 kg. mięsa wołowego, po 28.000 kg. cielęciny i wieprzowiny, 43.000 kg. tłuszczu, 30.000 kg. wędlin, 650.000 litrów mleka, $\frac{1}{2}$ miliona jaj, $2\frac{1}{4}$ miliona bułek i t. d. Olbrzymi ten zakład składa się z 3 części (Heilanstalt, Pflegeanstalt i Sanatorium), stanowiących administracyjnie 3 odrębne ciała, jednak pod jedną dyrekcyą lekarską (Dr Schlöss). *Stahr.*

Mianowania i odznaczenia: Prof. Neusser w Wiedniu otrzymał wielki krzyż orderu Franciszka Józefa (odznaczenie, nadane naszemu rodakowi, jest najwyższem, jakie kiedykolwiek przyznano w Austryi lekarzowi);

Dr M. Warzeszkiewicz mianowany asystentem, a Dr J. Nüssenfeld elewem kliniki chirurgicznej w Krakowie.

Zmarli: Dr Mieczysław Tytus Windischbauer, b. lekarz powiatu Kutnowskiego, w 66 r. ż. w Warszawie; Dr Łucyan Możdżyński, wychowaniec b. akademii medyko-chir. warszawskiej, uczestnik powstania w r. 1863, długoletni lekarz w Skalbmierzu, w 68 r. ż.

Redakcya otrzymała: Rosenhauch: Rozwój komórki śluzowej. Rozp. Ak. Um. 1907. — J. Zawadzki: Dziesięciolecie Pogotowia ratunkowego w Warszawie. 1907. — Broffero: Czy będziemy żyli po śmierci? Kraków 1908. — W. Puławski (Radziejów): 1) Przyczynek do statystyki leczenia błonicy surowicą swoistą. 1903. Czas. lek. i Deuts. med. Wochs. 2) Dalsze przyczynki do statystyki leczenia błonicy surowicą swoistą. Czas. lekarskie.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w listopadzie 1907: *Gazeta lekarska Nr 42—44:* Eisenberg: Przyczynek do mechanizmu zakażeń. Heiman: Rozpoznanie ropni mózgowych pochodzenia usznego. Bychowski (dok.). Hewelke: Zatkanie oskrzela płatowego przez skrzep krwi. Quest: O znaczeniu nadnercza w patologii i terapii krzywicy. Starkiewicz: Przyczynek do etyologii niedokrwistości postępującej złośliwej. Neugebauer: Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu i zabiegach operacyjnych przy potworności podwójnej płodu. — *Medycyna Nr 44—46:* Halpern: Przypadek zakażenia gronkowcowego o niezwykłym przebiegu klinicznym. Hejman A.: Słów parę w sprawie postępowania chirurgicznego w zapaleniach ropnych ucha środkowego. Bieliński (c. d.). Bregman: O ostrym bezładzie. Flatau, Koelichen i Skłodowski: O wieloogniskowych sprawach zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym. S. Kramsztyk: Nowa metoda rozpoznawania gruźlicy. — *Kronika lekarska Nr 21.* Sędziak: Włókniak krtani pochodzenia urazowego. Wyleczenie samoistne. Bregman (c. d). — *Tygodnik lekarski Nr 44—47:* Bikeles i Fromowicz: O odruchach najniższej części (stożka) rdzenia pacierzowego. Bogdanik: O zapaleniu otrzewnej. Spira (dok.). Eisenberg: O wczesnem rozpoznawaniu duru brzusznego. Karłowicz: Przyczynek do kwestyi o narkozach złożonych. Sołowij: Zapobiegawczy obrót na nóżki przy miednicy ścieśnionej. Hołobut: Kilka słów o nowej reakcyi nitroprusydkowej moczu Arnolda. Stankiewicz W.: Niektóre uwagi o litotrypsyi. — *Nowiny lekarskie Nr 11:* Nowicki i Hornowski, Eisenberg (dok.). Janowski (c. d.). Jaworski J.: O leczeniu nieżytu szyjki i jamy macicy metodą Biera. — *Pamiętnik Towarz. lekarskiego warszawskiego, zesz. III:* Sterling: Badania psychologiczne (c. d.). H. Landau: Zmiany anatomiczne w nadnerczach w arteriosclerosis. Gedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce. — *Postęp okulistyczny Nr 10:* Bednarski: O sztucznem dojrzeniu zaćm przez dyscysyę. Wicherkiewicz: Kilka uwag w sprawie operowania zaćm niedojrzałych. — *Kronika dentystyczna Nr 11:* Szadkowski: O regulacyi zębów metodą Anglea. — *Przegląd higieniczny Nr 10—11:* Kaczorowski: Stan uzębienia i ogólnej czystości ciała dzieci szkolnych szkół miejskich lwowskich w cyfrach. Szpilman (c. d.). Popielski: O działalności alkoholu na organizm w świetle obcych i własnych badań. — *Zdrowie Nr 10—11:* Hornowski: 1) O morgach. 2) O krematoryach. Krysiński: Warunki sanitarne lokali szkolnych i stan fizyczny młodzieży ze szkół Koła przemysłowców warszawskich. Wernic: Pierwsze letnisko szkolne. Rottermund: Higiena, jako przedmiot wykładu w szkołach średnich i ludowych. — *Krytyka lekarska Nr 10:* Kramsztyk: Kasa chorych lekarzy. Goldszmit: Wrażenia z Berlina. Dobrzyński: Ustęp z dzieła Lelio Montela: »Lekarze«. — *Głos lekarzy Nr 21—22:* Zasacki: 1) Reforma wyborcza sejmowa. 2) W sprawie przymusu szczepienia. Mikołajski: 1) Społeczne zadania medycyny na X. Zjeździe lek. i przyrod. pols. I. Walka z gruźlicą. 2) Odezwa do lekarzy esperantystów we wszystkich krajach. 3) Ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych. — Baschkopf: Partactwo lecznicze w Turcyi.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 4. grudnia o godz. 6 wieczorem w sali wykładowej kliniki chorób wewnętrznych** (Kopernika 15). Na porządku dziennym: 1) Demonstracye chorych, których przedstawią: Prof. Jaworski, Doc. Műęsowicz, Dr Korolewicz, Dr Szurek i Dr Sermak. 2) Dr Eichhorn przedstawi przypadek odwrotnego ułożenia trzew. 3) Prof. Marchlewski: Z badań nad barwikiem krwi i chlorofilem. 4) Dr Bier: O molu mącznym.

Po posiedzeniu wspólna **wieczerza koleżeńska** w Domu Towarzystwa lekarskiego (Radziwiłłowska 4).

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Nowa postać pastylek sublimatowych. (Dr E. von Esmarch, Göttingen, »Zeitschrift für Medizinalbeamte« 1907, H. 13). Pomimo swych wielkich zalet jest sublimat wśród ogółu mało używany ze względu na swe własności trujące, szczególniej przy odkażaniach, których nie wykonuje lekarz. W sferach lekarskich chętnie są używane do odkażania rąk, bandaży i t. p. pastylki sublimatowe. W przepisach pruskich zalecany jest sublimat, jako środek do odkażania opatrunków, miednic, wanien, rzeczy ze skóry i gumy, podłóg, mebli i t. p. Do odkażania po chorobie zakaźnej zażywa się od 19—20, a nawet i więcej litrów sublimatu. Jednakże potrzeba dużo czasu, aby rozpuścić odpowiednią ilość pastylek. Ta trudność skłoniła Dra E. v. Esmarcha do umowy z fabryką chem. Mercka w Darmsztadzie, aby ta przygotowała pastylki większego rozmiaru: wielkości monety dwumarkowej, zawierające po 5 gr. sublimatu i wielkości talara, zawierające po 10 gr. Pastylki takie są barwy o wiele bledszej, podobnie rozczyn; wskutek tego niszczy się mniej bielizna. Rozpuszczalność dużych pastylek w zimnej wodzie oblicza się na 5—10 minut; własność ich odkażająca jest także, jak małych, a cena o 10 prc. niższa. Te warunki, jak również wspomniane wyżej zaoszczędzenie bielizny, przemawiają za używaniem dużych pastylek. *Mk.*

Arhovin. (Dr Piket. Wykład na 79. Zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy). Na podstawie wieloletniego doświadczenia jest P. zwolennikiem wewnętrznego leczenia wiewióra. To jego zapatrywanie godzi się z zapatrywaniem przeważającej większości urologów. Nawet Neisser, jeden z najgorliwszych zwolenników wyłącznie miejscowego leczenia, uznaje w swych ostatnich pracach całą doniosłość środków wewnętrznych. Mając przed oczami niedostateczność wyłącznie miejscowego leczenia, staje się zupełnie zrozumiałem, że w leczeniu wiewióra takim skutecznym i wygodnym wewnętrznie stosowanym pomocniczym środkiem w żadnych okolicznościach gardzić niepodobna. Z całego szeregu tych wewnętrznie stosowanych środków przeciw wiewiórowi największe znaczenie praktyczne przypisuje autor arhovinie. Nigdy, nawet po kilkotygodniowem stosowaniu i po najsilniejszych dawkach arhoviny, nie spostrzegał on dolegliwości żołądkowych, ani podrażnienia nerek, co jest prawie codziennem zjawiskiem przy środkach balsamicznych. Zdradziecki zapach z ust, który zdyskredytował środki balsamiczne w oczach chorych, nie występuje przy arhovinie. Arhovina łagodzi znacznie więcej ból w narządach płciowych, aniżeli środki balsamiczne, bywa chętnie zażywana i dobrze znoszona, nie drażni żołądka, ani przewodu pokarmowego, jest nieszkodliwa dla nerek, zmniejsza wydzielinę, powstrzymuje rozwój gonokoków, a obok tego posiada jeszcze wybitne działanie uspokajające. Arhovina jest przeto cennym nabytkiem skarbca lekarskiego i dlatego też żaden lekarz przy wewnętrznem leczeniu wiewióra nie powinien jej pomijać. Doświadczenia dotychczasowe zapewniają arhovinie stałe miejsce w lecznictwie. *Hr.*

Kollargol. (Dr Kurt Witthauer. »Mediz. Klinik« Nr 42, 1907). W każdym przypadku ropnicy połogowej stosował W. najpierw wcieranie maści Credégo, a potem wstrzykiwał w żyły 2 prc.—5 prc. rozczyn kollargolu, zawsze z pomyślnym skutkiem, chociaż zdarzały się przypadki bardzo ciężkie. W licznych przypadkach gośćca stawowego na tle paciorkowców stosował W. kollargol w postaci wlewań. Dawki wynoszą od 0,2—0,5 na 100—200 gr. wody przekroplonej; mogą być stosowane raz lub dwa razy dziennie. Jeśli były bole lub gorączka, należy jeszcze po ich usunięciu dość długo, nawet do 2—3 tygodni, wlewania powtarzać. Kollargol bywa łatwo i dobrze zatrzymywany, a w razie przeciwnym dodaje się na 10—15 kropel makowca. Kollargol ma również znaczenie rozpoznawcze, gdyż zastosowanie jego odnosi pożądany skutek li tylko w przypadkach gośćca stawowego, wywołanego przez paciorkowce, przeciwnie w razie dny lub pewnych powikłań nie skutkuje wcale. *Hf.*

Secacornin „Roche“ (Dr Gotthard Schubert. »Münch med. Wochs. Nr 26, 1907) jest jednym z najlepszych środków przeciw krwotokom macicznym. W Szwajcaryi znany już jest oddawna pod nazwą Ergotin-Keller. Jest to przetwór sporyszu, który wpływa energicznie na kurczliwość macicy. Wszystkie substancye zbędne, jak kwas sfacelinowy i t. p. zostały z przetworu usunięte. Podług Schargesa 1 gr. tego przetworu odpowiada 4 gr. sporyszu lub też 0,08 gr. kornutyny. Sekakorninę należy stosować zapobiegawczo po porodach ciężkich, jakoteż prawidłowych dla prędszego zwijania się macicy w połogu; przy atonii i niedostatecznem zwinięciu się macicy w połogu; po cięciu cesarskiem, obrocie i wyjęciu ręcznem łożyska; po poronieniach, jakoteż przy krwotokach w czasie ciąży i wśród porodu. Lek ten stosowano wewnętrznie, podskórnie i śródmięśniowo. Sekakorninę sprzedają w buteleczkach po 20 gr. dla zastosowania wewnętrznego, a dla wstrzykiwań podskórnych, wzgl. śródmięśniowych służą fiolki, o pojemności 1 ctm. *Hf.*

Mergal. (Dr Karol Hellmuth. »Wiener Medizin Presse« Nr 28, 1907). W dotychczasowem leczeniu kiły odgrywała rtęć najważniejszą rolę pomimo jej znanych działań ujemnych. Dlatego pożądany jest nowy wewnętrzny lek przeciwkiłowy, wprowadzony do handlu przez fabrykę chem. J. D. Riedla w Berlinie pod nazwą »mergal«. Obok b. energicznych własności przeciwkiłowych pozbawiony jest mergal tych stron ujemnych, które posiada rtęć. Mergal znajduje się w handlu w kapsułkach, z których każda zawiera 0·05 kwasu cholowego, tlenku rtęci i 0·1 białkanu taniny. Leczniczo został mergal wypróbowany przez Bossa u 30 chorych na kiłę. Objawy ustępują w ten sam sposób, jak i przy wcieraniach lub wstrzykiwaniach soli Hg. W trzech przypadkach wywołał mergal niedyspozycyę żołądkową. Przyjmowanie i wydalanie Hg. jest szybkie. Średnią dawkę Boss oblicza na 20—25 gr. kwasu gallusowego. Mergal podaje się początkowo 3 razy dziennie po jednej kapsułce, od dnia 5-go — 3 razy po 2 kapsułki, i stopniowo zwiększając do 5—6 razy dziennie po 2 kapsułki. Leczenie trwa od 8—10 tygodni. Pożywienie przytem musi być obfite i nie drażniące przewodu pokarmowego. Mergal dobrze się przyswaja, nie wywołuje ani kolek, ani biegunki, ani żadnych zaburzeń nerkowych. Leczenie nie sprawia żadnych trudności i zupełnie nie przeszkadza w zajęciach, a przytem daje się zupełnie dyskretnie przeprowadzić. Saalfeld stosował mergal w 100 przypadkach kiły drugo- i trzeciorzędnej. Częstokroć przy leczeniu występowało zapalenie dziąseł, co jest dowodem, że Hg ulega szybkiemu wessaniu. Nigdy nie występowały biegunki. Keil wykazał drogą analizy, że Hg już po 24 godz. widoczną jest w moczu, a w 18 do 33 dni po przerwaniu leczenia znika z moczu zupełnie; świadczy to o szybkiem przyjmowaniu i wydalaniu Hg. Leistikow uważa mergal za środek, zastępujący doskonale wcierania i wstrzykiwania, a szczególnie, gdy wstrzykiwania wskutek jakichś zaburzeń muszą być przerwane. *Ll.*

*

Rok XLVI. Kraków, dnia 7. grudnia 1907. Nr 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kazuistyki ciał obcych w odbycie i odbytnicy.

Podał
Prof. Dr L. Wachholz.

Z odbytu lub odbytnicy dobywa chirurg nieraz ciała obce. Mogą one dwojaką drogą do tej części przewodu pokarmowego wniknąć. W największej liczbie przypadków chodzi o ciała obce, które przypadkowo lub rozmyślnie (przez obłąkanych) połknięte, zdołały się przesunąć przez cały przewód pokarmowy i uwięzły dopiero u jego kresu, wywołując równocześnie dolegliwości, które skłaniają odnośną jednostkę do szukania pomocy lekarskiej. O wiele rzadsze są te przypadki, w których ciało obce dostaje się wprost do rzyci lub przez nią do odbytnicy. O ile pierwsza kategorya przypadków budzi niemal wyłącznie zajęcie ze stanowiska chirurgii, o tyle druga kategorya zyskuje nadto znaczenie sądowolekarskie.

Do rzyci, lub przez nią do odbytnicy mogą wtargnąć ciała obce przypadkowo, lub mogą być także wprowadzone rozmyślnie ręką własną lub ręką drugiej osoby.

Przypadkowo, zatem w sposób niezamierzony, może wniknąć ciało obce do rzyci i odbytnicy, podobnie jak u kobiet do pochwy, wskutek upadku z wysokości i nadziania się na przedmioty wystające. Przypadki takie, na ogół rzadkie, odznaczają się zwykle znacznemi i groźnemi obrażeniami dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Przypadki te pominę milczeniem, a zwrócę się jedynie do omówienia tych, w których ciało obce wprowadzono rozmyślnie do odbytu, albowiem budzą one istotne sądowolekarskie zajęcie.

Zachętą do uwag powyższych był mi oprócz przypadku, który sam miałem sposobność badać przed laty w oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza ś. p. Prof. Dra Obalińskiego, głównie przypadek badany i leczony w szpitalu w Tarnowie. Za odstąpienie mi przypadku tego do ogłoszenia, za dokładną historyę jego, jak również za przesłanie zakładowi naszemu wydobytego ciała obcego dziękuję na tem miejscu serdecznie Dr A. Szatkowskiemu, sekundaryuszowi, i Dr Rogalskiemu, dyrektorowi szpitala.

Przypadek pierwszy tyczył się 30-letniego wieśniaka z okolic Krakowa, który w r. 1891 zgłosił się na oddział ś. p. Prof. Obalińskiego o poradę z powodu niemożności oddawania stolca. Wejrzenie i stan ogólny chorego były tak dobre, że już na pierwszy rzut oka nie można było myśleć o żadnej chorobowej przyczynie niedrożności przewodu pokarmowego. Badanie przez odbytnicę pojedyncze zestawione przez powłoki brzuszne w uśpieniu chloroformowem wykryło ciało obce, tkwiące poza zwieraczami rzyci, a zatykające szczelnie odbytnicę. Wydobyto natychmiast rzeczone ciało, którem był kołek drewniany, obły, u końca dośrodkowego nieco przycięty, 20 cm. długi, a 5 cm. w średnicy mający. Po usunięciu kołka i mas kałowych, w miernej ilości nad nim zgromadzonych i po zaopatrzeniu odpowiedniem opuścił chory jeszcze tego samego dnia szpital. Ani zewnętrznie, t. j. koło odbytu, ani wewnętrznie nie stwierdzono żadnych obrażeń. Zapytywany, w jaki sposób kołek wniknął do odbytnicy, milczał chory uporczywie, pozostawiając otwarte pole do domysłów.

Więcej zajmującym był przypadek, leczony w Tarnowie. Dnia 19. czerwca b. r. zgłosił się do tamtejszego szpitala rolnik z okolicy, liczący lat 35, żonaty, z podaniem, że poprzedniego dnia spadł ze schodów drabinowych tak nieszczęśliwie, że wbił sobie w odbyt kołek drewniany. Użalał się przytem na niemożność oddawania stolca i moczu, wzdęcie, bole brzucha i trudność przy chodzeniu. Badanie zaraz dokonane stwierdziło: Mężczyzna silnie zbudowany i dobrze odżywiony, o tętnie przyśpieszonem, 104 uderzeń w minucie, o ciepłocie 37·0 C. Z otworu stolcowego wystawał na 10 cm. kołek drewniany z miękkiego drzewa, z grubsza ociosany, grubości dobrej laski, bardzo mało ruchomy, którego dalszy ciąg dawał się wyraźnie wymacać przez powłoki brzuszne w okolicy lewego podbrzusza. Wobec tego, że kołek przez pociąganie ostrożne nie dał się wydobyć, zapytano chorego, jakiby był kształt dośrodkowej, t. j. w odbytnicy ukrytej części kołka, lecz ten albo w istocie nie umiał lub też nie chciał jej opisać. Dopiero zapomocą ruchów obrotowych z podsuwaniem ręcznem mięśni odbytu w sposób, podobny do używanego przy wytaczaniu się rodzącej główki płodu celem ochrony krocza, wydobyto ów kołek z odbytnicy. Kołek ten, w całości 29 cm. długi, ma kształt drewnianego młotka, t. j. posiada u końca, który tkwił w odbytnicy, głowę walcowatą, 10 cm. długą, 18·5 cm. w obwodzie, a 6 cm. w średnicy mającą, przechodzącą wskutek prymitywnego ociosania w trzon, również walcowaty, 19 cm. długi, 8 cm. w obwodzie liczący. Kołek ten, zwalany kałem, tkwił zatem głową swą, 10 cm. długą i sąsiednią częścią trzonka, 9 cm. długą, razem na 19 cm. głęboko w odbytnicy, a sterczał na zewnątrz obwodową częścią trzonu, 10 cm. długą. Zewnętrznie, t. j. koło odbytu nie stwierdzono żadnych obrażeń, toż samo i wewnętrznie. Chory nazajutrz gorączkował do 38° C, na trzeci dzień był już przecież zupełnie zdrowy tak, że mógł szpital opuścić.

Zanim przejdę do omówienia powyższych przypadków, pozwolę sobie przytoczyć z dostępnego mi piśmiennictwa

opisy podobnych przypadków, gdyż większa ich liczba dozwoli łacniej na wyświetlenie ich niepewnej genezy.

Hyrtl (1) podaje za F. Evem (2) szereg przypadków. Do Dra Realli w Orvieto zgłosił się, na swoje nieszczęście, jak słusznie zauważa Hyrtl, biedny wieśniak, który snać przyciśniony nędzą wpadł na obłędny pomysł zatkania sobie drewnianym korkiem odbytu w przekonaniu, że jeźli dołem nic ubywać zeń nie będzie, nie zajdzie potrzeba wprowadzania od góry. Korek utkwił za głęboko w odbytnicy i wywołał gwałtowne przypadłości. Realli wykonał gastrotomię w celu dobycia korka z odbytnicy! W przypadku Tuffeta wsunął sobie 46-letni mężczyzna jajowatą, sporą tytonierkę do odbytnicy, a gdy mu ją wydobyto, przybył wkrótce potem ponownie z prośbą o wydobycie mu z tego samego miejsca drewnianego kubka. Gdy się nie udało kubka wydobyć korkociągiem (!), przewiercono jego dno, a przez otwór ten usunięto znaczne masy kału. Po miesiącu cierpień nastąpiła śmierć nieszczęśliwej ofiary. Inny mężczyzna wsunął sobie do odbytu dwa cale szeroki tygiel do konfitur. Do jednego ze szpitali paryskich zgłosił się 60-letni starzec z podaniem, że mu w odbycie utkwiła kanka od lawatywy. Tymczasem zamiast kanki wydobyto mu z rzeczonego miejsca futerał bukszpanowy (affiquet de buis), poczem zawstydzony starzec zbiegł zaraz ze szpitala. Pewien służący wsunął sobie do odbytu szklankę do szampańskiego wina, rzekomo celem uśmierzenia biegunki. Szklankę, która utkwiła w zgięciu esowatem odbytnicy, usunięto przez laparotomię. W przypadkach, zestawionych przez F. Evego, wydobyto z odbytnicy i odbytu mężczyzn monety, pierścienie, kamyki, korki, flaszkę na wódkę, strzykawkę do cewki moczowej, obcęgi szewskie, u zbrodniarzy flaszki z trucizną, pilniki i t. d. W przypadku Désormeauxa (3) usunięto z odbytnicy pewnego mężczyzny flaszkę zapomocą kleszczy porodowych. Schauenstein (4) widział w klinice Dumreichera w Wiedniu pewnego mężczyznę, któremu wydobyto z odbytnicy około półlitrową flaszkę od wina. Chory nie chciał wyjaśnić, w jaki sposób flaszka tam się dostała. Sheild (5) wspomina o 60-letnim mężczyźnie, któremu wydobył garnek z odbytu drogą operacyjną. W dalszym ciągu opowiada on o górnikach w Chile, którzy w odbytnicy ukrywają spore kawały srebra. Wreszcie podaje on, że w kopalniach w Kimberley otrzymują pracujący tam kafrowie po robocie na przeczyszczenie, przyczem w kale ich znajduje się nieraz okazy kosztownych i sporych dyamentów. W przypadku Scherenberga (6) tkwiła w odbycie mężczyzny pompa tłocząca, używana do nadymania węży gumowych na kołach rowerów. Do Dra Vrabeka (7) zgłosił się o poradę 40—45-letni mężczyzna z podaniem, że rzekomo za radą znajomych wsunął sobie do odbytu z powodu świądu kawałek osełki do ostrzenia noży. Zapomocą kleszczy do tamponów usunął Vrabek z odbytnicy, jak sam dodaje, niewątpliwie biernego pederasty, nie kawałek, lecz całą, 24 cm. długą osełkę. Podobnym do poprzedniego był przypadek, opisany przez Curt Dietscha (8). Mężczyzna 39-letni zgłosił się do Dietscha z podaniem, iż od dwóch dni tkwi w jego odbytnicy flaszka z oliwą, która mu się przypadkowo tam wśliznęła w chwili, gdy usiłował sobie wlać oliwę do otworu stolcowego. Badanie stwierdziło okrągły, ziejący otwór stolcowy, a 5 cm. wyżej niego dno flaszki, której główkę można było wymacać przez powłoki brzuszne. W uśpieniu wydobyto flaszkę 18·5 cm. długą, o podstawie mierzącej 5 cm. w średnicy. Badany był nieżonaty i nie okazywał nigdy skłonności do kobiet. W przypadku Whithea (9) chodziło o ciało obce, 25 cm. długie, około 4·5 cm. szerokie, które sobie pewien mężczyzna wprowadził do odbytnicy rzekomo w celu obudzenia leniwej peristaltyki jelit! Ponieważ ciało obce w sposób niezamierzony skryło się całkiem w odbytnicy, przeto musiano je dobyć kleszczami. White sądzi, że w przypadku tym istniał podkład seksualny.

Wyjątkowym, a od wymienionych całkiem odbiegającym był przypadek Marchettiego (10). Pewien student z Getyngi wprowadził prostytutce do odbytnicy ogon świński. Wydobycie tego niezwykłego ciała obcego natrafiło na przeszkodę ze strony szczeci, która się przy pociąganiu ogona wbijała w ściany odbytnicy. Dopiero po wprowadzeniu rury poprzez ogon wydobyto go zapomocą uwiązanej do niego nici.

We wszystkich zestawionych tu przypadkach z wyjątkiem przypadku Marchettiego dostały się ciała obce do odbytnicy nie z winy drugiej osoby, nadto wszystkie te przypadki, znowu z wyjątkiem przypadku Marchettiego, tyczyły się mężczyzn bądźto w sile wieku, bądź starców. W 5 przypadkach nie dali chorzy żadnego wyjaśnienia co do sposobu, w jaki ciało obce wnikło do odbytnicy, jednak rodzaj ciał obcych, z niej wydobytych (kołek, tytonierka, kubek drewniany, flaszka, garnuszek, pompa tłocząca do roweru) pozwala już dostatecznie domyślać się sposobu wniknięcia ich do odbytnicy. W pozostałych 7 przypadkach, w których niemniej niezwykłe wydobyto ciała (rodzaj młotka drewnianego, futerał bukszpanowy, szklanka z wina szampańskiego, osełka, flaszka z oliwą) wprawdzie podali chorzy sposób dostania się tych ciał do odbytnicy i cel ich wprowadzenia, jednak podania te, wprost fantastyczne, nie mogą budzić żadnej wiary. I tak w drugim moim przypadku (z Tarnowa) nie można ani na chwilę uwierzyć, aby tak obszerna pałka dostała się do odbytnicy wskutek upadku ze schodów bez równoczesnego, a choćby nawet mniej znacznego zranienia najbliższego sąsiedztwa otworu stolcowego. Również nie podobna dać wiary podaniom, aby przy wlewaniu oliwy z flaszki do odbytu, flaszka przypadkowo miała tam wniknąć, lub aby ktoś w celu wstrzymania u siebie biegunki wprowadzał kielich szampański do odbytu i t. d. Gdyby przedmioty, wydobyte w tych przypadkach, przedstawiały znaczną wartość, jak n. p. dyamenty lub bryły srebra w przypadkach Sheilda, to byłby zrozumiałym cel ich ukrycia w odbytnicy, wiadomo bowiem, że odbytnica, a podobnie i pochwa odgrywają u złodziei, zbrodniarzy i innych do podstępu uciekających się osób rolę tajemnego schowka. Ukrywają oni tam albo przedmioty wartościowe, w niedozwolony sposób nabyte, lub przedmioty, które z różnych przyczyn usiłują ukryć lub przemycić, n. p. ważne *corpora delicti*. Tak n. p. w jednym znanym mi z własnego doświadczenia przypadku przemycała młoda dziewczyna w swej pochwie flaszeczki z morfiną dla swego kochanka-morfinisty, pozostającego w zakładzie celem odzwyczajenia go od nalogu. Ponieważ przed dopuszczeniem jej do kochanka przeszukiwano jej kieszenie, wpadła na pomysł ukrycia morfiny w tem droższem dla miłego miejscu, w którem argusowe oko lekarza potrafiło ją dośledzić.

Już Hyrtl, omawiając ciała obce w odbytnicy, po-

wiada, że mogą one przez przypadek lub lubieżność tam się dostać. König (11) w tej samej sprawie tak się wyraża: »päderastische Gelüste spielten bei solchen Versuchen zuweilen mit«. Zdaniem Schauensteina pozostaje wprowadzanie ciał obcych do odbytu po największej części w związku z nawykowem samcołóztwem. Wreszcie pisze Moll (12), że mężczyźni, skłonni do biernego samcołóztwa, oddają się często od wczesnych lat młodości samogwałtowi, podejmowanemu nieraz w ten sposób, »*ut aliquod instrumentum in anum immitant*«.

Przywiedzione już poprzednio okoliczności, że tak w moich dwóch, jak i w zestawionych z piśmiennictwa przypadkach chodziło tylko o mężczyzn, że ciała obce, w ich odbytnicy znalezione, nie mogły w istocie w sposób przypadkowy tam wniknąć, że bądźto nie umiejąc się zdobyć na wykręt, woleli ze wstydem przemilczeć o przyczynie i celu wprowadzenia sobie tych ciał do odbytu, bądźteż zdobywali się na nieudolne, tem samem niewiarygodne wykręty, że w jednym z przypadków (Tuffeta) ten sam mężczyzna dwa razy w krótkim czasie ciało takie sobie wprowadził, że wreszcie w innym znowu przypadku (Dietscha) chory był nieżonaty i nie objawiał nigdy skłonności do kobiet, dowodzą, że we wszystkich tych przypadkach przyczyna i cel wprowadzenia sobie ciała obcego do odbytu były jednakie, t. j. że był nim popęd do samcołóztwa, który w braku właściwego przedmiotu, wynikającym z nieświadomości lub niemożności znalezienia go, lub wreszcie z obawy przed karną odpowiedzialnością skłonił ich do tej szczątkowej — *sit venia verbo* — formy pederastyi. Dwa przezemnie podane przypadki zasługują nadto z tego względu na uwagę, że tyczą się rolników, mieszkańców wsi i to młodych, u których niepodobna przyjąć przesytu w zwykłym sposobie zaspakajania popędu płciowego i stąd wynikłej rozpusty. Przypadki te zdają się niewątpliwie przemawiać za zapatrywaniem tych autorów, którzy popęd do samcołóztwa uważają za wrodzony, lub też za patologiczny.

Byłoby wskazanem, aby lekarze w podobnych przypadkach starali się uzyskać od chorych, zgłaszających się do nich z ciałami obcemi w odbytnicy, bliższe dane co do ich życia płciowego.

Piśmiennicwo. 1) Handbuch d. topogr. Anatomie. Wien 1882. II. Str. 156. — 2) Tamże. — 3) König: Lehrb. d. spec. Chirurgie. Berlin 1885. II. — 4) Lehrb. d. gerichtl. Med. Wien 1875. Str. 158. — 5) A remarkable case of foreign body impacted in the rectum. The Lancet 1901. — 6) Münch. med. Wochens. 1902. Nr 37. — 7) Časopis lék. českých 1903. Nr 36. — 8) Fremdkörper im Rectum. Deuts. med. Wochens. 1904 Nr 8. — 9) Virchow's Jahresber. 1905. — 10) Ad 1) l. c. — 11) L. c. ad 3. — 12) Die konträre Sexualempfindung. Berlin 1893. Str. 143.

Przyczynek do znajomości i etyologii wrzekomych przepuklin brzusznych bocznych.

Podał

Prof. Dr Roman Barącz we Lwowie.

(Ciąg dalszy).

Że również mój pierwszy, w roku 1902 spostrzegany przypadek z wszelką pewnością do tej kategoryi przepuklin należy, nie ulega wątpliwości. Wątpliwości te rozprószyło uzupełnienie wywiadów, udzielone mi łaskawie przez Dra Podłuskiego w Bolechowie, który leczył dziecko poprzednio. Otóż choroba dziecka, w 2 roku życia przebyta, nie była wcale durem, tylko odpowiadała najzupełniej porażeniu rdzeniowemu (*poliomyelitis anterior acuta*), jak to się okazuje z następującej historyi choroby:

S. R., 2½-letni chłopiec z Bolechowa, urodził się w 9 miesiącu ciąży. Miał dwoje zdrowego rodzeństwa. Podczas porodu nie zauważono u dziecka nic szczególniejszego. Zaczął chodzić w 9 miesiącu życia, miał chodzić dobrze i biegać aż do czasu przebytej przed 3 miesiącami choroby. Choroba ta rozpoczęła się wymiotami, nieprzytomnością i wysoką gorączką, dochodzącą do 40°. Po 3 dniach objawy te zmniejszyły się i gorączka ustąpiła. Stan bezgorączkowy i zwolnienie powyższych objawów trwały 5 dni, poczem wystąpił ponownie podobny napad, kilka dni trwający. Dziecko chorowało wtedy wogóle przez 14 dni. Po przebytej chorobie nie mogło się podnieść z łóżka; zauważono równocześnie porażenie kończyny dolnej lewej. Dziecko siada wprawdzie o własnych siłach, ale podpiera się przytem na lewej ręce. Od czasu owej przebytej choroby ma czasami mocz i kał oddawać pod siebie, mocz jednak oddaje strumieniem.



Fig. 4.

Stan obecny 19. II. 1902. Chłopiec niedokrwisty, zresztą dość dobrze odżywiony; w położeniu na wznak widać wyraźnie zwiotczenie powłok brzusznych lewej strony ciała, oraz zanik i zwiotczenie dolnej kończyny lewej. Podczas krzyku dziecka okazuje się między lewym łukiem żebrowym, a grzebieniem kości biodrowej wypuklenie okolicy brzusznej bocznej lewej, podłużnie owalne, wielkości jaja strusiego, które się zapada przy zwolnieniu tłoczni brzusznej (por. ryc. 4). Wypuklenie to jest przy obmacaniu zbitości ciastowato-sprężystej, odgłos wypukowy nad niem jest bębenkowy. Przy obmacaniu wyczuć można również postronek twardy, przebiegający od grzebienia kości biodrowej ukośnie ku górze i przodowi do łuku żebrowego, przed nim zaś znajduje się otwór, nie dający się bliżej określić, w który 2 palce złożone wprowadzić się dają. Przez otwór ten można obmacać dokładnie przednią powierzchnię kręgosłupa w części jego lędźwiowej. Podczas krzyku dziecka wyczuwa się wyraźną granicę pomiędzy częściami miękkiemi, leżącemi w obrębie wypuklenia, a otaczającymi skurczonymi mięśniami. Przy podnoszeniu dziecka przez ujęcie pod pachy zaznacza się podczas płaczu wypuklenie wybitniej, niż, gdy dziecko leży; sięga ono ku górze aż do łuku żebrowego, ku dołowi do grzebienia kości biodrowej; przednia i tylna granica nie dają się ściśle oznaczyć. Oglądając dziecko od tyłu spostrzega się łukowate skrzywienie kręgosłupa ku tyłowi, zaznaczające się najbardziej w części lędźwiowej. Gdy dziecko siada bez podpory skrzywienie to występuje w wyższym stopniu; najwyższy punkt łuku przypada na wysokości IV. kręgu

lędźwiowego. Dziecko siedzi koślawo, przechyla się przytem na stronę lewą i podpiera lewą ręką. Kończyna dolna lewa i okolica pośladkowa lewa są zupełnie porażone, zanikłe i wiotkie, ruchy w nich są zupełnie zniesione z wyjątkiem minimalnego wyprostowywania i zginania palców. Kończyna dolna prawa niedowładna, okazuje tylko ograniczone ruchy wyprostne w stawie kolanowym, wybitniejsze przy zginaniu w stawie kolanowym i biodrowym. Ruchy w obu stawach skokowych niedowładne; niedowład wybitniejszy po stronie lewej. Odruchy kolanowe po stronie prawej słabsze, po lewej zniesione. Zwiotczenie obu stawów skokowych; nadmierne zgięcie (hyperfleksya) grzbietowe daje się łatwo wykonać obustronnie. Odruchy brzuszne obustronnie zniesione. Przy zastosowaniu prądu przerywanego nie można również zauważyć żadnych drgań w mięśniach brzusznych tak po stronie prawej, jak i lewej; drgania te występują w miernym stopniu w kończynie dolnej lewej i to tylko w mięśniach strzałkowych (*peronei*); w kończynie dolnej prawej wrażliwość na prąd przerywany jest znacznie upośledzona. W odwodzicielach prawego uda, jak niemniej w zginaczach lekkie stężenie.

Mamy więc w pierwszym naszym przypadku, — podobnie jak w powyżej opisanym drugim, — obok porażenia lewej kończyny dolnej i niedowładu prawej przepuklinę brzuszną boczną bezwątpienia na tle przebytego zapalenia przednich rogów rdzenia, na dowód czego służy uzupełnienie wywiadów, przebieg kliniczny i wynik badania. Co się tyczy okoliczności, podawanych przez matkę, że dziecko miało czasami zanieczyszczać się moczem i kałem, to i to nie przemawiałoby przeciw przebytemu zapaleniu substancyi szarej przednich rogów rdzenia, ponieważ u dziecka występowało to zapalenie w 2 nawrotach i jest rzeczą możliwą, że sprawa chorobowa odbywała się także w niżej położonej części istoty szarej przednich rogów rdzenia.

Poniżej zestawiam 8 dotychczas znanych przypadków rzekomych przepuklin bocznych brzucha na tle zapalenia istoty szarej przednich rogów rdzenia.

1. Jestto wyżej wspomniany, przez Ibrahima i Hermanna przytoczony przypadek Duchennea. Miał on być spostrzegany w r. 1867. Bliższych szczegółów brak.

2. Jestto powyżej przezemnie podany w r. 1902 spostrzegany i już ogłoszony przypadek [18]).

Następujące 4 przypadki spostrzegali Ibrahim i Hermann [19]) w klinice Prof. Vierordta w Heidelbergu:

3. Przypadek Ibrahima i Hermanna. 3-letni chłopczyk zachorował w 3. miesiącu życia wśród wymiotów i gorączki. Po przemijającem polepszeniu, przyczem chory biegał swobodnie, wystąpiły objawy gorączkowe ponownie i utrzymywały się przez 3 tygodnie; bezpośrednio potem spostrzeżono osłabienie lewej nogi. Przy badaniu spostrzegano podczas płaczu występujące półkuliste wypuklenie prawej strony brzucha, znikające przy zwolnieniu tłoczni brzusznej. Brak środkowego odruchu brzusznego. Lekki zanik prawej goleni i uda; w zakresie nerwu strzałkowego głębokiego częściowy odczyn zwyrodnienia. Badanie po 6 latach stwierdza stan prawie ten sam, prócz tego osłabienie mięśni grzbietowych, skrzywienie kręgosłupa ku przodowi (*lordosis*) na wysokości kręgów lędźwiowych.

4. Przypadek Ibrahima i Hermanna. Chłopiec $^3/_4$-roczny. W 7. miesiącu życia silna gorączka i biegunka. Bezpośrednio po tem porażenie obu kończyn dolnych, które powoli, osobliwie na kończynie lewej zmalało. Badanie: wiotkie porażenie obu kończyn dolnych, obustronnie stopa koślawa. Odruchy kolanowe i ścięgna Achillesa obustronnie zniesione. Na brzuchu po stronie prawej pomiędzy łukiem żebrowym, a grzebieniem kości biodrowej, pomiędzy linią pachową przednią, a tylną znajduje się półkuliste wypuklenie wielkości jaja gęsiego, powiększające się podczas krzyku i kaszlu. Po stronie lewej brzucha znajduje się podobne mniejsze wypuklenie. Nad obu wypukleniami odgłos bębenkowy, a obrzęki dają się odprowadzić wśród kruczenia. Powłoki nad częściami porażonemi ścieńczałe i wiotkie.

5. Przypadek Ibrahima i Hermanna. Chłopiec $1^1/_2$-roczny zachorował przed miesiącem podczas zabawy wśród utraty przytomności, drgawek i gorączki. Po oprzytomnieniu pozostała jeszcze gorączka, znużenie, ogólna bolesność przy dotykaniu dziecka, skłonność do wymiotów i biegunka. Bezpośrednio po tej chorobie wystąpiło porażenie obu nóg i prawego ramienia. Przy badaniu stwierdzono porażenie wiotkie obu kończyn dolnych; po stronie lewej tylko możliwość odosobnionych ruchów palcami, dalej stwierdzono stopę koślawą, zniesienie obustronne odruchów kolanowych i ścięgna Achillesa Obustronnie odczyn zwyrodnienia. Na grzbiecie lekkie boczne skrzywienie kręgosłupa. Przy płaczu wypukla się półkulisto prawa strona brzucha, nieco mniej lewa. Brak odruchów brzusznych. Mięsień prostujący grzbiet niedowładny. Po 6 latach stwierdzono prawie ten sam stan. Brak zupełny pobudliwości elektrycznej w zakresach mięśni porażonych, prócz tego osłabienie prawego ramienia.

6. Przypadek Ibrahima i Hermanna. Chłopczyk 3-letni bez obciążenia dziedzicznego. W 8 miesiącu życia przebył chorobę gorączkową, którą z razu brano za nieżyt oskrzelowy, wkrótce jednak zauważono porażenie obu nóg. W 6 miesięcy potem stwierdzono wypuklenie lewej strony brzucha. Badaniem stwierdzono porażenie lewej kończyny dolnej, po stronie prawej, porażenie mięśnia piszczelowego przedniego, boczne skrzywienie kręgosłupa, bardzo znaczne porażenie lewej połowy brzucha. Po $2^1/_2$ latach wiotkie porażenie lewej kończyny dolnej, stopę koślawą poraźną po stronie prawej z całkowitem porażeniem mięśnia piszczelowego przedniego. Wypuklenie lewej strony brzucha, zanik mięśnia czworobocznego lędźwi i bocznych mięśni kręgosłupa. Brak odruchów brzusznych po stronie lewej.

7. Przypadek Blauela [20]). Dziewczynka jednoroczna zachorowała w 4. miesiącu życia wśród wysokiej gorączki, kaszlu, drgawek i utraty świadomości. Po upływie 2 tygodni zauważono porażenie prawej nogi, zarazem wypuklenie prawej strony brzucha. W chwili przyjęcia mięśnie prawej kończyny dolnej zanikłe, wiotkie, stopa koślawa po stronie prawej. Przy płaczu dziecka można zauważyć obrzęk wielkości pięści, znikający przy spokojnem leżeniu na wznak. Obrzęk ten zajmuje całą przestrzeń pomiędzy łukiem żebrowym, a grzebieniem kości biodrowej, sięga ku tyłowi do linii pachowej tylnej, ku przodowi zaś na odległość 3 palców od linii białej. W mięśniach brzusznych bocznych daje się wymacać ukośnie ustawiony otwór, przez który wypadające trzewia dają się odprowadzić. Po stronie prawej zupełne wiotkie porażenie wszystkich mięśni goleni, poraźna stopa końskoszpotawa. mięśnie uda niedowładne. Brak odruchu ścięgna Achillesa po stronie prawej; czucie prawidłowe. Odruchy brzuszne słabsze po stronie prawej, niż po lewej. Na wszystkich mięśniach prawej goleni różne stopnie odczynu zwyrodnienia aż do zupełnego braku. Pobudliwość prawego mięśnia prostego brzucha prawie prawidłowa, w dolnej części zaś brak faradycznej, zmniejszenie galwanicznej pobudliwości. W bocznych mięśniach brzusznych po stronie prawej zupełny odczyn zwyrodnienia.

8. Mój wyżej opisany II przypadek.

To są wszystkie dotychczas znane przypadki przepuklin brzusznych na tle przebytego porażenia rdzeniowego u dzieci.

Jak się z porównania powyższych przypadków okazuje, chodziło w każdym z nich o częściowe porażenie bocznych mięśni brzusznych z równoczesnem zupełnem albo częściowem porażeniem odpowiedniej dolnej kończyny i zarazem mięśni grzbietowych odpowiedniej strony. W niektórych przypadkach i druga kończyna była dotknięta niedowładem. Musimy zatem na podstawie powyższych spostrzeżeń przypuszczać, że w przypadkach tych usadawiała się sprawa zapalna w przednich rogach rdzenia i to albo w górnej części lędźwiowej, albo w dolnej części piersiowej rdzenia.

W żadnym przypadku nie zauważyliśmy porażeń skrzyżowanych. Że i mięsień prosty brzucha może być dotknięty niedowładem, widzimy ze spostrzeżeń Blauela i naszego drugiego przypadku. Z dwóch spostrzeżeń Ibrahima i Hermanna widzimy, że przy rozleglejszem zajęciu prze-

[18]) L. c.
[19]) L. c.

[20]) L. c.

dnich rogów rdzenia, obok obustronnego porażenia kończyn dolnych mogą powstać obustronne przepukliny rzekome. Skrzywienie boczne towarzyszące tym przepuklinom bywa następstwem porażeń mięśni grzbietu *(m. erector trunci)*. (Dok. nast.)

Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Resekcya kątnicy.

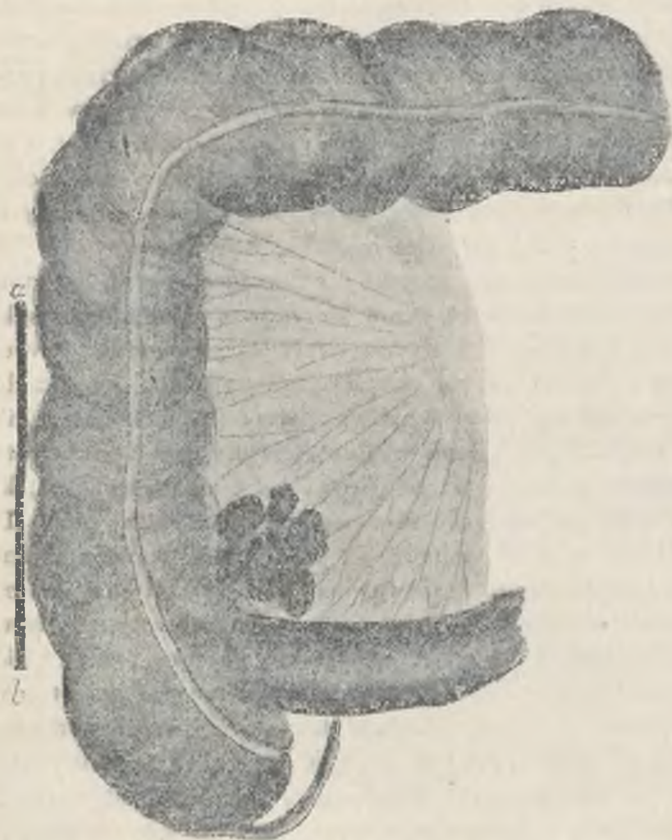
Zarys techniki operacyjnej.

Podał

Dr Z. Radliński.

(Ciąg dalszy, por. Nr 47.)

Do jamy brzusznej, jak zaznaczyłem, wchodzimy z cięcia pionowego. Oglądamy szczegółowo okolicę guza i wprowadzonym palcem badamy cechy jego, ruchomość, stopień rozrostu, stosunek do części sąsiednich i tu następuje ostateczne rozstrzygnięcie, czy można wykonać zabieg doszczętny, czy też wypadnie ograniczyć się do któregoś ze sposobów objawowych, zmierzających tylko do ominięcia przez



Rys. 2.

kał guza bez ruszania go z miejsca. Postanowiwszy usunąć guz, zabezpieczamy wolną jamę brzuszną paru powtykanemi chustami, i dodajemy do cięcia brzusznego pionowego, jeżeli ono samo dostatecznego dostępu do guza nie daje, cięcie poprzeczne. O ile guz jest zrośnięty z przednią ścianą brzuszną, o ile ścianę tę przebijają wiodące do guza przetoki, cięcia typowe zastąpią atypowe, obejmujące tę część ściany brzusznej, którą musimy usunąć wskutek wciągnięcia w sprawę nowotworową lub istnienia przetok. Cięcie poprzeczne prowadzi prof. K a d e r ku tyłowi tak daleko, by przez tylny koniec cięcia swobodnie mogła spływać wydzielina rany, dopóki nie dostaniemy się na obwód zewnętrzny guza. Wzdłuż brzegu zewnętrznego guza u jego podstawy prowadzi prof. K a d e r powierzchowne nacięcie, sięgające w górę ponad miejsce schorzałe i w linii tego cięcia usiłuje na tępo wejść pod guz (rys. 2; *a*—*b* nacięcie otrzewnej ściennej). O ile choroba nie przekroczyła ścian kątnicy, dostajemy się tym sposobem do warstwy beznaczyniowej, odpowiadającej sklejeniu się krezki okrężnicy wstępującej z tylną ścianą brzuszną, i wtedy oddzielanie guza od podłoża odbywa się bardzo łatwo i gładko; razem z krezką oddzielają się i zawarte w niej zmienione chorobowo gruczoły chłonne. W ten sposób wyosobnia i uruchomia się wszystko, co ma być usunięte (rys. 3: kątnica uruchomiona, odwinięta ku wewnątrz). Często jednak zdarza się, że oddzielanie guza od podłoża w wspomnianej warstwie międzyotrzewnej jest niemożliwe, ponieważ została ona również wciągnięta w ognisko chorobowe. W takim razie po takiem samem nacięciu tylnej otrzewnej ściennej na zewnętrznym brzegu guza, dostaje się prof. K a d e r pod niego pomiędzy nim, a mięśniem biodrowym. W tym wypadku posuwać się naprzód jest trudniej i bacznie uważać musimy na naczynia krwionośne, szczególnie w tem miejscu, gdzie zdrową część okrężnicy wstępującej pozostawiamy na miejscu. Naczynia są tu kruche o ścianach cienkich, łatwo co-



Rys. 3.

fają się wgłąb i może być bardzo trudno schwycić je kleszczykami; nawet żyły, nie mające w tej okolicy zastawek, uporczywie tu krwawią i mogą wywoływać podotrzewne lub wewnątrzkrezkowe krwiaki. Posuwając się przeważnie na tępo pod guzem ku wewnątrz aż poza zajęte gruczoły chłonne, musimy pamiętać, że w tej właśnie warstwie leży moczowód, który, o ile trzymamy się ściśle powierzchni mięśnia biodrowego, może przy oddzielaniu krezki z gruczołami być oddzielony razem z nimi od podłoża, nawet nie będąc z nimi bezpośrednio zrośnięty i później uledz przecięciu. Koniecznie więc trzeba wtedy, gdy zbliżamy się ku linii środkowej, moczowód wyszukać i za-

bezpieczyć; leży on tu w odległości 2—3 ctm. od zewnętrznej powierzchni trzonów kręgów.

Oddzieliwszy cały guz od podłoża i uruchomiwszy go zupełnie wraz z graniczącymi odcinkami jelita zdrowego (biodrowego i grubego), przystępuje prof. Kader do podwiązywania krezki w ten sposób, aby przeznaczona do wycięcia jej część, kształtu zwykle klinowego, zawierała zmienione gruczoły. Zapomocą tępych igieł tętniakowych Deschampsa przeprowadzamy przez krezkę, poczynając od najbardziej dośrodkowo położonej części krezki, zajętej sprawą chorobową, podwiązki ze średniej grubości katgutu i przewiązujemy ujęte pęczki krezki; po założeniu paru podwiązek zakładamy na odśrodkową część krezki, którą mamy wyciąć, z otworku, zrobionego na tępo równolegle do linii podwiązek, mocny zaciskacz i krezkę między podwiązkami, a zaciskaczem przecinamy. W ten sam sposób postępujemy do końca, t. j. do ściany jelita. W wewnętrznym kącie klina krezkowego, o ile warunki zmusiły nas posunąć się daleko ku linii środkowej, musimy uważać, by nie chwycić w podwiązkę więcej, niż jedną warstwę krezki. Niezachowanie tej ostrożności, czasem trudne ze względu na zmienione stosunki i zrosty, może wywołać zgorzel odcinka jelit cienkich, które pozostawiamy w jamie brzusznej. Najpoważniejsze trudności są wtedy, skoro pętle jelita cienkiego, przylegające do kątnicy zostały wciągnięte do sprawy chorobowej, nie dały się oddzielić i odsunąć ku linii środkowej i muszą być usunięte razem z guzem. O ile do choroby kątnicy wciągnięta jest sieć, resekujemy po założeniu podwiązek jej część, przyrośniętą do guza. W ten sposób na długość usuwanego odcinka jelit składają się prócz sprawy chorobowej w nich samych jeszcze i warunki, w jakich zastajemy gruczoły krezkowe, zmuszające do resekcyi krezki. Niekiedy zmiany zapalne i bliznowate w krezce, wychodzące przeważnie ze schorzałych gruczołów, zajmują tak znaczną jej część, że wyciąwszy ją, musielibyśmy wyciąć część jelita, przekraczającą swą długością dopuszczalne »maximum«. W tych razach, przy niewielkim nawet i ruchomym pierwotnym guzie jelita musimy zaniechać zabiegu doszczętnego.

Teraz mamy guz kątnicy zupełnie uruchomiony i wyosobniony; pozostaje usunięcie części chorych, oraz przywrócenie drożności jelita. Gdy przy dawniejszych sposobach jednoczasowych było to najpoważniejszą częścią zabiegu, ponieważ okrężnicy nie umiano uruchomiać, operowano w głębi i jelita przecinano w dosłownem znaczeniu, t. j. tak, że wnętrze jelita, mniej lub więcej zanieczyszczone kałem, bezpośrednio otwierano. to obecnie technika operacyjna znacznie postąpiła. Przedstawię ten okres zabiegu w tym porządku poszczególnych aktów, i w tej postaci, jak je stosuje prof. Kader.

Naprzód zakładamy teraz boczne sztuczne połączenie jelit (enteroanastomozę), pomiędzy doprowadzającą pętlą jelita cienkiego (biodrowego), a odprowadzającą okrężnicą wstępującą lub poprzeczną. Do zespolenia wybiera się miejsca w częściach zupełnie zdrowych, niemniej jak 15—20 cm., a czasem i dalej od tych miejsc jelita, gdzie zaczyna się pętla chora wyosobniona i pozbawiona krezki. Ponieważ doświadczenie kliniczne pouczyło, że jest rzeczą obojętną, czy przy enteroanastomozie ustawimy zespolone pętle w kierunku ruchu robaczkowego, czy przeciw niemu (izo- lub antyperystaltycznie), stosuje prof. Kader zawsze ustawienie przeciw ruchowi robaczkowemu, a to w tym celu, aby wytwarzane później ślepe końce módz ułożyć jeden obok drugiego. Przy ułożeniu w kierunku ruchu robaczkowego końce jelit muszą być ustawione w kierunkach przeciwnych, i być od siebie odległe, co może poważnie utrudniać łączne wyosobnienie obu końców z jamy brzusznej przy pomocy tamponady. Jak wspomniałem, zespolenie boczne zakłada się w częściach zupełnie zdrowych. Rozumieć przez to należy z jednej strony takie pętle, które, leżąc daleko od ogniska chorobowego, żadnym zmianom swoistym nie uległy i uledz nie mogły, a z drugiej takie, które nie wykazują żadnych zmian w unaczynieniu po podwiązaniu krezki w akcie poprzednim. W doprowadzającem jelicie biodrowem należy wybierać takie miejsca, które nie ulegały rozdęciu (w razie silnego zwężenia w guzie) i nie były wskutek tego wystawione na powstanie owrzodzeń śluzówki z rozdęcia (Dehnungsgeschwüre).

Po wyborze odpowiednich do zespolenia bocznego miejsc na jelitach zaczynamy, jak zwykle, od ciągłego szwu Lembertowskiego, łączącego obie pętle. Szew ten zakładamy z cienkiego jedwabiu na przestrzeni 7—8 ctm. Tak znaczna długość linii szwu odpowiada zasadzie zakładania otworu nie krótszego, niż 5 ctm. w celu zapobieżenia następowemu zwężeniu otworu. Do wytwarzania otworu łączącego jelita stosujemy bardzo dogodny przyrząd pomocniczy, mianowicie kleszcze Dembowskiego w modyfikacyi prof. Kadera. Jedno z ramion tych kleszczy, z których każde ma 5 ctm. długości, ma podłużne szczelinowate okienko przez całą swą długość. Przez mały, zrobiony nożyczkami w ścianie jelita otworek, wprowadzamy do jelita ramię kleszczy bez szczeliny i kleszcze mocno zatrzaskujemy. Szczelina w ramieniu kleszczy przypada teraz w kierunku zamierzonego otworu i leży na zewnętrznej powierzchni jelita równolegle do pierwszej linii szwu. Do szczeliny wprowadzamy tępy nożyk, podobny do siekierki i kilku mocnemi posunięciami wzdłuż szczeliny tam i z powrotem przecinamy leżący w niej wązki paseczek ściany jelita; kleszcze zdejmujemy. To samo robimy na drugiej pętli. Dogodność polega na tem, że przez ucisk kleszczami znosi się przesuwalność śluzówki na warstwie mięsnej (enterotrypsia w słabym stopniu) i otrzymujemy brzegi rany równe i niebroczące. Następuje okolne szwem kuśnierskim z cienkiego jedwabiu przez wszystkie warstwy zeszycie otworów w jelitach i druga, przednia linia szwu Lemberta. Całe sztuczne połączenie jelit zajmuje 10—12, a w mniej wprawnych rękach do 20 minut. Przy tej części zabiegu, przy stosowaniu zaciskadeł jelitowych, przy operowaniu zewnątrz jamy brzusznej i dokładnem zabezpieczeniu otrzewnej chustami, niebezpieczeństwo zakażenia treścią jelit prawie nie istnieje i nie wykracza ponad ten stopień, z którym otrzewna daje sobie radę. (C. d. n.)

Spostrzeżenia z praktyki.

Hari-kiri.

Podał

Dr Andrzej Karaś, w Makowie.

Włościanin 56-letni, M. N. z J., uprzykrzywszy sobie pobyt na tym padole płaczu, postanowił odebrać sobie życie. Długo

rozmyślał, jaki rodzaj śmierci ma wybrać; chodziło mu mianowicie o to, aby długo nie cierpiał. Zamyślał zrazu rzucić się pod pociąg i przybył nawet w tym celu w dniu 6. VIII. b. r. do Makowa. Natrafił wszakże właśnie na odpust, rozweselił się trochę i powrócił do domu. Po kilku dniach myśl o samobójstwie opętała go na nowo i nie opuszczała ani na chwilę. Zapragnął stanowczo śmierci....

Wczas rano dnia 22. VIII. b. r. udał się do lasu, odległego około ½ klm. od domu. wziąwszy z sobą ostry mały nóż. Usiadł pod drzewem i wbił silnie ostrze tego noża w brzuch, rozpruwając go z góry ku dołowi, poczem rzucił nóż i czekał śmierci. Krew spływała obficie z rany, jednak M. N. nie mógł się śmierci doczekać. Wstał tedy i rzucił się głową o drzewo: stracił przytomność, nie wie, na jak długo. Gdy oprzytomniał, zrozumiał, że jest jeszcze na tym świecie, jakoteż zauważył, że przez ranę wypadły wnętrzności na zewnątrz i zwisały ku dołowi. Aby prędzej umrzeć, rzucił się ponownie głową o drzewo, lecz utracił znowu tylko przytomność na pewien czas i spowodował, że jeszcze więcej wnętrzności z jamy brzusznej wypadło... Wtedy zebrał się i podtrzymując trzewia, poszedł ku wsi, a gdy go przy najbliższych domach sąsiedzi ujrzeli, sprowadzili go do stodoły, wnętrzności szmatami obwiązali i posłali po lekarza.

Przybywszy na miejsce w kilka godzin po zranieniu, zastałem M. N. w izbie, siedzącego na stołku; był przytomny i roztropnie opowiedział przebieg usiłowanego samobójstwa. Ułożyłem chorego na łóżku i stwierdziłem, co następuje: Od końca mostka w kierunku do pępka ciągnie się rana, ostrem narzędziem zadana, około 15 ctm. długa. Z rany zwisają wnętrzności, a mianowicie: cały żołądek, poprzecznica i sieć, jakoteż lewa część wątroby, mocno w ranę wciśnięta. Trzewia powalane są różnem śmieciem, odłamkami słomy, trocinami i t. p. Chustka, którą trzewia podwiązano, jest brudną kolorową szmatą. Zresztą chory osłabiony, tętno regularne, słabo napięte.

Przystąpiłem zatem do operacyi i wykonałem ją bez asysty, a więc także bez narkozy, w następujący sposób: Chorego ułożyłem na łóżku poziomo, powłoki brzuszne i wypadłe trzewia wymyłem ostrożnie, ale dokładnie letnią wodą świeżo gotowaną, a następnie począłem ostrożnie wprowadzać je do jamy brzusznej w ten sposób, że unosząc do góry brzegi rany lewą ręką, prawą wsunąłem do wnętrza najprzód wątrobę, później żołądek, dalej poprzecznicę, a w końcu sieć. Wprowadzenie było bardzo trudne, albowiem chory (nie uśpiony) oddziaływał i napinając powłoki brzuszne, niweczył moje usiłowania: udało mi się wreszcie założyć przez środek rany dwa tymczasowe szwy i te umożliwiły mi dalsze spokojne operowanie. Założyłem więc potrzebną ilość szwów węzełkowych z jedwabiu średniej grubości przez całą grubość powłok brzusznych, wbijając igłę obustronnie zawsze od strony otrzewnej w odległości 1—2 ctm. od brzegów rany. Następnie zaszyłem warstwę mięsną i skórę. W czasie tego zabiegu chory zachowywał się bardzo spokojnie, a gdy po skończonej operacyi założyłem opatrunek, chciał wstać, gdyż czuł się »zupełnie dobrze«.

Operowanego odesłałem zaraz, t. j. najbliższym pociągiem, z odpowiednim opisem do Krakowa na oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza, gdzie go przyjęto d. 23. VIII. 1907. W szpitalu postanowiono zachować się wyczekująco, nie wykonano żadnego zabiegu, zastosowano tylko ścisłą dyetę. Chory przebył w szpitalu dni 10 (dziesięć), t. j. do 3. IX. b. r. i w tym czasie rana zgoiła się doraźnie. Odczynu ze strony otrzewnej nie było żadnego, przebieg leczenia był idealny, jak mnie o tem na moje zapytanie zawiadomił prymaryusz oddziału, Dr Bogdanik.

Niedoszłego samobójcę oglądałem po powrocie ze szpitala w dniu 14. IX. b. r., t. j. po upływie drugich dni dziesięciu i stwierdziłem, że jest zupełnie zdrowy i oddaje się zwykłej pracy w swojem gospodarstwie wiejskiem.

Podaję ten przypadek do wiadomości kolegów z dwóch powodów:

1) Samobójcy wybierają u nas ten rodzaj śmierci bardzo rzadko [1]); opisanych jest zaledwie kilka podobnych przypadków. Natomiast w Japonii ma się ten rodzaj samobójstwa wydarzać często i znany jest pod nazwą »Hari-Kiri«. Nawet w ostatniej wojnie z Rosyą stosowali podobno Japończycy ten rodzaj samobójstwa, aby uniknąć niewoli rosyjskiej.

2) Drugim powodem, dlaczego ten przypadek ogłaszam, jest to, że zabieg bądź co bądź poważny wykonałem w warunkach wyjątkowo niekorzystnych, bez asysty i bez narkozy, (znajdowałem się przecież na wsi, pomocy nie mogłem mieć znikąd, a działać trzeba było szybko) i że mimoto zabieg, wykonany w tak trudnych warunkach, uwieńczony został pomyślnym skutkiem.

Jakkolwiek trzewia w żadnem miejscu nie były uszkodzone, to przecież trzeba zważyć, że niedoszły samobójca, rzucając się kilkakrotnie głową o drzewo, upadał na ziemię, przyczem wypadnięte trzewia uległy zgnieceniu i zanieczyszczeniu. Wobec tego pomyślne zejście przypadku trzeba przypisać jakiejś wyjątkowej odporności ustroju, w którym po tego rodzaju przejściu nie powstało zapalenie otrzewnej.

[1]) Jeden przypadek ogłosił prof. Wachholz przed 10 laty w »Nowinach lekarskich« 1896, Nr 7, przyczem zebrał odpowiednie piśmiennictwo.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Béclere, Maunoury. **Wpływ promieni Röntgena na nowotwory złośliwe.** *(I. główny temat Zjazdu francuskich chirurgów.* Paryż. Październik 1907). Przy nowotworach skóry uważa autor B. radyoterapię za najlepszy środek leczniczy. Zawodzi ona tylko w przypadkach niezwykle szybkiego wzrostu guza. Nieźle działają promienie także przy nowotworach błon śluzowych dobrze dostępnych, a więc na granicy skóry koło naturalnych otworów. Naświetlanie nowotworów sutka może być korzystnem w każdym okresie choroby. Nowotwory powoli rosnące i ograniczone do sutka można X-promieniami nawet zupełnie wyleczyć. Po zabiegach chirurgicznych zastosowana rentgenizacya chroni od nawrotów w skórze. W przypadkach, nie nadających się już do operacyi lub przy rozległych nawrotach radyoterapia i tak działa wiele, sprawiając ulgę w cierpieniach, przedłużając życie i gojąc owrzodzenia miejscowo. Przy mięsakach działanie X-promieni bywa bardzo różne, raz pewne i szybkie, kiedyindziej bezskuteczne, nawet przy tej samej budowie drobnowidowej. Na guzy limfatyczne działają promienie swoiście, gruczoły i śledziona maleją, podnosi się odsetek hemoglobiny i ilość ciałek czerwonych we krwi. Białaczki X-promieni wyleczyć nie mogą, lecz przedłużają życie chorego. Przy guzach narządów wewnętrznych osiągnąć można przez naświetlanie jedynie chwilową poprawę. Szkodliwe wpływy naświetlania uniemożliwiają często dalsze leczenie. Poglądy swe wyraża B. w ten sposób: każdy guz, nadający się jeszcze do operacyi, powinien być operacyjnie usunięty. Wyjątek stanowią powierzchowne guzy skóry i niektóre mięsaki. Można także leczyć naświetlaniem zamiast operacyjnie, gdy na razie guza usunąć nie można z jakichkolwiek powodów i w początkach nawrotów. Naświetlanie zaraz po operacyi celem uchronienia od nawrotów uważa B. za bardzo wskazane.

Drugi sprawozdawca Maunoury uważa radyoterapię jedynie za pomocniczy środek leczniczy. Bez operacyi stosować ją można tylko tam, gdzie operować wcale guza nie można. Różne działanie promieni zależy od wielu czynników, jak budowa guza, głębokie usadowienie jego, szybkość wzrostu i odporność osobnika. Mięsaki, jak to wspomniał B., oddziaływają bardzo różnie na naświetlanie. Zaraz po operacyi na powierzchnię ranną powinno się stosować naświetlanie. W razie obawy, czy wszystko wycięto doszczętnie, należy nawet rany nie szyć, lecz zostawić otwartą dla naświetlania. W dyskusyi i inni mowcy nie podzielają optymistycznych poglądów Béclèra i zalecają radyoterapię jedynie przy guzach, nie nadających się już do operacyi.

Klęsk.

Hoffmann. **Pankreatynina przy raku.** *(Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 46). Do prób leczenia nowotworów, nie nadających się już do operacyi, użyto za radą Bearda fermentów, starając się zapomocą nich niszczyć tkankę nowotworową. H. zastosował pankreatyninę w proszku w przypadku nawrotu raka ucha i uzyskał oczyszczenie się owrzodzeń, ustanie krwawienia i bolów, a nawet pomniejszenie się guza. W miarę pokrywania się guza nabłonkiem, skutek leczniczy się zmniejszał. Badanie drobnowidowe stwierdziło naciek komórkowy tkanki łącznej, pęcznienie śródbłonków naczyń i zwyrodnienie nabłonkowych komórek, czyli zmiany podobne, jak przy róży skóry, przy której nieraz, jak wiadomo, spostrzegano też znikanie nowotworów. Autor ma nadzieję, że może pankreatyninę da się zastąpić pyocyanazą, która ma silne działanie bakteryobójcze i którą może po stosownem przyrządzaniu będzie można wstrzykiwać w nowotwory.

Klęsk.

Goldenberg. **Protezy parafinowe, jako środek uchylania się od służby wojskowej.** *(Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 45). Do sposobów uchylania się od służby wojskowej przy-

był obecnie jeszcze jeden, t. j. tworzenie sztucznych guzów przez podskórne wstrzykiwanie parafiny. Przypadków takich opisuje autor 6. Guzy parafinowe naśladują gruczoły limfatyczne, wole, nowotwory złośliwe i t. d. Taki »chory« dodaje do tego odpowiednio zmyśloną historyę choroby. Raz spostrzegano wstrzyknięcie parafiny do moszny, naśladujące słoniowacinę, a raz prócz guzów na szyi wielki guz na plecach. Najczęściej spotyka się guzy parafinowe na szyi; wytwarzający je »operator«, nie zadaje sobie czasem trudu i wstrzykuje łatwo topliwą, miękką parafinę, przez co guzy dają się pod palcami rozgniatać. Czasem guzy są jednak twarde i sprawiać mogą trudności w rozpoznaniu. Zwykle rozpoznać je można po tem, że mają budowę zrazikową lub ziarnistą, są mało przesuwalne, zrośnięte, a raczej złączone ze skórą, bez objawów zapalnych. Co do operacyi, to lekarz w przypadkach podobnych nie jest nawet w razie żądania zabiegu przez takiego »chorego« obowiązany operować. *Klęsk.*

Wederhake. **Stale jałowy materyał do szycia.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 47). Podany swego czasu przez autora jałowy zupełnie jedwab, napawany srebrem, lub srebrem i kauczukiem, wyrabia obecnie firma Degen i Kuth w Düren pod nadzorem autora i wysyła w takiem opakowaniu, że jedwabiu tego można natychmiast użyć do operacyi. *Klęsk.*

Wahl. **Taśma pętlicowa do dokładnego mierzenia obwodu.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 47). Mierzenie obwodu kończyn zwykłą taśmą centymetrową ma wiele wad i jest bardzo niedokładne. Z tego powodu sporządził W. miarę w postaci pętli, którą zakłada się na kończynę i za wolny koniec pociąga. Skoro pętla obejmie ściśle kończynę, zamyka się na odpowiednim znaczku automatycznie sama. *Klęsk.*

Martens. **W sprawie techniki operacyi pękniętego wrzodu żołądka.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 45). Operacye z powodu pękniętego wrzodu żołądka są coraz częstsze. M. wyleczył 6 takich przypadków, operując między $2^1/_2$—26. godziną po pęknięciu. M. operuje każdy przypadek zapalenia otrzewnej, nawet przypadki rozpaczliwe. Zasługę w przypadkach leczenia przypisać należy nietyle operującemu, ile lekarzowi, który chorobę wczas rozpoznał i chorego do operacyi nakłonił. Wystarczy, gdy lekarz praktyczny rozpozna wogóle tylko przedziurawienie w jamie brzusznej. Przed operacyą należy wlać śródżylnie fizyologiczny roztwór soli i wstrzyknąć kofeinę celem podniesienia sił. Wycinać wrzodu M. nie radzi, bo często dopiero po wycięciu spostrzega się, że trzeba zeszyć duży otwór, a na to nie ma czasu, ani chory nie ma dość sił. Ponad szwem powinno się umocować sieć i dopiero nad nią założyć tampon. Wprost ponad szwem tamponować nie należy, bo szwy często przez to puszczają. Tampony wyjmować należy ostrożnie pod strumieniem wody utlenionej. M. nigdy nie był zmuszony dołączać do operacyi połączenia żołądka z jelitem, chociaż niektórzy radzą to uczynić celem łepszego gojenia się wrzodu i pozostawienia żołądka w spokoju. Czasem dobre usługi oddać może polecona przez Eiselsberga jejunostomia, zwłaszcza, gdy zeszycie wrzodu było trudne z powodu jego wielkości, i gdy obawiać się należy nowego przedziurawienia przez wprowadzenie do żołądka pokarmów. W razie silnego zanieczyszczenia otrzewnej przepłukuje ją M. 20—30 litrami roztworu soli. Ranę brzuszną M. zaszywa, zostawiając tylko mały tampon lub sączek, idący ku wrzodowi. Po operacyi częste wlewania fizyol. roztworu soli, w razie potrzeby takież lewatywy. Gdy rozpoznanie niepewne lepiej zdaniem M. operować i nic nie znaleźć, niż stracić chorego bez operacyi. Każdego chorego z długo trwającymi przypadami wrzodu operować, jak to radzi Noetzel, nie uważa M. za wskazane. *Klęsk.*

Brentano. **Zasady leczenia przepuklin.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 45—46). Głównie w rachubę wchodzą tylko przepukliny pachwinowe, udowe i pępkowe. B. sądzi, że przepuklina u człowieka przedtem zdrowego przez uraz bezpośrednio powstać nie może. Leczenie przepukliny ma na celu zapobieżenie uwięźnięciu, dalej powiększaniu się jej i usunięcie istniejących przypadłości. Niekrwawe sposoby leczenia stosujemy u ludzi, którzy albo operacyi poddać się nie chcą, albo operować ich nie można z powodu podeszłego wieku, braku sił, zbyt dużej przepukliny, dalej u małych dzieci przy przepuklinach pępkowych i pachwinowych, gdyż tu opaskami osiągnąć można jeszcze wyleczenie. Odprowadzenie przepukliny stosuje się głównie przy przepuklinach pachwinowych. Nigdy nie należy odprowadzania zanadto forsować, najdłużej próbować można 10 minut, i to wtedy, gdy przepuklina uwięzła nie dawniej, jak przed 12 godzinami. Próbować można też odprowadzenia w kąpieli lub przez oziębianie. Uśpienia używa się tylko wtedy, gdy może w razie potrzeby zaraz nastąpić operacya. Odprowadzić przepukliny nie udaje się, gdy są zrosty, gdy treścią są narządy, częściowo pokryte tylko otrzewną, gdy przepuklina jest bardzo duża, a wrota małe i t. p. W razie wystąpienia objawów zapalnych odprowadzać oczywiście nie wolno. Niekrwawo utrzymujemy trzewia w jamie brzusznej zapomocą opasek i pasków. Przepukliny pępkowe u dzieci leczy się dobrze zapomocą opasek z przylepca. Przepukliny zbyt duże, wolne, często nie dają się odprowadzać, bo nie ma już na wypadłe trzewia miejsca w jamie brzusznej. Poleca się wtedy wieszadła (suspenzorya).

Operacyjne sposoby leczenia polegają na zatkaniu otworu wstrzykniętą parafiną, na wytworzeniu blizny przez wstrzyknięcie wyskoku lub chlorku cynku, a wreszcie na operacyi doszczętnej. Obecnie nie powinno się już stosować żadnych wstrzykiwań, tylko operacyę doszczętną, albowiem daje ona najlepsze wyniki, a nie zagraża żadnem niebezpieczeństwem. W przypadkach dużej przepukliny należy przedtem przygotować chorego przez energiczne przeczyszczenie, ułożenie w łóżku z podniesioną miednicą, w danym razie przez codzienne odprowadzanie i ucisk na treść przepukliny. Główne miejsce w metodach operacyi zajął sposób Bassiniego, choć i sposób Kochera w rękach pewnych operatorów oddać może dobre usługi. Czasem po operacyi Bassiniego występuje niemiłe powikłanie, mianowicie obumarcie powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego. Operacyę Bassiniego wykonać też można u dzieci powyżej roku, gdy leczenie opaskami nie odniosło skutku. Przepukliny pępkowe u dorosłych powinny być operowane, gdyż w miarę powiększania się wywołują zanik mięśni i powięzi i utrudniają przez to coraz więcej ewentualny zabieg. Również trudno doszczętnie operować wielkie przepukliny udowe, należy też chorych takich już w początkach nakłaniać do operacyi.

Po operacyi w razie gojenia się rany bez zarzutu, powinien chory leżeć w łóżku przynajmniej dni 14. Na drugi dzień po operacyi można już dać lewatywę, a jeżeli ona nie skutkuje, trzeciego dnia rano olejek rącznikowy. Pasków przepuklinowych po operacyi nie powinien chory nosić zupełnie, chyba, że w pewien czas blizna zaczyna się gdzieś wypuklać. Jeżeli nie można odprowadzić przepukliny, lub gdy uwięźnięcie trwa już dłużej, należy przystąpić nie zwlekając do operacyi. Jelito podejrzane należy pozostawić na zewnątrz brzucha, obumarłe obszyć z wierzchu, (jeżeli zmieniona część jest niewielką), wyciąć lub też utworzyć odbyt sztuczny. Autor poleca wycinać jelito i szyć potem końce okrężnie. Odbyt sztuczny zakłada się w razie upadku sił chorego, zapalenia otrzewnej, (gdyż szew zwykle przytem źle trzyma), braku odpowiednich warunków do większej operacyi, jak światła, asysty i t. d. Szew bezpośrednio po operacyi trzyma silniej, niż w 6—8 dni potem, dlatego też środki przeczyszczające podać można raczej zaraz po zabiegu, niż później. Jeżeli się rany nie zaszywa, tylko tamponuje (podejrzany stan jelita) można ewentualną doszczętną operacyę, t. j. zaszycie, wykonać w 6—8 dni po pierwszym zabiegu. Nie daje ono jednak tych wyników, co operacya dokonana odrazu. Z rzadszych przepuklin operować powinno się zawsze przepuklinę nabrzuszną, gdyż sprawia ona chorym wielkie dolegliwości. *Klęsk.*

Dermatologia.

Hoehne. **O małej wartości leczenia kiły czopkami rtęciowymi.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 44). Niemiłe dla chorego i otoczenia wcierania rtęci, jakoteż bolesne wstrzykiwania starano się zastąpić jakimś innym sposobem leczenia. Andry pierwszy zastosował podawanie rtęci w czopkach. Przepisy są następujące: *Hydrarg. oleinic. (15%). Ol. Cacao aa 10,0 mf. suppos. Nr. X.* lub, co autor stosował: *Ol. ciner. (40%) 0,025—0,4, Butyr. Cacao q. s. f. suppos.* Leczyć kiłę czopkami próbował H. w 22 przypadkach. Podawano czopek wieczorem po opróżnieniu odbytnicy. Wogóle wyniki nie były dobre. Nawroty występowały jeszcze przed ukończeniem leczenia, czasem zdarzały się silne biegunki. Leczenie to nadaje się jedynie w przypadkach lekkich, dalej u dzieci, a w końcu tam, gdzie inną drogą rtęci wprowadzić nie można. *Klęsk.*

Bandler i Kreibich. **Doświadczenia ze szczepieniem skórnem tuberkuliny u dorosłych.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 40). Za wzorem Pirqueta szczepili B. i K. starą tuberkulinę Kocha u chorych kliniki skórnej w Pradze, używali jednak tuberkuliny nierozcieńczonej. Szczepiono 63 chorych, z tych 22 chorych na gruźlicę skóry, 4 na gruźlicę błony śluzowej, 37

niegruźliczych. U dotkniętych gruźlicą skóry (toczeń) występował odczyn zawsze i to wybitny, u dotkniętych gruźlicą błony śluzowej we wszystkich przypadkach wynik był ujemny. Z 37 niegruźliczych u 15 był wynik ujemny, u 10 słabo dodatni, u 12 wybitnie dodatni. Bardzo wybitny odczyn powstawał przy szczepieniu chorych na liszaj kiłowy i liszaj zołzowy. Prócz tego zbadali B. i K. histologicznie kawałek skóry, wycięty z miejsca szczepienia i stwierdzili ogniskowe zmiany zapalne w skórze i tkance podskórnej. W środku ognisk były komórki nabłonkowate i nieliczne twory olbrzymie. Nabłonek nie był zmieniony.

Dr Skórczewski.

Lewandowsky. **Przypadek owrzodzeń skóry u dorosłego, wywołanych przez prątki ropy błękitnej.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 46). Coraz częstsze są publikacye stwierdzające jadowitość prątka ropy błękitnej u ludzi. Zwykle prątek ten wywołuje zakażenie ogólne, nieraz śmiertelne. O wiele już rzadziej usadawia się on tylko miejscowo, a nader rzadko tylko w samej skórze. Cierpienia skóry dołączają się zwykle do zakażenia ogólnego. L. spostrzegał przypadek zakażenia skóry goleni prawej prątkiem ropy błękitnej u osobnika, cierpiącego na gruźlicę skóry i kości. Zmiany skóry, wywołane przez prątka ropy błękitnej, miały postać owrzodzeń wielkości różnej, od rozmiarów soczewicy do pięciomarkówki. Wrzody były płaskie, zupełnie okrągłe, o ostrych brzegach, otoczone zaczerwienioną skórą, a pokryte brudnym, zielonym nalotem. Badania bakteryologiczne, przeszczepienia na inne miejsca skóry chorej, jakoteż odczyn aglutynacyjny dowiodły, że owrzodzenia te wywołał jedynie prątek ropy błękitnej. Bardzo możebną jest rzeczą, że gruźlica w tym przypadku ułatwiła zakażenie.

Klęsk.

C. Stern i E. Hesse. **Badania doświadczalne i kliniczne nad działaniem światła lampy kwarcowej.** (*Dermat. Zeitschr.* 1907, T. XIV. Z. 8). Korzyści, uzyskane w leczeniu światłem przy zastosowaniu lampy Finsena zachęciły autorów do próbnych naświetlań lampą kwarcową, która zdaniem Kromayera jest najtańszem i najlepiej działającem źródłem światła dla leczenia według zasad Finsena. Silniejsze działanie tej lampy polega na tem, że przez łatwiejsze rozgrzanie rtęci w małej rurce kwarcowej wywiązuje się więcej par rtęciowych, zaopatrzenie zaś w chłodnicę wodną pozwala zbliżyć lampę do miejsca naświetlanego, a nawet ucisnąć je okienkiem lampy. Przy naświetlaniach lampą kwarcową z odległości powstają na skórze podobne, ale silniejsze zmiany, niż przy użyciu lampy Finsena. Dlatego też należy z odległości naświetlać lampą kwarcową krócej; przy zachowaniu tego warunku można ją użyć do leczenia podostrych i przewlekłych wyprysków, szczególniej przyrody łojotokowej, łuszczycy, liszaja wyłysiającego i figówki. Dla dokładnego porównania działania obu lamp przeprowadzili S. i H. doświadczenia, przy których naświetlano lampą nie z odległości, lecz bezpośrednio. U 6-letniego dziecka naświetlano zdrową skórę na nodze w trzech różnych miejscach. Jedno z tych miejsc naświetlano lampą Finsen-Reyna przez 60 minut, drugie uciskając okienkiem lampy kwarcowej, trzecie przy zastosowaniu uciskowej soczewki Finsena, również lampą kwarcową przez 30 minut. W pierwszem miejscu nastąpił obrzęk, przez 5 dni się utrzymujący i powierzchowny ubytek naskórka, który wkrótce się pokrył. Naświetlanie lampą kwarcową wywołało po 5 godzinach zaczerwienienie bez obrzęku i nacieku, jednak w kilka dni później miejsce to pokryło się strupem brunatno-czerwonym, po którego odpadnięciu odsłonił się ubytek o ziarnkującej powierzchni. W trzeciem miejscu również powstał odczyn zapalny, ale znacznie słabszy od poprzedniego. Przy następnych doświadczeniach naświetlano przez 10 minut, pomimo to również powstawał odczyn zapalny, połączony z powierzchownem obumarciem tkanki i następczym ubytkiem w miejscu naświetlania. Dalsze doświadczenia przeprowadzano na chorych dotkniętych toczniem, naświetlając zmienione miejsca lampą kwarcową. Po naświetlaniach powstawały podobne zmiany, jak przy doświadczeniach na zdrowej skórze. Wyniki jednak tych naświetlań okazały się znacznie gorsze, niż przy użyciu lampy Finsena. Działanie światła lampy kwarcowej mimo silnego odczynu zapalnego jest tylko powierzchowne. Po naświetlaniach powstają w miejscach naświetlonych strupy, po których odpadnięciu okazujące się ubytki goją się, pozostawiając blizny twarde, wyniosłe, oszpecające. Przy użyciu lampy Finsena można takich następstw zupełnie uniknąć. Po jednorazowem naświetleniu ogniska chorobowego lampą kwarcową, chociażby 40-minutowem, znajdowano zawsze w później powstałej bliźnie guzki chorobowe. Dalszą ujemną stroną stosowania lampy kwarcowej w leczeniu tocznia jest niezwykła, długo się utrzymująca bolesność w miejscach naświetlanych. Oprócz tego miejsca po naświetlaniu, pokryte strupem martwej tkanki, łatwo ulegają następowemu zakażeniu, co się nigdy nie zdarza przy naświetlaniach lampą Finsena. Światło lampy Finsena działa na głębsze warstwy tkanek, nie uszkadzając przytem powierzchni. To też S. i H. sądzą, że lampa kwarcowa nie nadaje się do leczenia tocznia z powodu swego powierzchownego działania. Natomiast może być ze skutkiem użytą w tych chorobach, w których jest wskazane powierzchowne zniszczenie tkanek, a więc do leczenia znamion barwikowych, nabłoniaków, owrzodzeń różnego rodzaju, jak również, użyta z odległości, do leczenia wyżej wymienionych chorób skórnych.

Stopczański.

V. Herling. **Doświadczenia z pastylkami jodowofersanowemi.** (*Klinisch-therap. Wochs.* 1907, Nr 10). H. stosował pastylki jodowo-fersanowe w przypadkach kiły, jakoteż w takich chorobach skórnych, w których niedokrwistość i podupadłe odżywienie uważa się za główną przyczynę cierpienia. Podawał trzy razy dziennie po 3 do 4 pastylek przez kilka tygodni. Podobnie jak prof. Benninghoven w Berlinie stwierdza H. łatwą wessalność przetworu, stwierdzoną przez badanie moczu i śliny. Z uzyskanych wyników wnosi H., że jodek potasu w połączeniu z fersanem bywa skuteczniejszy, aniżeli osobno podawany, jakoteż, że nie wywiera podówczas niemiłych działań ubocznych (wysypka, nieżyt). W szeregu przypadków stwierdził H. poprawę apetytu i przybytek wagi ciała.

Ms. W.

Położnictwo i ginekologia.

Feliks Heymann. **W sprawie przedziurawienia macicy niepołogowej zapomocą narzędzi.** (*Berl. klin. Woch.* 1907, Nr 32). H., operując chorą z powodu wypadnięcia macicy zauważył przy skrobaniu, że nagle łyżka weszła bez wszelkiego oporu głębiej, niż to odpowiadało długości jamy macicy, zbadanej poprzednio zgłębnikiem, natomiast łyżka szersza natrafiała na opór ściany macicy. Na podstawie tego objawu rozpoznał przebicie macicy. Naturalnie po wyskrobaniu zaniechał przepłukania jamy macicy, natomiast zabrał się do dalszego zabiegu, wykonał przednie cięcie pochwowe, wytoczył macicę i rzeczywiście odkrył miejsce, w którem łyżka przebiła trzon macicy. Po zaszyciu przyszył trzon macicy do pochwy, jakoteż zeszył przednią i tylną ścianę pochwy i krocze. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy. Z piśmiennictwa przytacza autor 64 przypadków przebicia macicy niepołogowej; w 47 przyp. narzędziem uszkadzającem była albo łyżeczka, albo też narzędzie tępe (zgłębnik, pałeczka, cewnik, kolec Hegara). W 32 przypadkach postawiono rozpoznanie na podstawie tego objawu, że narzędzie wchodziło nagle głębiej niż przed zabiegiem, w 12 razach nie rozpoznano tego uszkodzenia, w innych zaś tylko domyślano się go. W 3 przypadkach, gdy wchodziło narzędzie głębiej przy zabiegu i z tego powodu rozpoznano przebicie, okazało się później, że ono nie nastąpiło. Rozdęcie macicy w tych przypadkach pochodziło od porażenia ścian macicy (*paralysis*). Są to jednak przypadki rzadsze tak, że zwykle skoro zgłębnik wchodzi głębiej podczas zabiegu, niż przed nim, można z największą pewnością rozpoznać przebicie macicy. Rozpoznanie natychmiastowe ma wielkie znaczenie dla dalszego przebiegu. W przypadkach natychmiastowego rozpoznania przebicia macicy przebieg był dobry, zaś na 12 przypadków nierozpoznanych 11 razy przebieg był zły, z tego 9 razy z wynikiem śmiertelnym i tak: 2 razy z powodu posocznicy, raz zapalenia otrzewnej i zatrucia sublimatowego, raz zakażenia i zatrucia sublimatowego, 2 razy zatrucia sublimatowego, raz zatrucia i krwotoku wewnętrznego, raz zapalenia otrzewnej (laparotomia, drainage), raz brak rozpoznania i przyczyny śmierci. W 2 przypadkach zdołano chore uratować przez wyjęcie całkowite macicy.

W dalszym ciągu przechodzi autor do leczenia tego rodzaju uszkodzenia macicy. Jeśli przebicie macicy nastąpiło przy skrobaniu, jako zabiegu samoistnym, należy natychmiast skrobanie przerwać, zaniechać przepłukania i zalecić zupełny spokój, lód, makowiec. Jeśli narzędzie przebijające było cewnikiem i płyn dostał się do worka otrzewnego, wtedy należy płyn z jamy brzusznej usunąć (przecięcie pochwowe i sączkowanie lub wyjęcie macicy). Jeśli zaś przebicie nastąpiło przy skrobaniu, jako zabiegu wstępnym, t. j. jeśli w ciągu dalszego zabiegu macica ma być odsłonięta, wtedy przebicie jej nie stanowi wskazania do przerwania zabiegu; owszem należy się starać miejsce przebicia wyszukać i jeśli ono nie jest małe, zaszyć. Przebyte zabiegi śródmaciczne, jakoteż zmiany położenia macicy, prowadzące do jej zwyrodnienia, usposabiają do przebicia. Nierozpoznanie przebicia macicy jest wielkim błędem.

Engländer.

Neumann i Fellner. **O wpływie choliny i promieni Röntgena na przebieg ciąży.** (*Münch. med. Woch.* 1907). Hippel i Pagenstecher twierdzą, że naświetlanie królików ciężarnych, i to nietylko brzucha, ale i górnej połowy ciała, wywołuje w 60 prc. przerwanie ciąży. Fakt ten odnoszą H. i P. do ogólnego działania promieni Röntgena na cały ustrój. N. i F. przypominają swe doświadczenia, w których przy naświetlaniu samych jajników otrzymali podobne wyniki, ale w 100 prc. przypadków. Przerwanie ciąży przy naświetlaniu brzucha w doświadczeniach H. i P. odnoszą N. i F. jedynie do zadziałania promieni na jajniki, zaś przy naświetlaniu górnych części ciała do zadziałania promieni na gruczoł tarczowy, który stoi w ścisłym związku z czynnością części rodnych. *Klęsk.*

Klein. **O operacyi doszczętnej drogą brzuszną przy ropnych sprawach przydatków.** (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. 83, Hft. III). Na podstawie 48 przypadków z oddziału Neugebauera (Ostrawa mor.) oświadcza się K. stanowczo za całkowitem usuwaniem części rodnych wewnętrznych przy sprawach ropnych drogą brzuszną, podając śmiertelność przy tym rodzaju zabiegu 6·25 prc. Występuje natomiast przeciw odosobnionemu wyłuszczaniu trąbek, nacinaniu ropni lub zabiegom od strony pochwy, gdyż przy rozleglejszych zmianach trudno uniknąć obrażenia narządów sąsiednich, pomijając już trudny dostęp i wskutek tego niedokładność zabiegu. Również nie zaleca K. pozostawiać szyjki macicy lub szwów jedwabnych, wywołujących przewlekłe ropienia. W większej części przypadków pozostawiano przynajmniej jeden jajnik, jakkolwiek po usunięciu obydwóch wcale nie stwierdzano tak częstych i groźnych zaburzeń ogólnych, jak się powszechnie sądzi. *Kasprzyk* (Berlin).

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie d. 8. listopada 1907.

Niezbyt liczne zebranie zagaił prezes Radca Dr Fr. Chłapowski. 1) Dr Skoczyński przedstawia 40-letnią chorą, cierpiącą od szeregu lat na sinicę rąk i nóg. W zimnie ręce zupełnie w równym stopniu przybierają ciemno-siną barwę, sztywnieją i są zimne. Ciepło wpływa dodatnio, czucie i ruchomość wraca. Badanie układu nerwowego nie wykrywa zmian, niema także śladów histeryi; chora od dwóch lat nieco schudła. Badanie krwi wykazało pewne obniżenie ilości krwinek. S. rozpoznaje chorobę Raynauda. Podobne objawy zdarzają się także przy wiądzie rdzenia i chorobie Basedowa. Przedstawiony przypadek jest czystą postacią choroby Raynauda. Rokowanie jest dość pomyślne. Co do leczenia, to należy wystrzegać się miejscowych rękoczynów, by nie sprowadzać jeszcze większego skurczu naczyń. Za to ciepło, kąpiele piaskowe, galwanizacya nerwu współczulnego są na miejscu. Ze względu na lekkie wysadzanie oczu zamierza prelegent spróbować podawania tyreoidyny, by zaś zmniejszyć nacisk, próbuje ssawek Biera.

W dyskusyi zaznacza Dr Kapuściński, że spostrzegał chorą przez pewien czas i znalazł u niej tylko lekką niedomogę sercową. Ciepłe kąpiele w Bukowinie zrobiły jej dobrze. — Dr Chłapowski przypomina, że podobne objawy zdarzają się też u idyotów. Mowca opisał przed laty przypadek: »*bradykardia syncopalis*«, w którym chory po spadnięciu z konia przez dwanaście lat miał ciepłotę znacznie niżej stanu prawidłowego. W tym przypadku uderza silne tętno. Mowca radzi jod, oraz siarkę przepuszczoną przez muślin. — Dr Panieński wspomina o podobnym przypadku, w którym galwanizacya oraz ciepło i miesienie dobrze działały. — Dr Schultz zna pewną chorą, u której przy podobnych objawach tworzą się pod paznokciami pęcherze. — Dr Karwowski zapytuje, jak sobie prelegent wyobraża działanie zastoju Bierowskiego przy tej chorobie. Dalej zaznacza, że przypadek ten jest typowy. Podobny obraz daje czasem odzięblina, różni się jednak brakiem zwykłej w chorobie Reynauda symetryi, oraz miejscami, wolnemi od sinicy. Lżejsze postacie objawów Reynauda spostrzega mowca często w praktyce u młodych panien, mianowicie też na nosie i twarzy, wątpi jednak, czy takie lekkie objawy można zaliczać do ściśle ograniczonego typu Raynauda. — Dr Skoczyński odpowiada, że przekrwienie Bierowskie działa, jak ciepła woda, zluźniając skurcz naczyń. Nazwę choroby Raynauda ogranicza tylko na wybitne postacie. — Dr Chłapowski wspomina, że i dreszcze są pewnego rodzaju angioneurozą.

2) Dr Panieński przedstawia 44-letniego flecistę, u którego rentgenizacya wykryła tętniaka ogromnych rozmiarów. Prawdopodobnie kiła jest powodem tętniaka. — Dr Kapuściński wymaga do dokładnego rentgenogramu ortodiografu.

3) Następuje dyskusya nad odczytem Dra Łazarewicza, wygłoszonym na Walnem zebraniu: **O leczeniu bolesnej miesiączki.** — Dr Skoczyński wyraża zadowolenie, że prelegent nie jest tak skorym do zaliczania każdej niezbyt jasnej nerwicy do histeryi i przytacza kilka znamiennych przypadków z fałszywem rozpoznaniem histeryi. — Dr Chłapowski spostrzegał w Kissingen, że u kobiet, u których po sześciu tygodniach leczenia nie ustępuje zatwardzenie, winne jest cierpienie maciczne. — Dr Karwowski wspomina o bolach nerkowych, występujących czasami przed miesiączką, a rozchodzących się ku częściom płciowym i mogących sprawiać wrażenie macicznych. Dalej przytacza pracę Dreyera, który zestawił 13 przypadków ciężkiego miesiączkowania, którego powodem okazała się kiła. — Dr Łazarewicz odpowiada, że ból obokmaciczny wywołuje czasem wstrzymywanie stolca. Wspomina o związku odruchowym błony nosowej z macicą. Wypalenie przy guzku przegrody nosowej i dolnej małżowinie sprawiało ulgę cierpień macicznych. Ta teorya, postawiona przez Fliessa, potwierdzona została także przez innych. Spostrzegano także blednięcie macicy (podczas laparotomii), jeśli się penzlowało błonę śluzową nosa kokainą. W razie nieustępowania bolesności pomimo podanych w odczycie zabiegów, trzeba się zdecydować na zbadanie nawet dziewicy i w danym razie operować. Dobre wyniki daje też metoda Apostoliego. Anodę wkłada się do macicy, szeroką katodę na brzuch. — Dr Schultz wspomina o wpływie założenia bańki Biera na pierś na bole miesiączkowe, jak to robił Polano. — Dr Karwowski wskazuje na związek poronienia ze sferą płciową i przytacza, że talmud zakazuje żydówkom perfumować się, żeby nie nęcić płciowo mężczyzn. — Dr Skoczyński zauważa, że miejsca w błonie śluzowej nosa, mające związek z macicą, nie służą właściwie węchowi.

Dr Adam Karwowski.

W sprawie ustawy o chorobach zakaźnych.

Napisał

Prof. Dr Ciechanowski.

(Dokończenie.)

Szczególnie wielką trudnością będzie określenie w ustawie warunków, pod jakimi wolno ograniczyć swobodny ruch ludności, (zamykać handle i lokale przemysłowe, zakazywać zgromadzeń, jarmarków, odpustów, pielgrzymek). Referenci »Zasad« trudności tej nie próbują nawet rozwiązać, wskazują tylko z naciskiem na to, że ustawa powinna zawierać koniecznie przynajmniej zasadnicze w tym względzie postanowienia. Ale nie widać z »Zasad«, aby referenci choć w części zdawali sobie sprawę, jak specyalnie w Galicyi zagadnienie to głęboko wrzyna się w życie ekonomiczne. Zakaz jakiejś uroczystości, odpustu lub pielgrzymki religijnej wykonać łatwo i choć może być on ze względu na ograniczenie swobody osobistej bardzo dotkliwy, (w Galicyi specyalnie wchodzą w rachubę ogromne pielgrzymki religijne), to jednak dla ekonomicznego bytu ludności niema on większego znaczenia. Nawet zamykanie handlów i warsztatów, oraz zakaz jarmarków nie będą w zwykłych warunkach zbyt dokuczliwe w zachodnich prowincyach Austryi, gdzie przemysł, wyżej rozwinięty, odbywa się częściej, niż u nas, w osobnych lokalach, a ruch handlowy przeszedł w prąd ciągły, spychający jarmarki coraz więcej do rzędu wspomnień historycznych. Ale u nas, gdzie rzemiosło prawie zawsze odbywa się w mieszkaniu prywatnem rzemieślnika, sklepiki po wsiach i miasteczkach z reguły z mieszkaniem się łączą, gdzie do dziś dnia kwitną jarmarki, podtrzymywane głęboko zakorzenionym zwyczajem, u nas ograniczenia ruchu w tym kierunku, nie obmyślane i nie zastosowane bardzo umiejętnie, mogłyby grozić rzemiosłu i drobnemu

handlowi poważną stratą. Ale za najważniejszy brak w »Zasadach« zarówno ministerstwa, jak i Najw. Rady zdrowia, uważałbym zupełne przeoczenie zjawiska żywiołowej siły i olbrzymiego znaczenia ekonomicznego, jakiem jest czasowa, a głównie sezonowa emigracya zarobkowa. Na doniosłość jej wskazują zarówno przytoczone już wyżej dane statystyczne o corocznem wychodźtwie za robotą do Prus, jak i ten fakt, że w naszym, do dziś przeważnie rolniczym kraju, jest bilans produkcyi rolniczej bierny: produkuje się w kraju ledwo połowę tego, co kraj konsumuje, środków zaś na pokrycie niedoboru dostarcza w każdym razie w niemałej części owa czasowa emigracya. Jakie zaś znaczenie ma ta sezonowa emigracya dla zawlekania chorób zakaźnych, to dostatecznie objaśniają wyczerpujące badania Droby i Kučery nad epidemiologią nagminnego zapalenia opon (Rocznik lek. T. I. Zeszyt I.). Nasuwa się tu przeto problem pierwszorzędnej doniosłości, w którym sanitarne interesa kraju mocno krzyżują się z interesami jego ekonomicznymi. Ten punkt wymaga niezmiernie dojrzałej rozwagi, zanim będzie przez nową ustawę w ten, czy inny sposób rozstrzygnięty. W każdym zaś razie, wobec tego, że ograniczenie swobody czasowej emigracyi zarobkowej ze stanowiska lekarskiego nie może być przy zwalczaniu epidemii traktowane w sposób wyjątkowy, jeżeli ustawa ma być naprawdę skuteczną, należy wcześnie wagę tej sprawy uwydatnić, także i ze względu na odszkodowanie ludności za powstające w ten sposób straty, odszkodowanie, które nie będzie wydatkiem drobnym, a może nastąpić tylko z funduszów państwowych.

Ta sama sprawa emigracyi sezonowej wikła u nas sprawę nadzoru sanitarnego nad przybyszami z okolic zakażonych, wymaganego przez Najw. Radę Zdrowia w tak obszernej mierze, że w »Zasadach« jest mowa o codziennem odwiedzaniu takich przybyszów przez lekarzy. Wystarczy przypomnieć, że w powiatach naszych nadgranicznych często tacy sezonowi robotnicy wracają na każde święto z zagranicy do domu, aby mieć wyobrażenie, jakiego pomnożenia personalu lekarskiego trzebaby w Galicyi dla dokładnego wykonania takiego nadzoru. Dodajmy, że niezbędną takiego sanitarnego nadzoru podstawą musi być bardzo ścisła kontrola ruchu wędrownego ludności, bardzo dokładne meldowanie przybyszów (Meldewesen). A jeżeli obaj referenci »Zasad« o całej Austryi powiadają, że to meldowanie w miastach dużo pozostawia do życzenia, a po wsiach jest zupełnie zaniedbane, to cóż dopiero powiedzieć o Galicyi? Uporządkowania tej sprawy w naszych gminach, nawet gdyby utworzono sprawniejsze, większe gminy zbiorowe, możnaby spodziewać się chyba od osobnej jakiejś pomocy.

Zamykanie szkół powinno, według Najw. Rady zdrowia, zależeć nie od nauczycielstwa, ani rad szkolnych, ale jedynie od władz sanitarnych, przyczem konieczną podstawą takiej zmiany byłoby wprowadzenie instytucyi lekarzy szkolnych. Niestety niedawno okazało się, że ciężar tej instytucyi pragnie rząd całkowicie przerzucić na fundusze krajów (przynajmniej u nas) w tym zakresie, w jakim oddano w ręce autonomii szkolnictwo; równie stanowczo też można się było przekonać, że nasza autonomia w obecnych warunkach ciężaru tego podjąć ani nie ma ochoty, ani przy nieproporcyonalnem już dziś obciążeniu budżetu krajowego wydatkami na szkolnictwo — podjąć nie może. I ten punkt ustawy przeto pozostałby chyba u nas przed gruntowną sanacyą finansów krajowych punktem martwym, gdyby przepisy ustawy naszych stosunków nie uwzględniły, i gdyby rząd od pomocy się uchylił.

Zagadnienia, czy w pewnych razach nie powinnaby ustawa uprawniać do przymusowego leczenia chorych, N. Rada Zdrowia nie rozstrzyga. Ze względu jednak na częstą u nas jaglicę i endemię kiły w Huculszczyźnie należałoby zagadnienie to dokładniej rozważyć.

Przepisy postępowania ze zwłokami zmarłych na choroby zakaźne oparte są w »Zasadach« N. Rady zdrowia na mniemaniu, że w każdej gminie istnieją porządne, odpowiednie do przechowywania takich zwłok trupiarnie, lub że gminy na takie trupiarnie łatwo się zdobędą; i pod tym względem są jednak nasze stosunki odmienne i zachodzi obawa, że mimo ustawy sprawa nie byłaby dostatecznie rychło załatwioną, jeżeliby gminy skazane były na własne tylko siły i środki. Zwrócić tu należy nawiasowo uwagę, że zakaz uroczystych pogrzebów wobec religijności naszego ludu, a zakaz styp wobec jego konserwatyzmu może większe u nas sprawić trudności, niż gdziekolwiek indziej.

Organizacyę donoszenia o zachorowaniach zakaźnych zaleca Najw. Rada zdrowia w ustawie pominąć, a pomieścić tylko w rozporządzeniach wykonawczych. Nie zdaje mi się, aby to leżało w interesie naszego kraju. Na zasadzie tego, co poprzednio powiedziano o ciężarach, jakie szczególnie na Galicyę przez przepisy o donoszeniu spaśćby mogły, uzasadnioną jest obawa, że przez przesunięcie tej sprawy z ustawy do rozporządzeń wykonawczych wymknęłaby się naszej reprezentacyi parlamentarnej możność obrony interesów naszej ludności. Z tego względu należałoby, jak sądzę, zmierzać do tego, aby ustawa obejmowała przynajmniej ogólne zarysy organizacyi służby wywiadowczej wraz z określeniem, kto i w jakiej części poniesie jej koszta, t. j. gdyby projekt ustawy, przedłożony parlamentowi, sprawę tę pomijał, należałoby postarać się o jego w tym względzie uzupełnienie i to takie, któreby zabezpieczało Galicyę od nadmiernych ciężarów, a dawało pewność, że pomimo trudniejszych naszych warunków będzie służba wywiadowcza u nas działać równie sprawnie, jak gdzieindziej.

Sprawa rozdziału kosztów omawianą była już kilkakrotnie powyżej przy odpowiednich szczegółach »Zasad«. Tu tylko raz jeszcze należy położyć nacisk na to, że objęcia przez skarb państwa wszystkich bieżących kosztów zwalczania chorób zakaźnych spodziewać się trudno, a nawet gdyby to się stało, to i jeszcze wtedy należałoby z powodów wyżej przytoczonych starać się dla Galicyi o osobną pomoc skarbu państwa na wprowadzenie i utrzymanie wielu urządzeń, których u nas dotąd niema, a na których ma się według »Zasad« Najw. Rady zdrowia zwalczanie chorób zakaźnych oprzeć.

Nawet i co do kar za przekroczenie ustawy nasuwają się ze względu na Galicyę pewne zastrzeżenia. W pierwszych przynajmniej kilkunastu latach obowiązywania powinnaby tu ustawa dopuszczać pewną elastyczność przepisów, bo wobec poziomu kultury naszej ludności nieraz przedmiotowo znaczne uchybienie ustawie będzie winą podmiotowo niewielką, a kara zastosowana według sztywnego szablonu winy przedmiotowej, zalecanego przez Najw. Radę zdrowia, wypadłaby wtedy nieproporcyonalnie wielka.

O ileby przeto ustawa o chorobach zakaźnych nie miała być bardzo ogólnikową, a została opartą na zasadach, podanych przez Najw. Radę zdrowia, to, jak z powyższego wynika, obawiaćby się można, że stosunki naszego kraju nie będą dostatecznie uwzględnione, a interesa sanitarne i ekonomiczne mogłyby być narażone, jeżeli się nie uzyska: 1) pewnych zmian w przepisach o donoszeniu, zarówno co do chorób, wyraźnie tam wymienionych, jak i co do osób, na których w pierwszym rzędzie ciążyć ma obowiązek donoszenia, 2) pomieszczenia już w samej ustawie zasad organizacyi służby wywiadowczej; 3) objęcia przez skarb państwa wszystkich lub przynajmniej poważnej części kosztów sprawdzania i zwalczania chorób zakaźnych ze szczególnem uwzględnieniem naszego kraju; 4) położenie nacisku na szpitalne odosobnianie chorych i na ruchome szpitale państwowe; 5) uwzględnienia sprawy sezonowej emigracyi zarobkowej, zarówno ze względu na znaczenie jej sanitarne, jak i ekonomiczne (odszkodowanie!); 6) elastyczniejszych postanowień karnych.

Z projektowaną ustawą łączą się ściśle co do naszego kraju postulaty: reformy administracyjnej, sanacyi finansów krajowych, ukończenia organizacyi krajowej służby zdrowia, które rozgrywać się będą w Sejmie.

Budzi się wreszcie wątpliwość, że należyte wyzyskanie korzyści sanitarnych, płynących z ustawy, byłoby u nas utrudnione, gdyby nie powiodło się dla Galicyi równocześnie z wejściem ustawy w życie uzyskać: pomnożenia rządowej służby sanitarnej i administracyjnej, rządowych stacyi bakteryologicznych i zakładów dezynfekcyjnych, pomocy państwowej na szybkie uzupełnienie sieci szpitali i na ukończenie okręgowej organizacyi sanitarnej, na instytucyę lekarzy szkolnych, na organizacyę nadzoru nad ruchem ludności (służby meldunkowej).

Na tem kończę uwagi, które mi się nasunęły z powodu »Zasad« przyszłej ustawy, nie roszcząc sobie pretensyi, by uwagi te ujmowały rzecz z najtrafniejszego punktu widzenia, ani, by wyczerpywały ważny ten przedmiot. Jeżeli pobudzą one kompetentniejszych odemnie do dalszej publicznej, dla wyświetlenia rzeczy niezbędnej dyskusyi, to cel ich będzie osiągnięty.

Po zagajeniu powyższemi uwagami dyskusyi na posiedzeniu w d. 13. XI. 1907 uchwaliło Towarzystwo lekarskie krakowskie na wniosek prof. Browicza podjąć starania, by dla rozpatrzenia sprawy zwołaną została przez odpowiednie czynniki umyślna ankieta.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Towarzystwo Samopomocy lekarzy ogłasza następujące:

Ostrzeżenie.

L. 2725. Wydział Tow. Samopomocy lekarzy, zbadawszy przyczyny rezygnacyi Dra Hieronima Potoka z posady lekarza gminnego w Ropczycach, ostrzega wszystkich kolegów przed ubieganiem się o powyższą posadę bez porozumienia się z Wydziałem Towarzystwa.

Dr Flis sekretarz generalny. *Dr W. Damski* I. wiceprezes.

Pośrednictwa w kupnie narzędzi lekarskich, sprzedaży używanych przedmiotów lekarskich i t. d. podejmuje się, jak donosiliśmy, oddział komercyjny Towarzystwa Samopomocy lekarzy, którego kierownictwo powierzył Wydział Tow. Drowi Henrykowi Sokołowskiemu (Kraków, Szewska 12).

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	po 1 h.
Od r. 1904 do końca r. 1906 . . .	314,765	112,950
W r. 1907 do 30. września	36,448	32,200
W październiku i listopadzie 1907 sprzedano	3,925	10,300
razem .	355,138	155,450

Kraków, 1. grudnia 1907.

Dr Żydłowicz, administrator.

Warszawskie Stowarzyszenie lekarzy polskich zebrało się 2. XI. b. r. w sprawie zawiązania Kasy chorych lekarzy. Ponieważ 150 obecnych nie wystarczało do prawomocności uchwał, przeto roztrząsano tylko projekt ustawy, opracowany przez Dra J. Zawadzkiego. Zarzuty w dyskusyi czyniono §. 2, który ogranicza działalność Kasy tylko do członków Stowarzyszenia i §. 5, który wprowadza uzyskiwanie funduszów zapomocą blankietów receptowych; proponowano natomiast opodatkowanie dochodów, mieszkań lub nawet prywatnych kapitałów. W głosowaniu próbnem przeszedł projekt pierwotny bez zmiany. — Dnia 7. XI. odbyło się w Stowarzyszeniu inauguracyjne zebranie »Wydziału dla spraw bytu materyalnego lekarzy«, który na każde swe posiedzenie postanowił obierać innego przewodniczącego, pozostawiając zarząd w ręku sekretarza stałego, dra J. Zawadzkiego i jego zastępcy, Dra Łazarowicza. Pierwsze zebranie, na którem przewodniczył Dr A. Sokołowski, zagaił Dr J. Zawadzki, wskazując jako drogi do polepszenia bytu lekarzy: unormowanie stałych płac lekarskich i minimum honoraryów, oraz kooperacyę w celach oszczędności. Po ożywionej nad tą sprawą dyskusyi wybrano komisye, które opracują i przedstawią kolejno na posiedzeniach Wydziału następujące tematy: 1) Wynagrodzenie i byt lekarzy szpitalnych (spr. Neugebauer Kryński, Dunin). 2) Sprawa lecznic i ambulatoryów (Łazarowicz, Sierpiński, Kucharzewski). 3) Sprawa lekarzy kolejowych i fabrycznych (Skłodowski, Żenczykowski). 4) Stosunek do publiczności, opieka prawna (Wisłocki, Chrostowski, Dunin). 5) Stosunek wzajemny lekarzy (Karczewski). 6) Sprawa kooperacyi (J. Zawadzki). (»Kron. lek.« 22). *R.*

Osobliwym wyrokiem może się pochlubić sąd ławniczy monachijski, który skazał redaktora największego i najpoważniejszego tygodnika lekarskiego niemieckiego (»Münchener med. Wochenschrift«), Dra Spatza, na karę za obrazę czci niejakiego Dra Hansa Fischera. O tym lekarzu, wielokrotnie już karanym przez sąd honorowy i znanym w Berlinie ze współki z partaczem, niejakim Mistelskym, wyraziła się »Münchener med. Wochenschrift« w artykule o partactwie dość ostro; stąd proces. Ale osobliwsze jeszcze od wyroku są jego podane przez sąd powody: »Z tego, że związanie się Dra Fischera z lekarzem-laikiem (!) było w mniemaniu (!) jego kolegów przeciwne interesom zawodowym, nie wynika jeszcze, aby obniżyło się stanowisko towarzyskie i zawodowe Dra Fischera. Nie można uważać za wyłączone, by lekarz, zawierający taką spółkę, pozostał jednak porządnym człowiekiem«. (!) *R.*

Skutki szczepienia krowianki objaśnili ciekawemi danemi statystycznemi posłowie Dr Ofner i tow. w swym wniosku, żądającym wprowadzenia przymusu szczepienia w Austryi. W Szwecyi umierało z ospy na milion ludności od r. 1774 do r. 1801 (przed wprowadzeniem szczepienia) 2050 osób, od roku 1810 do roku 1855 (po wprowadzeniu) 189. W Prusach umierało rocznie na milion ludności od 1816 r. do 1870 między 732 a 620 osób. W roku epidemii 1871/2 wzrosła śmiertelność na 2623·7, po wprowadzeniu przymusu szczepienia spadła (od roku 1875) na 2·1, a najwyżej 36·2 na rok. — Jak szczepienie przymusowe chroni ludność przed zawleczeniem zarazy z sąsiednich krajów, udowadnia statystyka państwa niemieckiego, którego okolice kresowe są wobec tego, że w państwach sąsiednich nie ma przymusu szczepienia, więcej narażone. Zapadło na ospę np. w roku 1866 osób 197, — z tego w okolicach kresowych 141; w roku 1890 osób 200, — z tych na kresach 188; w roku 1894 osób 156, — z tego na kresach 97 i t. d. Na milion ludności zmarło: w 241 miastach niemieckich, w których jest przymus szczepienia — 3 osoby, a w 53 miastach austryackich, gdzie niema przymusu 200·3 osób; w miastach austryackich zmarło zatem na ospę 67 razy więcej osób, niż w Niemczech, a 17 razy więcej, niż na Węgrzech. Zmarło z ospy od r. 1875 do r. 1892 w armii niemieckiej: 1 osoba; w armii austryackiej od r. 1875 do 1886 — 595. W armii austryackiej wprowadzono w roku 1886 przymus szczepienia. Od roku 1886 do 1893 zmarło już tylko 44 osób. Między zmarłymi na ospę jest nieszczepionych 89·8 prc. *Stahr.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 24. do 30. XI. 1907 doniesiono o 34 nowych przypadkach duru plamistego w 8 gminach, a mianowicie: pow. Horodenka (Głuszków 8), Jaworów (Zawadów 7), Podhajce (Burkanów 1), Przemyślany (Gliniany 1), Rawa (Wulka mazowiecka 5), Śniatyn (Dżurów 2), Tarnopol (Proszowa 3). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 24. do 30. XI. 1907 urodziło się dzieci żywo 56, nieżywo 3; zmarło osób 56 (w tem obcych 26), z nich z gruźlicy 13 (6), zapalenia płuc 6 (3), błonicy 1 (1), płonicy 2 (1), gorączki połogowej 1 (1). *W.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 24. do 30. XI. 1907 było przypadków: płonicy 9 † 1, krztuśca 3, błonicy 3, róży 1, ospianki 2, nagm zapalenia ślinianek 1. *W.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Dnia 5. XII. odbyło się uroczyste pożegnanie ustępującego z katedry Nestora pedyatrów polskich, R. Dw. Prof. M. L. Jakubowskiego i wręczenie Mu medalu, wybitego na Jego cześć staraniem Wydziału lekarskiego krakowskiego. W przepełnionej młodzieżą i publicznością auli uniwersyteckiej składał Czcigodnemu Jubilatowi Rektor Uniwersytetu, Ks. Prof. Dr Gabryl, na czele Senatu i profesorów wszystkich Wydziałów, serdeczne podziękowanie za półwiekową niemal znakomitą pracę dydaktyczną i społeczną, a dziekan Wydziału lekarskiego, R. Dw. Prof. Dr Wicherkiewicz, przypomniał zasługi i prace Jubilata, jako lekarza, profesora, twórcy pierwszego u nas szpitala dla dzieci i pierwszej kolonii leczniczej dla dzieci, oraz pierwszego Prezydenta Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, życząc Mu, by długo jeszcze mógł równie skutecznie pracować dla dobra społeczeństwa. Uroczystość zakończyło podniosłe przemówienie Czcigodnego Jubilata, któremu w dniu tym ze wszech stron ziemi naszej, od mnogich uczniów Jego i tych, którzy Mu zawdzięczają zdrowie i życie, towarzyszą, gorąco i przez nas podzielane serdeczne życzenia: *»Ad multos annos!«*

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 4. XII. posiedzenie, na którem, po uczczeniu pamięci St. Wyspiańskiego, jako jednego z twórców »Domu lekarskiego«, przedstawił 1) Prof. Kader chorego, operowanego z powodu nowotworu mózgu; 2) Dr Eichhorn chorego z odwrotnem ułożeniem trzew; 3) Prof. Jaworski: *a)* skórny odczyn tuberkulinowy Pirqueta, *b)* oftalmoreakcyę Calmettea, *c)* sposób Rivalty odróżniania wysięków od przesięków, *d)* działanie radu na hodowle bakteryi; 4) Doc. Mięsowicz: *a)* krzywicę późną u 17-letniej chorej i dla porównania przypadek zmięknienia kości, *b)* próby wykrycia adrenaliny we krwi. W ożywionych rozprawach przemawiali Dr Blassberg, Borzęcki, Chlumsky, Ciechanowski, Filipkiewicz, Frommer, Lewkowicz, Rosner, Rydel, Seńkowski, Stahr, Steuermark.

— Na kursa lekarskie zgłosiło się dotąd ogółem 22 uczestników, wśród nich tylko 9 zamiejscowych (4 z Galicyi, 4 z Królestwa, 1 z Wołynia). Wobec niezbyt wielkiej liczby uczestników mogła dojść do skutku tylko część kursów, a mianowicie: bakteryologiczny (Prof. Nowaka), chemiczny (Prof. Marchlewskiego), z medycyny wewnętrznej (Prof. Jaworskiego i Doc. Mięsowicza), pedyatryczny (Prof. Lewkowicza), chirurgiczny

(Doc. Chlumskyego), okulistyczny (K. dw. Prof. Wicherkiewicza), dentystyczny (Prof. Łepkowskiego), laryngologiczny (Prof. Pieniążka i Doc. Nowotnego), ginekologiczny (Prof. Rosnera) i położniczy (Doc. Dobrowolskiego); nadto na żądanie uczestników zorganizowany został kurs intubacyi (Prof. Lewkowicza).

— Towarzystwo Biblioteki Medyków U. J. prosi nas o zaznaczenie, że na dorocznem Walnem Zgromadzeniu w d. 21. XI. wybrano na rok 1907/8 następujący Wydział: W. Gielczyński prezes, M. A. Sokołowski wiceprezes, A. Wiktorczyk skarbnik, W. Topór-Zbyszewski sekretarz I, S. Przychocki sekretarz II; do Zarządu weszli: S. Saski, W. Łaszczyński, W. Biedermann i S. Hodbod; do komisyi kontrolującej: C. Jakubowski, K. Krzysztoń, J. Olbrycht i J. Zubrzycki.

— Dyplom doktorski uzyskała p. Marya Horowitz-Loria, rodem z Krakowa.

Lwów. Członkami Krajowej Rady Zdrowia mianowani zostali na bieżące trzechlecie, t. j. do końca kwietnia 1910: 1) ze strony rządu: Prof. Dr Tadeusz Browicz z Krakowa, Prof. Dr Adam Czyżewicz, Dr Edward Gerard-Festenburg, Prof. Dr Antoni Mars, Prof. Dr Hilary Schramm i Prof. Dr Paweł Kučera ze Lwowa; 2) ze strony Wydziału kraj.: krajowy inspektor szpitali Dr Józef Łuszczkiewicz i dyrektor szpitala lwowskiego Dr Józef Starzewski. Nadto należą do Rady Zdrowia na podstawie ustawy: kraj. referent sanitarny, R. dw. Dr Józef Merunowicz i delegaci Izb lekarskich: wschodnio-galicyjskiej Dr Władysław Piaskiewicz z Kołomyi (zastępca Dr Zygmunt Smolarski z Przemyśla), a zachodnio-galicyjskiej Dr Adolf Dietzius z Jarosławia (zastępca Dr Stanisław Jabłoński z Rzeszowa). (»Tyg. lek.« 48).

Z mianowanych członków Rady Zdrowia, wszyscy, prócz jednego, są ze Lwowa. Wielokrotnie przeto podnoszony słuszny postulat, aby prócz stolicy miały i inne części kraju swoich w Krajowej Radzie Zdrowia przedstawicieli, nie został prawie wcale uwzględniony, choć wypełnienie jego przyniosłoby niewątpliwie niemałą korzyść dla sprawy publicznej. Takie stanowisko wobec słusznych postulatów musi wywołać uczucie przykrego zawodu.

— Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej w d. 23. XI. załatwiono prócz wspomnianych w numerze poprzednim »Przeglądu« sprawy następujące: Postanowiono wezwać lekarzy wszystkich miast powiatowych w okręgu Izby do opracowania i przedłożenia Izbie taryf lekarskich; uchwalono zażądać od Tow. Wzaj. ubezpieczeń w Krakowie, by za badanie ubezpieczających się na życie płaciło honoraryum 10 K; wydano opinię o kilku podaniach wdów po lekarzach okręgowych o zapomogę, wniesionych do Wydziału krajowego; do Związku austryackich Towarzystw lekarskich postanowiono jako wkładkę za r. 1907 wypłacić 1,457 K; wreszcie rozpatrzono kilka spraw honorowych.

— Na wiecu lekarzy, zebranym w d. 30. XI. celem zawiązania komitetu przedwyborczego do Rady miejskiej uchwalono na wniosek Dra Zalewskiego rezolucyę, wyrażającą podziękowanie posłom parlamentarnym wszystkich narodowości, którzy wystąpili w obronie rodaków w zaborze pruskim, a na wniosek Dra Mikołajskiego rezolucyę do komisyi przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa lekarskiego, aby rozpatrzyła sprawę wyrugowania pruskich wyrobów leczniczych i odwrócenia publiczności polskiej od pruskich zdrojowisk. Do ściślejszego komitetu przedwyborczego wybrani zostali Drowie: Festenburg, Mehrer, Mikołajski, Moszkowicz, Papée i Sieradzki. Komitet ten przedstawi następnemu wiecowi kandydatury 6 lekarzy, którzy jako znawcy sprawy opieki nad ubogimi, higieny budowli, mieszkań, dróg, kanalizacyi i szkolnictwa wejść mogli do poszczególnych sekcyi Rady miejskiej (oprócz 5 lekarzy, pozostających i nadal w komisyi sanitarnej dla referatów sanitarnych z ogólnego stanowiska), i urządzi szereg zgromadzeń publicznych, na których kandydaci-lekarze omówią stosunki sanitarne w mieście.

— Jak donosi »Głos lekarzy« (23) zgodził się Wydział krajowy przedkładać podania wdów i sierót po lekarzach okręgowych o zapomogi z funduszu krajowego do zaopiniowania Izbie lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, jako posiadającej dokładne wiadomości o stosunkach materyalnych rodzin, pozostałych po lekarzach w jej okręgu. (Godziłoby się, aby podobny sposób postępowania został zaprowadzony i w okręgu Izby zachodnio-galicyjskiej).

— Docent Dr Maksymilian Herman mianowany został przez Wydział krajowy dyrektorem szpitala w Przemyślu.

Warszawa. Z powodu coraz bardziej szerzącej się ospy, postanowiono na naradzie, odbytej d. 23. XI. w Zarządzie miasta, utworzyć 8 nowych stacyi bezpłatnego szczepienia ospy przy ambulatoryach szpitali. Inspekcya zaś szkół miejskich orzekła, że należałoby zaszczepić krowiankę powtórnie około 7000 dzieciom. Do tego celu powinny być wyznaczone oddzielne stacye. Wszystko to, jak dotychczas, są jednak tylko projekty. Zarząd Związku akuszerek zawiadomił publiczność, iż wydelegowane akuszerki będą szczepiły krowiankę po fabrykach, zakładach, szkołach i biurach jedynie za zwrotem kosztów limfy i materyałów opatrunkowych, w lokalu zaś Związku dwa razy na tydzień.

Inspektor szpitali wniósł projekt utworzenia w każdym szpitalu komitetu gospodarczego, do którego byliby powoływani: lekarz naczelny, 2—3 ordynatorów, oraz intendent szpitala, a nadto (z głosem doradczym): starsza siostra miłosierdzia i osoby biegłe w sprawach szpitali. — Generał-gubernator warszawski zgodził się na obowiązkowe powoływanie na posiedzenia Zarządu miasta w sprawach szpitalnych lekarzy naczelnych szpitali z głosem doradczym w sprawach ich szpitali. — Z powodu podrożenia wszelkich przedmiotów pierwszej potrzeby Wydział Dobr. publ. postanowił podnieść wydatek na utrzymanie każdej siostry miłosierdzia ze 156 rb. na 186 rb. rocznie, a na odzież ich z 50 rb. na 72 rb. rocznie. — Wobec braku lokalu na szpitale tymczasowe podniesiono w dziennikach, że gmach przy ul. Pokornej, zarządzany przez gminę izraelicką, a zajmowany dawniej przez szpital starozakonnych, powinien być stosownie do swego właściwego przeznaczenia zużytkowany. — Na posiedzeniu Wydz. Dobr. publ. w d. 30.XI. wyznaczono 83,490 rb. jako pierwszą ratę spłaty długów b. Rady Dobr. rozmaitym przedsiębiorcom i dostawcom szpitali. — Na ukończenie domu przedpogrzebowego (»morgi«) na terytoryum szpitala Praskiego wyasygnowano dodatkowo 17,810 rb. Suma ta przeznaczona została na wewnętrzne urządzenie budynku i projektowanych w nim zakładów naukowych: anatomo-patologicznego i medycyny sądowej. Sam gmach już jest gotów.

Istniał dawniej w Warszawie pożyteczny zwyczaj oddawania przeczytanych gazet do szpitali na użytek chorych. Do tego celu były osobne skrzynki w wielu punktach miasta. Publiczność jednak o nich zapomniała i chorzy dzisiaj na to narzekają.

W d. 26. XI. dokonano powtórnej rewizyi w szpitalu żydowskim na Czystem, zaś w d. 30. XI. w szpitalu Dzieciątka Jezus, gdzie uwięziono jednego z posługaczy.

Senat rządzący wyjaśnił, że sprzedaż lekarstw w aptekach homeopatycznych bez recept może być dozwolona.

Uniwersytety rosyjskie uzyskały prawo wydawania dyplomów lekarskich kobietom, które otrzymały dyplomy doktorskie w uniwersytetach zagranicznych i udowodnią posiadanie wykształcenia, dającego prawo wstępu do petersburskiego żeńskiego instytutu lekarskiego.

»Towarzystwo kolonii letnich dla kobiet pracujących«, liczące 130 członków, wysłało w r. b. na wieś na letnie miesiące 100 kobiet (3,768 dni pobytu).

W Łodzi na przedmieściu Bałuty panuje czarna ospa. Na tem przedmieściu zaprojektowano urządzenie osobnego szpitala dla chorych na ospę. Żydowski Związek opieki nad chorymi urządził przy ul. Średniej stacyę bezpłatnego szczepienia. — Gmina izraelicka nie zapłaciła dotąd 70,000 rb., które jest dłużna szpitalowi im. Poznańskich za leczenie ubogich, a szpital przyjmuje obecnie tylko chorych, mogących opłacić za siebie dwutygodniowy pobyt w szpitalu (po 75 kop. dziennie).

Częstochowę przy 80 tysiącach ludności obsługuje 23 lekarzy. Posiada ona szpital jeden na 30 łóżek, w którym jednak chorych mieści się 60; ta druga połowa leży na podłodze. Szpital dla braku miejsca prawie codziennie odmawia przyjęcia 5 do 10 chorym.

W tych dniach w Kielcach zawiązało się »Tow. kolonii letnich«. Zapisało się osób 74 z sumą składek rb. 274.

Oddział »Towarzystwa hig.« w Łomży urządza szereg odczytów z anatomii, higieny i t. d.

W Pińczowie (gub. kieleckiej) otwarto szpital miejski.

— Towarzystwo lekarskie warszawskie liczyło w r. 1906 członków honorowych 12, czynnych 253, korespondentów 90, przybranych 3. Na 28 posiedzeniach klinicznych odbyło się 35 odczytów i 48 demonstracyi. W posiedzeniach uczestniczyło średnio 49 członków. Biblioteka doszła do 26,713 dzieł, rękopisów i czasopism; wydano na jej utrzymanie 1,305 rb.; czasopism prenumerowano 59. W pracowni Towarzystwa, na którą wydano 751 rb., pracowało 7 lekarzy. Dochód i rozchód własnego funduszu Towarzystwa wynosił 6,870 rb., bilans zamknięto w stanie

czynnym i biernym sumą 360,597 rb.; w tem objęty majątek Towarzystwa wynosi okrągło 146,000 rb. (dom 101,800, biblioteka i ruchomości 44,200), a rozmaite fundusze stypendyjne, konkursowe i t. d. 65,348 rb.

— Dziesięcioletnie dzieje Pogotowia ratunkowego warszawskiego, ogłoszone przez prezesa Dra J. Zawadzkiego, dają nietylko dokładny i wyczerpujący obraz zawiązania się, rozwoju i obecnego stanu tego Towaryystwa, ale zarazem są cennym przyczynkiem do historyi dni grozy, jakie niedawno przebywała Warszawa. Opis nieustannych starań o środki materyalne dla utrzymania Pogotowia wymownie wskazuje, ile zdziałać może pomysłowość, energia i zaufanie we własne siły, a z przedmiotowych sprawozdań o akcyi ratunkowej Towarzystwa w dniach najgorętszych widać, jakie dowody sprawności i zimnej krwi składało wtedy Pogotowie, łącząc je z rzeczywistem poświęceniem i narażaniem się. Liczba członków wzrosła w ciągu lat 10 z 563 na 1200, liczba wezwań z 1279 na 10245 (w r. 1905); głównem źródłem utrzymania Pogotowia, wymagającego rocznie przeszło 30,000 rb., były dochody niestałe, zdobywane przez nieustanne, a uciążliwe starania »Wydziału dochodów niestałych«. Pogotowie zdołało przytem nabyć własny dom i stosownie urządzić całą stacyę ratunkową. Stałych lekarzy Pogotowia jest 16; każdy z nich, wstępując do Pogotowia, musi mieć najmniej 2 lata praktyki szpitalnej (z tego rok chirurgicznej) i przejść stosowne przygotowanie. — Dziełko Dra J. Zawadzkiego, który jako wieloletni sekretarz, a później prezes Pogotowia, położył główne zasługi w tej instytucyi, dopełniają instrukcye Pogotowia, plany i rysunki.

Z różnych stron. Słynny otyatra Prof. H. Schwartze w Halle obchodził w zeszłym miesiącu 70-tą rocznicę urodzin. Z tego powodu wyszedł zeszyt pamiątkowy »Archiv für Ohrenheilkunde«, w którego opracowaniu z Polaków przyjęli udział: Dr Teodor Heiman (Diagnose des otitischen Hirnabscesses), oraz Dr Jan Sędziak (Ueber Ohrenstörungen bei den Erkrankungen des Urogenitalapparates) — obaj z Warszawy.

— W Kijowie otwarto przy wyższych kursach żeńskich dział lekarski, na który zgłosiło się przeszło 1000 słuchaczek (przyjęto 563, chociaż miejsc jest właściwie 350) pomimo, że kursa te nie posiadają jeszcze ani zakładu anatomicznego, ani dostatecznych innych pracowni i że ukończenie tych kursów nie daje żadnych praw.

— Według najnowszych statystyk żyje w Rosyi obecnie przeszło 4500 trędowatych, najwięcej w prowincyach nadbałtyckich, gdzie przypada 6 trędowatych na 10,000 mieszkańców.

— Na napoje wyskokowe wydaje ludność państwa niemieckiego rocznie około 3½ miliarda marek (!), zużywając na głowę 5,28 litrów wina, 123,4 piwa i 8,52 wódki.

Mianowani: Dr Kalikst Krzyżanowski krajowym inspektorem sanitarnym, Dr Hyacynt Jabłoński i Dr Adolf Kuhn starszymi lekarzami powiatowymi, Dr Bronisław Półjanowski, b. elew kliniki chir. krak., lekarzem szpitala miejs. w Pinczowie; Dr Piotr Konarzewski, lekarzem szpitala św. Rocha w Warszawie.

Zmarli: Dr Władysław Papieski, lekarz miejski w Radomiu, w 42 r. ż.; Dr Henryk Stano, wychowaniec b. akademii medyko-chirurgicznej, lekarz kolei nadwiślańskich, w Międzyrzeczu; Dr Tomasz Wróbel w Trzenicach.

Redakcya otrzymała: Beck: O nużeniu się nerwu. Tyg. lek. 1907. — Spira: 1) Przekrwienie metodą Bier-Klappa w leczeniu chorób usznych. 2) O miejscowem stosowaniu nowszego środka znieczulającego w leczeniu chorób ucha i górnych dróg oddechowych. 3) Rzadki przypadek skombinowanego zboczenia rozwojowego przewodu ucha zewnętrznego. »Tyg. lek.« 1907. — Tosamo po niemiecku w Wien. med. Presse. i Heilkunde 1907. 4) Bericht üb. d. Thätigkeit des rhino-otiatrischen Ambulatoriums d. israel. Hospitals in Krakau für 1906. Archiv f. Ohrenheilkunde 1907. — Malinowski: Przymiot. Zeszyt 1—3. Warszawa 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 11. grudnia o godz. 6 wieczorem w Domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) Prof. Marchlewski: Z badań nad barwikiem krwi i chlorofilem. 2) Dr Bier: O molu mącznym. 3) Dr Spira: Zaburzenia słuchowe u dzieci.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Mergal, (Fritz Höhne. Archiv f. Dermat. und Syph. Band LXXXVII. S. 399), przetwór rtęciowy wyrobu fabryki Riedla. Jestto cholowy tlenek rtęci z dodatkiem białkanu garbnikowego w stosunku 1: 2. Kapsułka zawiera 5 cgr. rtęci. Doświadczenia na 41 chorych na kiłę w klinice wrocławskiej przemawiają na korzyść mergalu. Działa on niewątpliwie korzystnie na zmiany kiłowe, nie wywołuje dolegliwości. Jako jedyny środek rtęciowy podawany wewnętrznie, ułatwia pożądane u chorych na kiłę leczenie nawrotami, przewlekłe, co przy innych przetworach sprawia niemałe trudności. Wessanie szybkie i wydzielanie łatwe tego środka tłómaczy, dlaczego go tygodniami bez szkody podawać można. *L. H.*

Bismuthum bitannicum. (Dr Max Pickardt w Berlinie. »Mediz. Klinik« 1907, Nr 33). Z pośród środków przeciwbiegunkowych należy wyróżnić związki garbnika i bizmutu. Oddawna znane już przetwory garbnikowe niezupełnie odpowiadają swemu zadaniu, a przytem są drogie (tanningen, tannokol, tannoform i tannalbin). Pomiędzy przetworami bizmutowymi wyróżnia autor bismutozę, ta jednak z powodu znacznej ceny do użytku codziennego się nie nadaje. Natomiast poleca autor *bismuthum bitannicum*. Odszczepienie się tanniny następuje stopniowo i nietylko w górnych częściach kiszek. Długotrwałe spostrzeżenia dowiodły, że biegunka powoli ustaje (nie tak nagle, jak przy makowcu). Dawka jednorazowa 0,3—0,6 gr., całodzienna 3—5 razy większa. Zapisuje się *ad scatulam* albo w proszkach po 10 gr. Dzięki swej taniości (12 do 15 razy tańszy od bismutozy), nadaje się ten środek do szerokiego zastosowania.

Extr. chinae Nanning (Dr R. Thomalla, »Therapeut. Monatsh.« Nov., 1897) jest jednym z najskuteczniejszych leków przeciwko niestrawności. W przetworze tym ilość alkaloidów jest prawie stała i wynosi 5 prc.; wszystkie czynne części składowe kory chininowej czerwonej znajdują się w nim w rozczynie; nieczynne i niepożyteczne substancye zostają usunięte; kwas garbnikowo-chinowy, znajdujący się w korze, nie jest zamieniony na chinę czerwoną, ale znajduje się w postaci rozpuszczonej. T. stosował przetwór Nanninga przy niestrawności i błednicy, kiedy najczęściej nieżyt żołądka burzy całą skuteczność leczenia. Po 15—20 kroplach przez 2 co 3 dni mijał wstręt do jedzenia, a powoli niestrawność dała się usunąć. U pewnej chorej ustąpiło po wyciągu Nanninga bolesne miesiączkowanie, a powróciło po odstawieniu, na dowód rzeczywistego działania leku. Dobre wyniki stwierdził autor dalej przy zołzach, niestrawności nerwowej i ostrym nieżycie żołądka na tle alkoholizmu, jakoteż przy upośledzonem trawieniu u gorączkujących i po długotrwałych schorzeniach. *Ng.*

Rok XLVI. Kraków, dnia 14. grudnia 1907. Nr 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Przyczynek do znajomości i etyologii wrzekomych przepuklin brzusznych bocznych.

Podał

Prof. Dr Roman Barącz we Lwowie.

(Dokończenie).

Obok tych 8, na pewne stwierdzonych przypadków przepukliny bocznej brzusznej rzekomej po przebytem porażeniu rdzeniowem, w których daje się stwierdzić równocześnie wiotkie porażenie odpowiedniej kończyny dolnej, jest porażenie rdzeniowe prawdopodobnie źródłem i innych rzekomych przepuklin brzusznych, w których nie ma wybitnych pozostałości tej choroby. Tu należałoby zaliczyć te przypadki, w których niedokładne wywiady, brak dokładnego spostrzegania, zaniechanie badania prądem elektrycznym są winą tego, że prawdziwej przyczyny choroby nie wykryto. Tutaj należą z największem prawdopodobieństwem wyżej przytoczone przypadki Borchardta, de Quervaina, jakoteż jeden z moich[21]) dawniejszych przypadków, spostrzegany jeszcze w r. 1891, w którym przypuszczałem wrodzony częściowy brak bocznych mięśni brzusznych. Niech mi będzie wolno przypadek ten tutaj przytoczyć.

[21]) L. c.



Fig. 5.

B. T., $2^3/_4$-letnia córka handlarza ze Lwowa, zgłosiła się dnia 17. I. 1891 do polikliniki z powodu obrzęku w bocznej prawej okolicy brzucha. Guz ten zauważyła matka w 10. miesiącu życia dziecka. W tym samym czasie miało dziecko cierpieć na ciężki nieżyt oskrzelowy i uporczywe zaparcie stolca, zaś przed 4. tygodniami wrzekomo na zapalenie płuc. Obrzęk powiększał się zwolna, lecz stale. Badanie stwierdzało: dziewczynka bardzo wątła i niedokrwista. Okolicę brzuszną boczną prawą między łukiem żebrowym, a grzebieniem kości biodrowej zajmuje guz wielkości jaja strusiego, okrągło owalny, półkulisto wypuklający się nad powłoki brzuszne, a sięgający blizko pępka. Największa jego wypukłość znajduje się w linii pachowej środkowej lewej. Jest on usadowiony ukośnie na powłokach brzusznych, oś długa obrzęku przebiega od tyłu (przyśrodkowo) i góry ku przodowi (bocznie) i ku dołowi. Gdy dziecko leży, wymiary obrzęku są następujące: długość 14 cm, szerokość około 11 cm. Guz ten powiększa się we wszystkich wymiarach podczas kaszlu, krzyku, jakoteż podnoszenia dziecka pod pachy; długość obrzęku



Fig. 6.

wynosi wtedy 16 cm., szerokość 13 cm (por. ryc. 5 i 6). Guz ten daje się odprowadzić do jamy brzusznej przy użyciu pewnej siły obu rąk i przy pomocy palców, przyczem palcem można wymacać w tylnej linii pachowej tuż poniżej ostatniego żebra okrągły otwór, przenikający całą grubość ściany brzucha. Przy odprowadzaniu guza daje się zauważyć wyraźne kruczenie. W otwór ten dają się wprowadzić łatwo 4 palce razem złożone, a po usunięciu palców występuje guz ponownie. Przy dokładnem obmacaniu otworu spostrzegłem, że brzeg jego tylny i górny jest twardszy i bardziej napięty, niż przedni i dolny, górny brzeg tworzy bocznie dolna granica ostatniego żebra, przyśrodkowy twardy mięsień, przebiegający z góry — bocznie ku dołowi — przyśrodkowo (pęczki wewnętrznego skośnego mięśnia brzucha? lub tylnego dolnego mięśnia zębatego?). Tylny przyśrodkowy brzeg

otworu tworzy dobrze rozwinięty mięsień prostujący grzbiet (*erector trunci*). Przednia i dolna granica przechodzi w wiotkie, bardzo ścieńczałe i słabo rozwinięte mięśnie brzuszne i nie daje się dokładnie oznaczyć. Przez wspomniany otwór nie można dotrzeć palcem do grzebienia kości biodrowej, oddziela go bowiem od otworu dość wysoka warstwa wiotkiej tkanki mięśniowej. Po wprowadzeniu palców do otworu i przy skombinowanem badaniu (przy równoczesnem uciśnięciu powłok brzusznych drugiej strony ciała) również nie daje się wymacać w dnie otworu żaden narząd wewnętrzny. Powłoki brzuszne nad obrzękiem są bardzo wiotkie i prawdopodobnie tworzy je tylko skóra. Odgłos opukowy nad obrzękiem jest wszędzie jawny, bębenkowy. Wyrostki kolczyste VIII. i IX. kręgu piersiowego tworzą garb (tylny) pod kątem rozwartym; do wytworzenia garbu przyczynia się przedewszystkiem IX krąg piersiowy. Mięśnie grzbietu i brzuszne są po stronie lewej prawidłowo rozwinięte. Przepukliny innego rodzaju lub innych zniekształtnień nie można u dziecka zauważyć. W narządach wewnętrznych nie znaleziono nieprawidłowości.

Rozpoznano przepuklinę brzuszną boczną z powodu wrodzonego braku mięśni brzusznych. Od zamierzonej operacyi doszczętnej (odświeżenie i zeszycie poszczególnych warstw brakujących brzegów mięśniowych) musiałem odstąpić z powodu osłabienia dziecka. Leczenie polegało na sporządzeniu odpowiedniej poduszeczki (peloty), którą zapomocą przylepca umocowywano. Dziecko to mogłem niestety obserwować tylko przez 2 miesiące; przepuklina nie zmniejszała się. Dziecko zmarło w pół roku później na zapalenie płuc.

Ponieważ w tym przypadku chodziło o przepuklinę wrzekomą, która najczęściej bywa następstwem przebytego ostrego zapalenia przednich rogów rdzenia, ponieważ dziecko w 4. tygodniu przed pojawieniem się wypuklenia przebyło chorobę ostrą, gorączkową (według twierdzenia matki zapalenie płuc?), jest rzeczą prawdopodobną, że wtedy nie chodziło o zapalenie płuc, tylko o ostre zapalenie przednich rogów rdzenia albo, że dziecko przebyło tę ostatnią chorobę wśród mniej wybitnych objawów, które można było przeoczyć.

Na podstawie powyższych spostrzeżeń własnych i obcych doszedłem do następujących wniosków:

1) Przepukliny brzuszne boczne należy wyodrębnić od innych przepuklin; należy za nie uważać wszystkie przepukliny występujące w zakresie mięśni brzusznych bocznych, a rozmieszczone z jednej strony pomiędzy łukiem żebrowym i grzebieniem kości biodrowej, z drugiej strony zaś pomiędzy linią pachową przednią a tylną.

2) Przepukliny te zawdzięczać mogą swoje powstanie albo *a)* wrodzonym brakom lub też ubytkom mięśni ukośnych (bocznych) brzucha, albo *b)*, (co bywa rzeczą częstszą), częściowemu porażeniu tych mięśni w następstwie przebytego rdzeniowego porażenia dziecięcego.

3) Przepukliny te nie są we właściwem znaczeniu prawdziwemi przepuklinami, tylko t. zw. przepuklinami wrzekomemi *(hernia spuria, pseudohernia Borchardt)*. Są one zazwyczaj szeroko usadowione, pierścień przepuklinowy nie bywa ze wszystkich stron odgraniczony, tylko przednia lub tylna granica bywa zazwyczaj więcej uwydatniona.

4) Przebyte rdzeniowe porażenie dziecięce (zapalenie szarej istoty przednich rogów rdzenia) z następowem porażeniem i zanikiem większego lub mniejszego zakresu bocznych mięśni brzusznych bywa najczęstszą, jeżeli nie wyłączną przyczyną powstawania przepuklin wrzekomych. Zależnie od rozległości sprawy chorobowej w istocie szarej rogów przednich rdzenia, towarzyszy porażeniu mięśni brzusznych równocześnie porażenie kończyny dolnej po tej samej stronie, albo też porażenie obu kończyn dolnych i mięśni grzbietu po tej samej stronie. Jeżeli obie kończyny biorą udział w porażeniu, wtedy zazwyczaj kończyna dolna, odpowiadająca stronie porażenia lub niedowładu mięśni brzusznych, jest bardziej niedowładna lub zupełnie porażona (zupełny odczyn zwyrodnienia), natomiast druga bywa zazwyczaj tylko niedowładna (częściowy odczyn zwyrodnienia). Jest też rzeczą prawdopodobną, jednak dotychczas z pewnością nie stwierdzoną, że po przebyciu zapalenia przednich rogów rdzenia dzięki szczególnemu usadowieniu się sprawy zapalnej, tylko mięśnie brzuszne bywają dotknięte porażeniem (przypadki Borchardta, de Quervaina i mój na końcu przytoczony przypadek).

5) Jest rzeczą stwierdzoną, że porażenie mięśni brzusznych bocznych z początku rozleglejsze, po upływie kilku lat więcej się ogranicza.

6) Mięśnie proste brzucha są czasem także równocześnie dotknięte porażeniem (niedowładem); ponieważ jednak stawiają większy opór tłoczni brzusznej, w zakresie ich nie powstają przepukliny.

6) Przepukliny wrzekome po przebyciu porażenia rdzeniowego u dzieci mogą wystąpić także obustronnie, jednak takie obustronne przepukliny występują rzadziej.

7) W każdym przypadku przepukliny bocznej brzusznej wrzekomej powinniśmy zwracać baczniejszą uwagę na przebyte ostre choroby dziecka i w każdym przypadku nie należy zaniechać badania neurologicznego (prądem elektrycznym). Tylko w ten sposób możemy uzupełnić wiadomości nasze o przepuklinach brzusznych bocznych.

8) Z wyżej przytoczonych wywodów okazuje się, że leczenie chirurgiczne tych przepuklin jest nadzwyczaj trudne, prawie niewykonalne. Nie możemy bowiem tak znacznych ubytków lub braków mięśniowych pokrywać płatami, wziętymi ze sąsiednich mięśni, tem bardziej, że sąsiednie mięśnie bywają zazwyczaj także porażone. Tylko wobec bardzo ograniczonych wrodzonych ubytków mięśniowych, znajdujących się w górnych bocznych częściach mięśni, możnaby się pokusić o wykonanie na próbę plastyki z mięśnia prostującego grzbiet podług L. Rydygiera[22]) lub Capurro[23]). Zresztą musimy się w podobnych przypadkach ograniczać do sporządzenia odpowiednio zbudowanej poduszeczki (peloty), lub też do opaski brzusznej i leczenia towarzyszących porażeń kończyny dolnej czyto przez wywoływanie stężeń *(arthrodesis)* w odpowiednich stawach przy zupełnych porażeniach, czy też przez wszczepianie ścięgien mięśni zdrowych w ścięgna mięśni porażonych przy niedowładach.

Po napisaniu powyższej pracy podał Dr T. Ostrowski z kliniki Radcy Dworu Prof. Rydygiera na X. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie nowy przypadek przepukliny brzusznej bocznej, jako niewątpliwe następstwo przebytego porażenia dziecięcego. Mamy zatem dziewięć na pewne znanych przypadków przepuklin brzusznych bocznych w następstwie przebytego porażenia dziecięcego.

---

[22]) Comptes rendus du XII Congrès international de médicine. Moskwa 1897, tom V, sekcya IX: Chirurgia, str 587 i Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Tom 47, zeszyt IV, 1898.

[23]) Archiv für klinische Chirurgie, 1900, tom 61, str. 26 i nast.

Dopełnienie do artykułu:

Z kazuistyki ciał obcych w odbycie i odbytnicy.

Podał

Prof. Dr L. Wachholz.

Już w czasie druku tego przyczynku doniósł mi Dr Justyn Karliński o dwóch przez siebie spostrzeganych przypadkach ciał obcych w odbytnicy, za co mu na tem miejscu serdecznie dziękuję. Pierwszy z tych przypadków tyczył się pewnego urzędnika, który rzekomo celem wyleczenia się z biegunki wsunął sobie do odbytnicy ćwierć zwykłej cegły. Cegłę tę usunął mu przy pomocy nacięć zwieracza odbytu w krakowskiej klinice chirurgicznej Dr H. Schramm, ówczesny I. asystent, przy asystencyi Dra R. Trzebickyego i Dra J. Karlińskiego. Dr Schramm wyrazić miał przypuszczenie, że chory musi być pederastą. Drugi przypadek miał Dr Karliński sposobność badać w Konjicy w Hercegowinie. Zgłosił się wówczas do niego 40-letni silny mężczyzna, który nie mógł stać prosto i żalił się na silne bole w odbytnicy. Podał on, że gdy różne stosowane przezeń leki celem spędzenia tasiemca nie odniosły skutku, usłuchał porady jednej znachorki. Stosownie do jej rady wprowadził sobie do odbytnicy flaszkę szklanną o pojemności $^1/_8$ litra, do której wlał nieco ogrzanej przedtem mieszaniny miodu, oliwy i okowity. Wedle słów znachorki miał zapach tej mieszaniny przynęcić do flaszki tasiemca. Tymczasem przez nieostrożność wsunął sobie chory flaszkę za głęboko tak, iż ugrzęzła ona w odbytnicy, a palec badający natrafiał na jej dno 10 cm. powyżej zwieracza odbytu. Chory ten nie zgodził się na krwawy zabieg i zmarł w 5 dni po uwięznięciu flaszki. Przy sekcyi znaleziono flaszkę już w pętli esowatej, stwierdzono zgorzel uciskową ściany jelita i zapalenie otrzewnej.

W końcu muszę tu dodać, że w starożytnych Atenach istniała kara na cudzołożników, która na tem polegała, iż wyrywano cudzołózcy włosy około odbytu, następnie nacierano odbyt ciepłym popiołem, w końcu wbijano do odbytnicy rzodkiew. Wykonanie całego tego zabiegu określa słowo: *ῥαφανιδόω* [1]). Czytamy o tem w komedyi Arystofanesa »Chmury«, w której rzecznik prawy w te się odzywa słowa:

»Lecz gdy w rzyć mu wbiją rzodkiew
i popiołem natrą wrzącym,
Jakiż fortel najdzie wtedy,
by nie zostać wielką rurą? [2])

Ten sposób kary na cudzołozców znany był podobno i u ludu naszego. Gorącą rzepę miano cudzołozcy wtłaczać do odbytnicy, a od zabiegu tego ma się wywodzić pochodzenie słowa »wrzepić«.

---

[1]) Pape: Griechisch-deutsches Handwörterbuch.

[2]) Chmury. Przekład Ed. Cięglewicza. Kraków 1907.

Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Resekcya kątnicy.

Zarys techniki operacyjnej.

Podał

Dr Z. Radliński.

(Ciąg dalszy)

Teraz przystępujemy do odcięcia jelita zmienionego. Delikatnem przesuwaniem między palcami opróżniamy z treści ten odcinek jelita, który mamy przeciąć i zaciskamy tak od strony części przeznaczonej do usunięcia, jak i od strony pozostającej mocnemi kleszczami, założonemi obok siebie (zwykłemi mocnemi kleszczami-klampami zastępuje prof. Kader enterotryby wszelkiego typu).

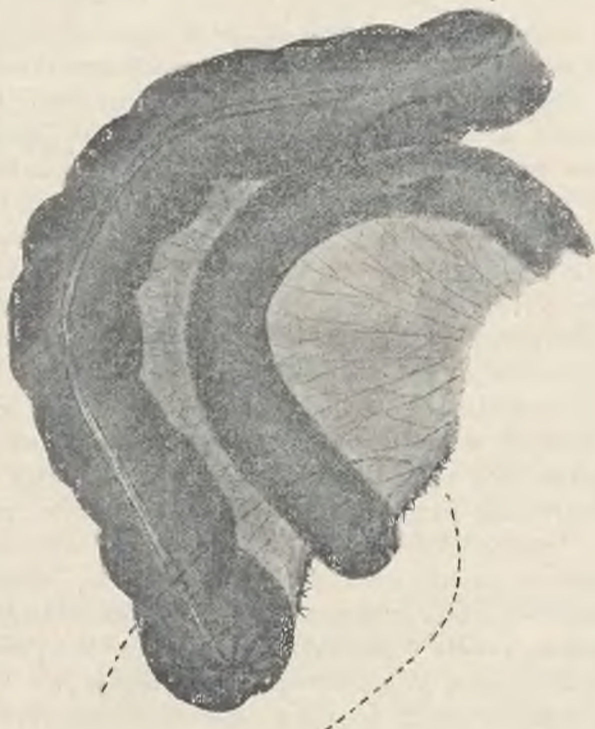
Otrzymujemy przez to na jelicie poprzeczną bruzdę, szerokości 4—6 mlm., w obrębie której jelito zamienione jest w cienką, nie mającą światła warstewkę, składającą się z błony surowiczej i podśluzowej. Śluzówka i błona mięsna ulegają zgnieceniu i cofają się poza obręb działania kleszczy miażdżących. Cienkim katgutem przewiązujemy bruzdę wytworzoną enterotrybem w części jej, zwróconej ku jelitu pozostającemu. Od miejsca podwiązki w kierunku jelita usuwanego powstaje wązka szyjka z drugiej sfałdowanej bruzdy zmiażdżonej; szyjkę tę przecinamy jednem cięciem nożyczek lub żegadłem Pacquelina, przyczem światło jelita zaciśnięte dalej odśrodkowo kleszczykami, nie ulega otwarciu. Podwiązkę katgutową, leżącą na zmiażdżonym, powstałym z bruzdy kikucie, wgłabiamy zapomocą szwu kapciuchowego do światła jelita, poczem idzie jeszcze jeden szew kapciuchowy, oba z jedwabiu. Mamy na ślepo zamknięte, bez otworzenia światła i zanieczyszczenia otoczenia wytworzone zakończenie jelita. W sposób opisany postępuje prof. Kader z obu pętlami, odprowadzającą i doprowadzającą. Przecięcia jelit przy zastosowaniu zmiażdżenia dokonuje się na zewnątrz jamy brzusznej, na jelitach uruchomionych i wyłonionych przed ranę brzuszną. Ten akt operacyi, dokonywany wygodnie na udostępnionem jelicie odbywa się bardzo szybko. Wszelkie zakażenie jamy otrzewnej treścią jelit jest wyłączone. Zabieg operacyjny jest skończony.

Teraz usuwa się kompresy z gazy, któremi wyosobniono pole operacyjne od wolnej jamy brzusznej i ogląda się szczegółowo stan szwów jelitowych, podwiązek, usuwa przypadkowe zanieczyszczenia przez krew i t. p. Odprowadza się do jamy brzusznej zeszyte jelita, bacząc na to, by nie uległy one przytem żadnemu zagięciu lub uciskowi. Kikuty jelit, zaszyte na ślepo, otacza Prof. Kader po odprowadzeniu gazą antyseptyczną na przestrzeni 3—4 ctm. ze wszystkich stron. Końce tej gazy wyprowadza się na zewnątrz przez część rany, położoną najniżej, t. j. najbardziej ku tyłowi, i tę część rany pozostawia się otworem, a resztę rany brzusznej zaszywa się. Pozostawiony otwór powinien być dość duży tak, aby wydzielina rany mogła łatwo odpływać. Ten sposób postępowania Prof. Kadera zapewnia 1) odgraniczenie kikutów jelit od wolnej jamy brzusznej przez szybko dookoła powstające zrosty i zabezpieczenie jej tą drogą od skutków możliwego puszczenia szwu na kikucie, 2) drenowanie całości rany operacyjnej.

Zasadniczo stosowane antyperystaltyczne (przeciwro-

baczkowe) ustawienie jelit do enteroanastomozy umożliwia ułożenie kikutów obok siebie i wyłączenie ich przez wspólną tamponadę (rys. 4 — linia kropkowana oznacza miejsce łącznej tamponady kikutów). Enteroanastomozę tamponuje się tylko wyjątkowo, zwykle puszcza się ją wolno do jamy brzusznej.

W ostatnich czasach zalecano zakładanie enteroanastomozy bez lub prawie bez otwarcia światła jelit przed zupełnem zeszyciem okolnem (Werelius, Flint, Rostowcew). Dążenie to jest teoretycznie usprawiedliwione, wątpić jednak trzeba, aby w życiu praktycznem zyskało szersze zastosowanie, ponieważ sposoby te są zawiłe i zniewalają do robienia otworu w jelitach bez nadzoru wzroku.



Rys 4.

Nie będę tu się wdawał w bliższą ocenę tych sposobów, zaznaczę tylko, że największemu niebezpieczeństwu omawianego tu zespolenia jelita cienkiego z grubem, mianowicie następczemu nietrzymaniu szwów, te sposoby nie zapobiegają. To samo, a nawet w większym jeszcze stopniu, dotyczy wszelkich odmian guzika Murphyego. Znieczulenie lędźwiowe zapewne prawie zawsze pozwoli nam tu nie liczyć się z kilku minutami różnicy, potrzebnemi do szwu, natomiast uwzględnić prawie powszechnie uznane przeciwwskazania do użycia guzika przy połączeniu z jelitem grubem. Mimochodem wspomnę o ciekawym szczególe co do użycia guzika Murphyego. Chaput stwierdził, że dwa większe numery guzika czasem są za duże, by przejść przez fizyologicznie węższe miejsca jelit (przejście jelita czczego w biodrowe). Potwierdza to przypadek Körtego, który spostrzegał niedrożność jelit z zatkania kamieniem żółciowym, kształtu i rozmiarów guzika.

Opisany sposób postępowania z jelitami przy resekcyi kątnicy ma za sobą prostotę, łatwość i szybkość wykonania, pewność szwu i odpowiadanie wymogom czystości. Niektóre z zasad wyłożonych spotykamy tu i ówdzie u nowszych autorów (Bakes, Hartman, Karczewski).

Najdawniejszy sposób zeszycia osiowego końców jelit przeciętych, dokonywany nawet na zewnątrz jamy brzusznej przedstawia poważne trudności zarówno co do szwu samego, jak szczególnie co do postępowania ściśle bezgnilnego. Cóż dopiero, gdy wypadało stosować go w głębi jamy brzusznej na jelicie, którego nie umiano uruchomić, które częścią swego obwodu przylegało do tylnej ściany brzusznej. Jeżeli do tego dodamy konieczność przystosowania do siebie jelit o różnej średnicy (biodrowe i grube), i wynikające stąd sposoby wyrównania tej różnicy (skośne cięcie jelita cieńszego, wytwarzanie narożników jedno- lub dwustronnych na grubszem), które wpływać musiały ujemnie na pewność szwu, to chyba chętnie zaliczymy ten sposób do przeszłości. Prawie to samo da się powiedzieć o metodzie Billroth-Salzera, polegającej na zaszyciu na ślepo jelita grubego i bocznem wszczepieniu cienkiego do grubego (end to side) o jakie 5 ctm. od końca z wytworzeniem jakby nowego jelita ślepego. Tu i owdzie jeszcze stosowany (Bogdanik), sposób ten jest również technicznie trudniejszy i mniej bezgnilny.

Pod względem postępowania z raną brzuszną do ostatnich czasów pomiędzy poszczególnymi chirurgami istnieją różnice; przyznać należy, że z zasadą zupełnego zeszywania rany brzusznej spotykamy się coraz rzadziej i to z uwzględnieniem warunków każdego przypadku. Prof. Kader jest zdania, że jest to jedno z tych zagadnień w chirurgii, gdzie należy postawić stałą zasadę, a mianowicie jamy brzusznej po resekcyi kątnicy nigdy zupełnie nie zamykać pomimo, że istnieje cały szereg przypadków, pomyślnie i ponętnie szybko uleczonych po zaszyciu zupełnem.

Przeciwko zasadzie zupełnego zaszywania rany po resekcyi kątnicy, zdaje się, jeden z pierwszych wystąpił Körte i doradza otwarte lub częściowo otwarte leczenie rany. Ten sam pogląd spotykamy później w pracach Schloffera, Hartmanna i innych; natomiast Bakes powraca do zeszywania zupełnego, pozostawiając leczenie otwarte dla przypadków szczególnie niepomyślnych i nie dających się gładko operować, z powstaniem dużych krwawiących obnażeń mięśniowych i t. p. To samo stanowisko zajmuje Karczewski. A przecież same warunki spraw chorobowych kątnicy, dla których podejmuje się resekcyę i jakość zabiegu, nie pozwalają uważać pola operacyjnego po wyosobnieniu guza za niezakażone nawet wtedy, jeżeli przy wyosobnianiu nie nastąpiło widoczne dla oka pęknięcie jakiej przetoki lub jamy rozpadowej z wylaniem się jej treści. Zakażona, ropna, kałowa lub rozpadowa treść bardzo łatwo może niepostrzeżenie wystąpić na powierzchnię guza przy zabiegach na nim dokonywanych, szczególnie w tych miejscach, gdzie naruszamy ciągłość jego powierzchni, a więc od tyłu. Następnie niemożliwość mechanicznego opanowania krwawienia z szerokich powierzchni, od których podstawę guza oddzieliliśmy; dalej nieunikniona niezupełna pewność szwu jelita grubego, wreszcie łatwość, z jaką rozwinąć się może zakażenie w części rany, pozbawionej otrzewnej, — wszystkie te okoliczności zmuszają nas uważać zamknięcie zupełne ściany brzusznej po resekcyi kątnicy za stanowczo zbyt ryzykowne. Być może, że tamponowanie rany w kierunku szwów jelitowych czasem wywoła powstanie przetoki kałowej, które bez tamponu możeby nie powstało, jednak każdy chirurg będzie chyba wolał

nawet szereg przypadków z przetoką kałową, wyprowadzoną przez tampon na zewnątrz, niż jeden stracony z powodu puszczenia szwu do wolnej jamy otrzewnej. Przetoki kałowe, w ten sposób powstałe, o ile naturalnie nie zależą od pozostawienia zmienionych sprawą chorobową części w jamie brzusznej, leżąc daleko od powierzchni skóry, mają zresztą wybitną skłonność do szybkiego i zupełnego wygojenia.

Na korzyść niezaszywania zupełnego rany brzusznej, a pozostawiania jej częściowo otworem i tamponowania podług zasady wyżej opisanej przemawia przypadek raka kątnicy u mężczyzny w średnim wieku, spostrzegany w klinice krakowskiej i operowany przez prof. Kadera. Operacya, dokonana zupełnie typowo, wypadła bardzo łatwo, gładko i szybko, unaczynienie kikutów wyglądało zupełnie dobrze. Tu odstąpiono od zasady i ranę brzuszną zaszyto zupełnie. Chory po paru dniach zmarł i badanie pośmiertne stwierdziło zakażenie otrzewnej, powstałe z nietrzymania szwu na kikucie jelita grubego i wtórne zakażenie szwu enteroanastomozy. Tamponowanie rany w tym przypadku, jako środek wyłączający teren operacyjny od reszty jamy brzusznej, byłoby zapobiegło zejściu niepomyślnemu.

Nadmienić należy, że tamponów z gazy nie należy wprowadzać zbyt dużo, ani zbyt głęboko, gdyż mogą one wywoływać zbyt rozległe zrosty w miejscach niepożądanych i nawet upośledzać drożność jelit. Nie należy również tamponów przy zaszywaniu częściowem rany przy ich wyjściu zaciskać szwem, ponieważ przestają one wtedy być skuteczne w znaczeniu sączkowania i powodują znaczne bole pooperacyjne.

Nie licząc zmiany warstw powierzchownych opatrunku, które należy robić w miarę przesiąkania wydzieliną rany, zaczynamy od 7—9. dnia pociągać głębokie pasy gazy bez użycia siły; w ten sposób stopniowo do dnia 12—14. wszystkie pasy gazy, wprowadzone przy zabiegu, usuwamy. Dalsze tamponowanie już się robi płytko. Wypełnianie się rany przez wytworzenie zlepów między jelitami i podsuwanie się ziarnkujących powierzchni jelit ku poziomowi rany postępuje szybko. Zwykle w 6 tygodni rana jest zagojona. Wstawać można pozwolić przeważnie już w 3-cim tygodniu; ludzi starszych sadza się już w parę dni po zabiegu. Po zagojeniu się rany chorzy powinni dla zapobieżenia powstaniu przepukliny w bliźnie nosić pas brzuszny. W poszczególnych przypadkach wskazana być może w następstwie operacya doszczętna przepukliny brzusznej.

Sposoby łagodzące (paliatywne).

O ile po otworzeniu jamy brzusznej i zbadaniu bezpośredniem guza kątnicy, uznamy za niemożliwe jego doszczętne usunięcie, możemy ulżyć choremu zapomocą któregokolwiek z zabiegów łagodzących (paliatywnych), dążących do wytworzenia drożności jelit z wyminięciem zajętej przez guz kątnicy. W ten sposób usuwamy objawy zwężenia i wyłączamy zmieniony odcinek z pod wpływu krążenia kału. Do zabiegów tych zaliczamy różne typy t. zw. wyłączenia jelit (*exclusio*, Ausschaltung), zespolenie okolne (*enteroanastomosis* - Maisonneuve), wreszcie odbyt sztuczny. Przed opisem samych sposobów zaznaczę, czego po zabiegach tych możemy się spodziewać. Wypadnie tu omówić przypadki gruźlicy miejscowej i raka. Do innych spraw, jak wiadomo znacznie rzadszych, albo da się zastosować to, co powiem o raku (mięsak, promienica), albo też są to sprawy, które zabiegów łagodzących wymagać wogóle nie będą, sprawy z natury swej nie rozrastające się i nie przekraczające pewnych granic; gdyby jednak w poszczególnym wyjątkowym wypadku zabieg doszczętny miał być zbyt ciężki, to możemy nawet zupełnego wyleczenia wyczekiwać od zabiegu łagodzącego: mówię o przewlekłym nacieku zapalnym.

Wracam do gruźlicy. Okazuje się, że wyłączenie odcinka gruźliczego z pod wpływu krążenia kału i związane z tem zupełne zniesienie jego ruchów może wywrzeć wpływ bardzo dodatni na chorobę i może doprowadzić do polepszenia graniczącego nawet z zupełnem wyleczeniem, jak o tem wspomniałem poprzednio. Na podstawie swych cyfr Conrath jest nawet gotów uważać połączenie sztuczne jelit za zabieg najodpowiedniejszy przy gruźlicy kątnicy. Również Machard zaznacza, że zabieg ten daje czasem zupełnie dobre wyniki. Stojąc niewzruszenie na stanowisku, że gruźlica kątnicy stanowi bezwzględne wskazanie do resekcyi, mamy prawo w tych przypadkach, w których resekcya jest niewykonalna, po zabiegu łagodzącym spodziewać się głębiej sięgającego polepszenia, a nietylko ulgi objawowej. (C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Witte. **O nowej metodzie ilościowego oznaczania pepsyny według Jacobyego i Solmsa.** (*Berl. klin. Wochs.* 1907, Nr 42). Solms podał nową metodę ilościowego oznaczania pepsyny w soku żołądkowym, opierającą się na spostrzeżeniu Jacobyego, że fermenty trawienne wyjaśniają rozczyn rycyny[1]) w kwasie solnym. Już oddawna starano się znaleźć metodę ilościowego oznaczania pepsyny. Badania lat ostatnich dowiodły, że w przeważnej ilości przypadków ilość HCl schodzi się z działaniem fermentów, atoli nie ma ścisłej równoległości, i że z zachowania się enzymów można wysnuć ważne wnioski pod względem patologicznym i leczniczym. Szczególnie Boas podniósł różniczkowo-rozpoznawcze znaczenie enzymów; brak ich lub zmniejszenie się ich ilości w śniadaniu próbnem z wielkiem prawdopodobieństwem przemawia za zmianą organiczną w błonie śluzowej żołądka. Bezwzględne ilościowe oznaczenie pepsyny w soku żołądkowym jest przy dotychczasowych wiadomościach o fermentach niemożliwe. Musimy się zadowolnić oznaczeniem względnej ilości pepsyny. Dotychczasowe jednak metody ilościowego oznaczenia pepsyny były albo zbyt zawikłane, albo niedość dokładne, nie wyłączając powszechnie używanych i stosunkowo jeszcze najlepszych metod Hammerschlaga i Metta.

Metoda Solmsa jest następująca: 0·5 gr. rycyny[1]) rozpuszcza się w 50 $ctm.^3$ 5 prc. rozczynu NaCl. Przesączywszy, nalewa się po 2 $ctm.^3$ tego rozczynu do rurek szklanych numerowanych, a następnie po 0·5 ctm. $^1/_{10}$ normalnego rozczynu HCl, przyczem płyn z opalizującego staje się mleczno-biały. Następnie do tych rurek dodaje się 1 $ctm.^3$ rozcieńczonego w rozmaitym stopniu soku żołądkowego, wydobytego po próbnem śniadaniu i przesączonego. Do pierwszej rurki nalewamy 0·1 ctm. rozcieńczonego soku 1: 100 + 0·9 $ctm.^3$ wody przekr., do drugiej 0·2 $ctm.^5$ soku 1: 100 + 0·8 $ctm.^3$ wody, do trzeciej 0·5 $ctm.^3$ soku 1: 100 + 0·5 $ctm.^3$ wody, do czwartej 1 $ctm.^3$ soku 1: 100 bez dodatku wody. Zatem w pierwszej rurce jest rozcieńczenie 1: 1000, w drugiej 1: 500, w trzeciej 1: 200, w czwartej

---

[1]) Rycyna jestto substancya, znajdująca się w ręczniku [*ricinus communis* (*euphorbiaceae*)]. Nasiona obok olejku ręcznikowego zawierają substancye białkowate i kilka enzymów. Robert zalicza rycynę do rzędu albumoz i zaznacza jej podobieństwo z enzymami. Sprowadzić ją można z fabryki »Vereinigte chemische Werke«. Charlottenburg (*Przypisek sprawozdawcy*).

1: 100. Wreszcie do rurki kontrolnej, która zawiera 2 ctm.³ roztworu rycyny + 0·5 ctm.³ $^1/_{10}$ normalnego HCl, nalewamy 1 ctm.³ samej wody przekroplonej. Rurki te wstawiamy do cieplarki (37°—38° C.) na 3 godziny, poczem sprawdzamy, przy jakiem rozcieńczeniu mieszanina stała się zupełnie przeźroczysta. Dla dogodności Solms przyjmuje, że 1 ctm.³ takiego soku żołądkowego zawiera 100 jednostek pepsynowych (Pepsineinheiten), którego 1 ctm.³ w 100-krotnem rozcieńczeniu po 3 godzinach w cieplarce wyjaśnia roztwór rycyny. Według badań Solmsa prawidłowe soki żołądkowe o ogólnej kwaśności 40—60 zawierają w 1 ctm.³ 100 jednostek pepsynowych.

Na podstawie badania 57 przypadków doszedł Solms do następujących wniosków: I) W sokach prawidłowo kwaśnych o ogólnej kwaśności 40—60 ilość pepsyny w 1 ctm.³ soku żołądkowego waha się między 100—200 jednostek pepsynowych. II) Ilość pepsyny w sokach nazwanych przez Solmsa prawie prawidłowymi o ogólnej kwaśności 30—40 lub 60—70 wynosi 100 do 200 jed. peps. w 1 ctm.³. III) W przypadkach, w których było brak HCl, o ogólnej kwaśności poniżej 30, była również zawartość pepsyny bardzo mała, między 10 a 20 jed. peps., a czasem nie dochodziła nawet do 10 jedn. pepsyny. IV) W sokach o nadmiernej kwaśności powyżej 70 nie stwierdza się mimo zwiększenia kwaśności więcej nad 200 jed. peps. Witte wypróbówał metodę Solmsa w 50 przypadkach i stwierdzá, że metoda to bardzo prosta, że nawet z bardzo małą ilością soku można otrzymać wyniki pewne i stałe. Do badania soków prawidłowo kwaśnych, oraz o nieznacznie zmniejszonej lub zwiększonej kwaśności radzi W. używać rozcieńczenia soku od 1: 100, a nawet 1: 50 do 1: 1000. Przy sokach o zmniejszonej kwaśności lub wcale niekwaśnych używał W. rozcieńczeń 1: 1, 1: 2, 1: 10. Z doświadczeń W. wynika: 1) że średnia wartość działania pepsyny przy prawidłowej kwaśności wynosi 100—200 jednostek pepsynowych. 2) Nie ma równoległości między kwaśnością soku, a ilością pepsyny. 3) Ze zwiększeniem się kwaśności zwiększa się wprawdzie wogóle działanie pepsyny, atoli nie ma ścisłej równoległości między stopniem kwaśności, a działaniem pepsyny. 4) Soki, zawierające mało HCl, zawierają też mało pepsyny. Zupełny brak pepsyny zauważył W. w przypadku przewlekłego nieżytu żołądka, sądzi jednak, że tu zasadowy odczyn soku zobojętniał mieszankę rycyny z HCl. We wszystkich zaś innych przypadkach, w których wydzielanie się HCl było zniesione, można było wykryć pepsynę, choćby w śladach. Także przy nerwicach znajdował W. nizkie wartości pepsyny. W przypadkach raka żołądka, w których nie było HCl, można było stwierdzić wyraźne ślady działania pepsyny.

Próba Solmsa daje według W. stosunkowo stałe wyniki; tylko w tych przypadkach, w których sok żołądkowy nie daje się zupełnie na czysto odsączyć, mogą być wyniki niepewne, gdyż pozostaje lekka opalescencya, mogąca być źródłem błędów. Porównawcze badania W. z próbą Metta stwierdziły zgodność obu prób, t. j. te soki, które zawierały więcej jednostek pepsynowych, trawią także wyższy słup białka w rurkach Metta. *Dr Sermak.*

Gentzen. **Wydzielanie soku żołądkowego na czczo.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 35, 1907). Dla stwierdzenia zapatrywania Schreibera, że w czczym żołądku znajduje się niewielka ilość soku trawiennego, wprowadzał G. do żołądka pigułki desmoidowe według Sahlego i badał zachowanie się moczu co do błękitu metylenowego i chromogenu. Jak wiadomo, katgutowa otoczka pigułki desmoidowej rozpuszcza się tylko w soku trawiennym żołądka i uwalnia błękit metylenowy, zawarty w pigułce. Na 53 doświadczeń wszystkie były dodatnie. W większości doświadczeń pojawiał się błękit przed upływem 2 godzin. Aby stwierdzić nierozpuszczalność pigułek w jelitach, wykonał G. doświadczenia na 5 królikach, którym wprowadzał pigułki do dwunastnicy, i przekonał się, że pigułki w zasadowej treści jelit są nierozpuszczalne. U ludzi wprowadzał G. pigułkę desmoidową z otoczką keratynową, keratyna bowiem nie rozpuszcza się w soku trawiennym żołądka, a natomiast rozpuszczając się w soku trawiennym jelit, uwalnia dopiero w jelitach pigułkę z zewnętrznej otoczki. W 4 takich doświadczeniach nie stwierdził G. błękitu metylenowego w moczu, a w jednem odnalazł pigułkę pozbawioną otoczki keratynowej w kale. Aby wyłączyć wpływy psychiczne, wprowadzał G. u 6 chorych pigułki przy badaniu krtani bez ich wiedzy; u wszystkich 6 wystąpił błękit metylenowy w moczu po 2 godzinach. Badania G. potwierdzają więc zapatrywanie Schreibera, że nawet czczy żołądek zawiera nieznaczne ilości soku trawiennego.

Dr Skórczewski.

Doc. Schiff. **Mechaniczna pobudliwość w wydzielaniu się soku żołądkowego.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* T. LXI). Doświadczenia autora miały na celu sprawdzić, czy słusznem jest twierdzenie Pawłowa, że własności mechaniczne potraw nie mogą wywołać wydzielania się soku żołądkowego. Wprowadzał on kolejno do żołądka psom (u których założył poprzednio przetokę sposobem Pawłowa) po 24-godzinnym poście: mleko i wodę, bizmut, piasek i proszek szklany. We wszystkich doświadczeniach wzrastało wydzielanie się soku, niekiedy bardzo znacznie, a zatem wspomniane ciała niewątpliwie wzmacniają wydzielanie się soku, powstałe już pod wpływem podanych pokarmów. Następnie badał w podobny sposób żołądek, będący w spoczynku, t. j. wprowadzał suchy piasek lub proszek szklany. I tu wynik był dodatni. Rozpatrzywszy atoli szczegółowo wyniki swych badań i porównawszy je z wynikami doświadczeń Pawłowa, stwierdza S., że nie może jednak dłużej działającemu mechanicznemu podrażnieniu i obciążeniu żołądka przyznać znaczniejszego wpływu na wydzielanie się soku, gdyż w pierwszym rzędzie stoi podrażnienie chemiczne, a dalej być może, że wpływ czynników mechanicznych na wydzielanie soku żołądkowego u różnych zwierząt jest różny, tak jak i stopień pobudliwości błony śluzowej jest nierówny. Sprawa wymaga w każdym razie dalszych badań. *W. Kluger.*

Cytowicz. **Naturalny sok żołądkowy i wyniki stosowania jego u chorych gruźliczych.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 28). Wychodząc z założenia, że u większej ilości gruźliczych istnieje zmniejszenie sprawności wydzielniczej (hyposecretio) żołądka, brak apetytu i t. d., autor stosował w celu podniesienia odżywienia chorych w różnych okresach gruźlicy płuc naturalny sok żołądkowy, wydobywany u psa sposobem Pawłowa.. U psa, operowanego w ten sposób, wydobywał sok 2 razy tygodniowo w ilości około 500 sz. ctm., filtrował przez zwykły szwedzki papier i przechowywał w zimnem miejscu. Chorzy otrzymywali sok 2 razy dziennie po 15,0—30,0 grm. w $^1/_2$ godziny po obiedzie i kolacyi — znosili go bardzo dobrze. Z wyników leczenia autor bardzo zadowolony, gdyż u chorych prędko zjawiał się apetyt, znosili dobrze mięsną dyetę, a waga ich ciała stale się podnosiła. Prędko też znikały męczące nocne poty.

Z. Orłowski (Ptsbg.).

Walko. **Zmiany chorobowe żołądka przy przewlekłem zatruciu ołowiem.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 35). O ile powszechnie są znane jelitowe kolki ołowicze, o tyle ołowicze cierpienia żołądka mało na siebie dotąd zwracały uwagi. Z obszernej statystyki W. wynika jednakże, że są one nietylko częste, ale że nawet wyprzedzają objawy jelitowe. Znamienną ich cechą jest niedomoga wydzielnicza, często zupełny brak wolnego kwasu solnego, a także i niedomoga ruchowa, mająca źródło bądź w osłabieniu warstwy mięsnej, bądź (częściej) w kurczu, zwłaszcza odźwiernika, co wywołuje silny ból i częste wymioty.

Dr M. Godlewski.

Kaufmann. **O skurczach żołądka.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, Nr 36). Nowsze badania fizyologiczne i kliniczne uczą, że czynność części wpustowej żołądka różni się znacznie od czynności odźwiernikowej, tak pod względem wydzielniczym, jak ruchowym; w części wpustowej odbywają się ruchy robaczkowe, które ustają na granicy części odźwiernikowej; część odźwiernikowa kurczy się rytmicznie i daleko silniej; w czasie trawienia część wpustowa i odźwiernikowa, każda dla siebie stanowi osobną całość, tak dalece, że treści ich, różne pod względem chemicznym i fizycznym ze sobą się nie mieszają; do żołądka wprowadzane pokarmy nie układają się w nim bezładnie, ale pokarmy stałe gromadzi część wpustowa i dopiero zamienione na miazgę podaje części odźwiernikowej, natomiast płyny dostają się wzdłuż krzywizny małej wprost z wpustu do części odźwiernikowej. Tak dokładny podział żołądka na części, pod względem czynnościowym bardzo się różniące, powstaje w czasie trawienia wskutek odpowiedniego działania mięśni. Ważny udział bierze w tem warstwa mięśni ukośnych (*fibriae obliquae*). Na preparatach żołądków, będących w skurczu, rysuje się wyraźnie podział mięśni ukośnych na dwa pasma; jedno biegnie poniżej krzywizny małej, do niej równolegle, drugie zniżając się po ścianach części wpustowej ku krzywiźnie dużej, przechodzi w warstwę mięśni okrężnych. Pierwsze, kurcząc się, zbliża ściany żołądka ku sobie wzdłuż swego przebiegu tak, że skutkiem tego powstaje rynienka, której sklepienie tworzy krzywizna mała; początek rynienki u wpustu, a ujście w części odźwiernikowej. Drugie pasmo, kurcząc się, oddziela część wpustową od części odźwiernikowej, a żołądkowi nadaje kształt klepsydry. W części wpustowej i odźwiernikowej odbywa się trawienie pokarmów;

rynienka zaś służy do przeprowadzania do części odźwiernikowej płynów wprost z wpustu, a z części wpustowej miazgi, powstałej w niej z pokarmów stałych. O ile inne ruchy ścian żołądka, bliżej jeszcze niezbadane, wpływają na układanie i przesuwanie się w nim treści, niewiadomo. Niejednolitej czynności ścian żołądka, odpowiada nierównomierne wykształcenie warstw mięsnych w różnych jego częściach; najsilniej są mięśnie rozwinięte tam, gdzie czynność żołądka jest najbardziej złożona, t. zn. tam, gdzie część wpustowa graniczy z częścią odźwiernikową, gdzie mięśnie ukośne przechodzą w warstwę mięśni okrężnych. Okolica ta zdaje się mieć niepoślednie znaczenie w chirurgii żołądka przy wytwarzaniu przetok żołądkowo-jelitowych, bo po tej operacyi zdarzające się ciężkie powikłania, w postaci niedowładu żołądka, są prawdopodobnie następstwem uszkodzenia warstwy mięsnej, oddzielającej część wpustową od części odźwiernikowej. *Kostrzewski.*

Weiss A. **Doświadczenia z lewurynozą.** (*Allg. med. Ctrl. Ztg.* 1907, Nr 33). Lewurynoza są to drożdże piwne, wysuszone w prądzie zimnego powietrza. Przetwór ten, mający postać białego proszku o drożdżowym zapachu, najlepiej podawać w wodzie lub piwie; przewyższa on zwykłe drożdże swą trwałością, (drożdże zwykłe podawać można tylko świeże, nie starsze nad dobę). Lewurynozę stosuje się we wszystkich tych chorobach, co i drożdże. W. uzyskał dobre wyniki przy zaparciu stolca, przy czyrakach i (przez miejscowe zastosowanie tamponów, napojonych 1 prc. rozczynem lewurynozy) w wiewiórze u kobiet. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

O laktobacylinie. (Combe: Autointoxication intestinale, 1906. — Miecznikow: Quelques remarques sur le lait aigri, 1906. — Nigoul: Sur un moyen scientifique de détruire les putrefactions de l'intestin i t. d., 1907. — Makarow: O dies tieticzeskom znaczenii kisłaho mołoka Miecznikowa, 1907). Stały stosunek między trawieniem, a zdrowiem, jak niemniej fakt zatruwania ustroju wytworami gnicia w kiszkach, należą do dawnych spostrzeżeń klinicystów, zwłaszcza francuskich. Ustrój ludzki jest pracownią i zbiornikiem jadów (Bouchard). Wkrótce po urodzeniu (3—10 godzin) przewód pokarmowy noworodka, dotychczas jałowy, zakaża się drobnoustrojami, które w jelitach, zwłaszcza w okrężnicy, tworzą stałą florę. W liczbie drobnoustrojów kiszkowych, między którymi są i pożyteczne dla życia, znajdują się w obfitej ilości bakterye, wywołujące gnilny rozkład białka; z wytworów tego gnicia do najszkodliwszych należą tak zwane ciała aromatyczne (fenol, parakrezol, indol, skatol); do dalszych wytworów gnicia białka w kiszkach zaliczyć należy gnilne alkaloidy. W prawidłowym stanie zdrowia trujące te substancye znajdują się w ilościach nieszkodliwych; w niektórych natomiast chorobach, zwłaszcza w schorzeniach przewodu pokarmowego ilość ich tak wzrasta, że występuje cały szereg zaburzeń bezpośrednich i pośrednich, wiodących do ogólnego schorzenia ustroju. Bakterye gnilne mogą rozmnożyć się w tym stopniu, że tworzą stałe źródło zatruwania się ustroju. Ilość pokarmów spożytych nie cała ulega przetrawieniu, a ta część niedotrawiona właśnie gnije; a jeśli człowiek odżywia się jednostronnie i spożywa w nadmiarze substancye azotowe, to tem więcej przysparza materyału do gnicia i w następstwie do zwiększonej ilości wytworów trujących. Stopień samozatrucia uwydatnia się ilością kwasów eterosiarkowych związanych w moczu. Wytwory gnicia dostają się z jelit do żyły wrotnej, a w części drogą naczyń chłonnych do przewodu piersiowego: gruczoły wydzielnicze, a więc wątroba, nerki, gruczoły skórne, są narażone w pierwszej linii na ich szkodliwe działanie. Najwybitniejszy i najszkodliwszy wpływ wywiera samozatrucie z kiszek na narząd krążenia: jeszcze w r. 1893 zwrócił Huchard uwagę na to, że niektóre toksyny pokarmowe mogą wywoływać stan kurczowy błony mięsnej naczyń i dalsze szkodliwe jego następstwa. Miecznikow przypuszcza, że zwyrodnienie włókniste różnych narządów i stwardnienie tętnic, oraz jego dalsze następstwa u starców są skutkiem samozatrucia jakiemiś jadami, podobnie jak wyskok, pewne metale, jad kiłowy wywołują podobne zmiany i przedwczesną patologiczną starość. Miecznikow sądzi, że jady te powstają w kiszkach. Obok tego, jady kiszkowe wywołują zdaniem Miecznikowa liczne inne choroby, ostre i przewlekłe, tak w miejscu swego powstawania, w przewodzie pokarmowym, jak i w innych narządach, wiodące do przedwczesnej zgrzybiałości i skracające życie.

Oczywiście tak ważny dział patologii zaprzątał oddawna umysły klinicystów, którzy usiłowali zmniejszyć gnicie w kiszkach drogą mechaniczną, t. j. lekami przeczyszczającymi, oraz zmniejszeniem ilości spożywanych substancyi azotowych. Dyeta roślinna, a w szczególności dyeta mleczna, dawała najlepsze, lecz niewystarczające wyniki. W ostatnich latach poczęto dla zwalczania flory bakteryjnej w kiszkach stosować leki odkażające, jak naftol, benzonaftol, salicylany, kalomel, betol, salol i t. d., lecz wkrótce przekonano się z jednej strony, że środki te mogą stać się szkodliwe dla ustroju chorego, a z drugiej, że bakteryobójcza siła tych leków w dawkach leczniczych jest niewystarczająca. Hayem pierwszy zwrócił uwagę klinicystów na kwas mleczny, jako na środek, nadający się do odkażania przewodu pokarmowego, co potwierdzili Grundzach, Schmitz i Singer. Badacze ci stwierdzili, że po użyciu kwasu mlecznego zmniejsza się ilość kwasów eterosiarkowych związanych w moczu, będąca w prostym stosunku do gnicia w kiszkach. Kwas mleczny działa odkażająco nietylko przez bezpośredni wpływ na bakterye gnilne, lecz i drogą pośrednią, przeobrażając środowisko, w którem przebywają drobnoustroje kiszkowe, mianowicie zmieniając jego odczyn zasadowy na kwaśny, niesprzyjający rozwojowi bakteryi gnilnych. Kwas mleczny ma jednak i strony ujemne: jak to wykazał Nencki, szybko się utlenia, lub wydziela z moczem; wskutek tego jest jego wpływ odkażający tylko przelotny. Wiadomą jest rzeczą, że energia lecznicza wielu przetworów chemicznych jest o wiele wydatniejszą, jeśli ustrój otrzymuje ten przetwór w chwili wywiązywania się (*in statu nascendi*); można więc było przypuszczać, że stałe, regularne i obfite wywiązywanie kwasu mlecznego będzie znacznym postępem. Miecznikow wskazał na to, że wprowadzone do ustroju żywe bakterye mleczne, znajdując w kiszkach cukier pokarmów, wytwarzają stale i obficie kwas mleczny, przepajający treść kiszkową, a tem samem stale zmniejszający sprawy gnilne. Na tem polega znane korzystne działanie mleka kwaśnego w wielu przypadkach. Tem lepszych wyników oczekiwać należało, jeżeliby bakterye mleczne zostały wyosobnione w stanie czystym, i jeżeliby dobrano gatunki ich, wytwarzające jak najwięcej kwasu mlecznego. Sprawą tą zajęto się w paryskim Instytucie Pasteura. Według badań Henpela własność wytwarzania największej ilości kwasu mlecznego posiada prątek bułgarski, znajdujący się w jahurcie (kwaśne mleko bułgarskie). Prątek ten, wyosobniony w czystej hodowli, połączony z hodowlą prątków paralaktycznych, stanowi środek, nazwany przez Miecznikowa laktobacyliną. Według Cohendy posiada laktobacylina cztery razy większą siłę fermentacyjną względem węglowodanów, niż wszystkie inne znane fermenty mleczne. Gdy inne fermenty mleczne przestają działać, skoro kwaśność dojdzie do 10,0 na jeden litr, to laktobacylina doprowadza kwaśność do 25—30,0 na litr; prątek bułgarski rozkłada prawie w całości cukier, znajdujący się w mleku, na kwas mleczny. Niezbitym dowodem przeciwgnilnego działania laktobacyliny jest zmniejszenie się kwasów eterosiarkowych związanych w moczu, co stwierdzili wszyscy autorowie, zajmujący się tą sprawą, naocznie przekonywując na krzywych. Ogromne zmniejszenie się liczby drobnoustrojów kiszkowych pod wpływem laktobacyliny udowodnił Dr Bronisław Wejnert w klinice lekarskiej krakowskiej. Pod działaniem laktobacyliny potęguje się też rozpuszczanie soli wapniowych w tym stopniu, że podług Fonarda 68—72 prc. soli opuszcza ustrój w stanie płynnym. Makarow poddawał badaniu chorych na miażdżycę, którzy wogóle źle znoszą mleko z powodu zawartych w niem w obfitej ilości soli wapniowych; natomiast mleko, zakwaszone laktobacyliną, nietylko nie wywoływało u nich żadnych przypadłości ujemnych, ale przeciwnie chorzy ci czuli się lepiej, a parcie krwi u nich zmniejszało się. Kwas mleczny szybko utlenia się w ustroju, wytwarzając wodę i kwas węglowy, który łączy się z sodem i wydziela się z ustroju jako węglan sodowy, korzystnie wpływający na skazę moczanową i wogóle na złą przemianę materyi. Tissier utrzymuje, że działanie lecznicze laktobacyliny występuje już po kilku dniach; natomiast wpływ odkażający po zaprzestaniu używania laktobacyliny trwa jeszcze 12—15 dni. Z powyższego wynika, że laktobacylina zasługuje na szersze zastosowanie jako środek dyetetyczno-leczniczy. Wolno jednak zagadnąć, czy zwykłe kwaśne mleko nie wywrze tego samego wpływu na ustrój? Już wyżej wspomnieliśmy, że w Instytucie Pasteura stwierdzono, iż prątek bułgarski wytwarza najwięcej kwasu mlecznego, i że żaden inny prątek mleczny co do obfitości wytwarzanego kwasu mlecznego nie może z nim spółzawodniczyć. Prócz stąd wynikającej wyższości nad zwykłem mlekiem kwaśnem, należy uwzględnić to, że mleko, zakwaszone laktobacyliną, jest wolne od wszelkich innych drobnoustrojów, usuniętych przez zagotowanie mleka, a tem samem daje rękojmię, że nie zawiera drobnoustrojów chorobotwórczych, mogących znajdować się w zwykłem mleku kwaśnem. Autorowie, wymienieni w nagłówku, przeprowadzali równoległe badania kliniczne z mlekiem kwaśnem zwyczajnem i mlekiem zakwaszonem laktobacyliną

i stwierdzili wyższość laktobacyliny co do usuwania gnicia kiszkowego i następowego samozatrucia, oraz wpływu hydrolitycznego na sole wapniowe i t. d., czego nie dokaże zwykłe mleko kwaśne. Mleko zakwaszone laktobacyliną jest dobrą pożywką, lekko strawną i przyjemnego smaku. Łatwa strawność laktobacyliny zależy od fermentu mlecznego, który utrzymuje w stanie płynnym znaczną część sernika i fosforanu wapniowego.

Dr August Kwaśnicki.

Kuttner. **Przewlekłe biegunki i ich leczenie.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, 43). Ponieważ biegunka, jako taka, jest zmianą czynnościową, należy w każdym przypadku biegunki naprzód rozstrzygnąć, jaka jest jej przyczyna, czy towarzyszą jej zmiany anatomiczne jelit, czy też nie. Biegunki bez zmian anatomicznych mogą zdaniem Nothnagla być skutkiem: 1) bodźców, wychodzących z przewodu pokarmowego, 2) bodźców nerwowych, 3) bodźców wychodzących z krwi. Do pierwszej kategoryi należą biegunki, *a*) po środkach przeczyszczających, b) wskutek błędu dyetetycznego, *c*) w następstwie zaparcia stolca, *d*) wskutek pasorzytów w przewodzie pokarmowym. Druga kategorya, biegunki nerwowe, powstają wskutek wzmożonej pobudliwości nerwów, wywołujących ruchy robaczkowe mięśni jelit i wskutek przesączania płynu do jelita, wywołanego także wpływami nerwowymi. Taka nerwowa biegunka towarzyszy czasem chorobie Basedowa i to najczęściej w początkowym jej okresie; trwa ona zazwyczaj krótko, lecz może się przeciągać na tygodnie i ustrój bardzo wyniszczyć. Tutaj należą także biegunki, występujące w preataktycznym okresie wiądu rdzenia i przy migrenie. Biegunki mogą także powstawać odruchowo przez działanie bodźców na pewne narządy ustroju, jak skóra, nos, żołądek i t. d.; tutaj należą biegunki u ciężarnych. Przewlekłe zatrucia nikotyną i morfiną wywołują czasem biegunki. Möbius opisał t. zw. »nervöse Verdauungsschwäche«, polegającą na częstych i obfitych stolcach, zawierających niestrawione pokarmy. Do biegunek, których bodźce wychodzą z krwi, zaliczamy biegunki po wstrzyknięciu niektórych ciał chemicznych, jakoteż biegunki w przebiegu mocznicy, posocznicy, zimnicy, cholery i t. p. Do czynnościowych biegunek zaliczyć też trzeba biegunkę, opisaną przez Nothnagla, w której stolec ma cechy treści jelita czczego; biegunka ta wywoływaną bywa sprawami fermentacyjnemi. Biegunki czynnościowe bywają skutkiem pewnych stanów żołądka, tak n. p. braku soku żołądkowego (*achylia gastrica*); ale i takie choroby żołądka, w których badanie treści żołądkowej stwierdza niewielkie zmiany, mogą być powodem biegunek, o czem świadczą często: wywiady, korzystny wpływ leczenia choroby żołądka, obfitość włókien łącznotkankowych w stolcach, pewien obraz bakteryologiczny stolca. Każda biegunka czynnościowa może z biegiem choroby przejść w nieżyt jelit. Rozróżnienie tych obu spraw byłoby bardzo ważne, ale nie zawsze jest możliwe. Śluz w stolcach nie dowodzi jeszcze zmian nieżytowych, gdyż i przy biegunkach nerwowych może się śluz obficie wydzielać. Jedynym sposobem pewnego rozpoznania jest dokładne badanie stolców. Według Schmidta barwa stolca jasno-żółta lub zielona po dyecie próbnej trafia się przy zmianach jelit cienkich, stolec pienisty, jasno-brunatny, fermentujący, wskazuje na lżejsze zmiany w kiszce, stolce ciemne, silnie cuchnące, dowodzą poważniejszych zmian; gołem okiem widzialne resztki pokarmów są zawsze objawem chorobowym; niestrawione włókna mięsne świadczą o upośledzonem trawieniu jelitowem, włókna tkanki łącznej o upośledzonem trawieniu żołądkowem. Dalej zwracać należy uwagę na obecność w stolcach robaków lub ich jaj, krwi lub ropy. Jeżeli włókna mięsne (drobnowidowo) są wyraźnie poprzecznie prążkowane, przemawia to za nieżytem jelit cienkich, obecność jąder w tychże włóknach przemawia za upośledzeniem trawienia trzustkowego; za tąż zmianą, jakoteż za zaburzeniami w jelitach cienkich przemawia obfitość skrobi; przy zaburzeniach w wydzielaniu żółci i soku trzustkowego, przy upośledzonem wessaniu w jelitach cienkich lub wzmożonych ruchach robaczkowych jelit, znajduje się w stolcu obficie tłuszcz. Z chemicznych sposobów badania niezbędne są przynajmniej próba sublimatowa i fermentacyjna. Bakteryologiczne badanie stolca nie jest dla praktyka niezbędne, natomiast badanie sprawności żołądka bardzo się zaleca. Ponieważ nieprawidłowości trzustki mogą wywoływać przewlekłe biegunki, nieodzowną jest rzeczą zwracać uwagę na ten narząd; za zmianami w trzustce przemawiają: stały cukromocz, cukromocz pokarmowy, obfitość tłuszczu w stolcach, niestrawione jądra we włóknach mięsnych, odczyn glutoidowy Sahlego, obfitość skrobi, nadmierne obfite stolce. Badając tak dokładnie stolce, można się przekonać, że czysto czynnościowe biegunki są w ogólności o wiele rzadsze, niż biegunki w następstwie nieżytu jelit. Badanie stolców rozstrzyga nietylko o nieżycie jelit, lecz także, który odcinek jelit jest zajęty. I tak obecność prawie samego śluzu przemawia za nieżytem dolnego odcinka jelit; stolce papkowato-płynne, zmieszane dokładnie ze śluzem, za nieżytem jelit cienkich. Przy nieżycie jelita grubego pojawia się biegunka naprzemian z zaparciem stolca. Rozpoznanie owrzodzeń jelit należy również do zadań niełatwych, gdyż niema równoległości między rozmiarami owrzodzeń, a biegunką; małe owrzodzenia mogą wywoływać silne biegunki, a naodwrót wielkim owrzodzeniom towarzyszyć może zaparcie stolca lub nawet może się stolec zachowywać prawidłowo. Za owrzodzeniami przemawiają: wielka ilość ropy i strzępy błony śluzowej jelit w stolcach, z objawów zaś fizycznych ograniczona bolesność. Nowotwory jelit przebiegają często, jakkolwiek niestale, z biegunką. Leczenie biegunek musi być przyczynowe i indywidualne. Uregulowanie dyety ma wielkie znaczenie, ale przy biegunkach nerwowych może zupełnie nie wywrzeć wpływu. Dyetę należy regulować na podstawie badania stolców; pokarmy, przez danego chorego gorzej trawione, należy usuwać z dyety. Przy sprawach fermentacyjnych poleca się dyetę przeważnie białkową, przy gnilnych węglowodany. Biegunki czynnościowe nie wymagają zbyt ścisłej dyety. Jeżeli stolce zawierają obficie tkankę łączną, należy ograniczyć pokarmy mięsne; przy braku HCl w żołądku należy podać go wewnętrznie. Nieżyty jelita grubego leczy się dobrze lawatywami. Przy chorobach trzustki — pankreon. W przypadkach uporczywych można się uciec do środków ściągających, zabiegów wodoleczniczych i leżenia w łóżku. Przetworów makowca należy unikać.

Pisarski.

Herz. **Wpływ wtórorzędnie występującej róży na odczyn Gruber-Widala.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907. Nr 42). Do duru brzusznego w okresie ustępowania choroby dołączyła się róża, trwająca dni 8. Gorączka, w tym okresie duru nieznaczna, z wystąpieniem róży wzniosła się do 40° C.; na tym mniejwięcej poziomie utrzymywała się przez 3 dni; w ciągu 2 dni następnych opadła do poziomu ciepłoty prawidłowej, która się utrzymywała do końca róży. Dopiero po ustąpieniu róży gorączka wróciła do tej wysokości, jaka była przed wystąpieniem róży; dalszy przebieg duru był zwyczajny. Wybitniejszym jeszcze był w tym przypadku wpływ róży na własności surowicy krwi. Surowica krwi, dająca wyraźny odczyn Gruber-Widala, z wystąpieniem róży utraciła własność aglutynowania; odzyskała ją jednak w całej pełni po ustąpieniu róży. — Czy surowica krwi chorych traci zdolność aglutynowania bakteryi durowych pod wpływem róży zawsze? — niewiadomo. Zakażenie dwoinkami zapalenia płuc, występujące w przebiegu duru, raz przeszkadza powstawaniu odczynu Gruber-Widala, innym razem go nie zmienia.

Kostrzewski.

Conradi. **Kiedy chory na dur zakaża otoczenie?** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 41). Autor wyhodował z krwi i ze stolców osób z otoczenia chorego na dur brzuszny prątki durowe. Osoby te w następstwie zapadały na dur. Dla stwierdzenia przypuszczenia, stąd wynikającego, iż jest prawdopodobne zakażenie durem otoczenia we wczesnych bardzo okresach, wybrał C. z 600 chorych na dur 85 przypadków niewątpliwego zakażenia wprost (przez zetknięcie) i w nich obliczał czas zakażenia się, przyjmując na wylęganie się choroby 10 dni. Z obliczeń wypadło, iż 49 chorych zakaziło się w 1-szym tygodniu duru osobnika zakażającego, 16 w drugim, 10 w trzecim, pięć w czwartym, 3 w piątym, po jednym w 6-tym i w 7-mym tygodniu. Zakażenie otoczenia następuje więc najczęściej w bardzo wczesnym okresie choroby, a kto wie nawet, czy nie w czasie wylęgania się choroby. C. zwraca jednak uwagę, że stwierdzony przez niego stosunek zakażeń późniejszych może jest za nizki, ponieważ częstość zakażeń późniejszych może być odkażaniem i odosobnieniem chorego znacznie zmniejszona. Wreszcie wypowiada C. zdanie, iż tylko uwzględnienie możliwości tak wczesnego zakażenia może walkę z epidemią uczynić skuteczną.

Dr Skórczewski.

Neter. **W sprawie patogenezy choroby Hirschsprunga.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 37). Autor przytacza dowody na korzyść zapatrywania Marfana, którego zdaniem pierwotną przyczynę choroby stanowi niezwykle długa i ruchoma pętla esowata, wskutek czego łatwo następuje nagromadzanie się kału powyżej przeszkody. Rozszerzenie i rozrost powyżej pętli esowatej położonych części okrężnicy jest tedy wedle tego zapatrywania zjawiskiem wtórnem.

Dr M. Godlewski.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 27. listopada 1907.

Przewodniczy prezes Prof. Rosner. Obecnych członków 46.

1) Przyjęto na członka Towarzystwa kol. Jakóba Kroka.

2) Wybrano do Komitetu przedwyborczego kolegów Drów: Akermana, Berezowskiego, Bielańskiego, Bochenka, Cetnarowskiego, Cerchę, Filipkiewicza St., Cybulskiego T., Glińskiego, Grzybowskiego, Jakobsohna, Kadera, Kostaneckiego, Lustgartena, Lustiga, Murczyńskiego, Schlanka, Stopczańskiego, I. Stahra, Sikorską, Surzyckiego.

3) Kol. Piotrowski imieniem Komisyi, wybranej dnia 13. II. 1907, przedłożył następujące wnioski **w sprawie położnych w Galicyi:**

Towarzystwo lekarskie krakowskie wniesie do Sejmu petycyę następującej treści:

I. Wysoki Sejm wpłynie na Wydział krajowy, a ten na Rady powiatowe, aby tworzyły jak największą liczbę małych okręgów akuszeryjnych, aby w najkrótszym czasie zapewnioną była pomoc fachowa wszystkim kobietom rodzącym. Rady powiatowe powinny postarać się o wysyłanie na naukę kobiet wiejskich, dając im odpowiednie zapomogi i to z tych miejscowości, w których później mają zajmować posady położnych.

II. Wysoki Sejm wpłynie na władzę polityczną, żeby przypomniała urzędom parafialnym do dnia dzisiejszego obowiązujący dekret kancelaryi nadwornej z 2. lipca 1825 (l. 20,248), o zapisywaniu do metryk osób czynnych przy porodzie.

III. Wydział krajowy i Namiestnictwo poleci lekarzom gminnym, okręgowym i powiatowym kontrolowanie ksiąg metrykalnych i donoszenie starostwom w myśl ustawy z 2. lipca 1825 i okólnika Namiestnictwa z d. 21. lutego 1895 (l. 13,523) o babkach, spełniających czynności przy porodzie. Dalej Wysoki Sejm wpłynie na Namiestnictwo, aby przypomniało starostwom o przysługującem im prawie nakładania na babki kar administracyjnych w myśl rozp. minist. z 6. marca 1854 (l. 57, str. 692), 30. września 1857 (l. 198) i okólnik Namiestnictwa z 10. czerwca 1895 (l. 37,834).

IV. Wobec tego, że zaledwie 10% porodów odbieranych jest w Galicyi przez położne, a reszta, 90%, przy obsłudze babek naraża rodzące na ciężkie schorzenia, a nierzadko i na śmierć, z czego kraj, tracąc siły robocze, ponosi największą szkodę, uchwali wysoki Sejm otworzyć dwie nowe szkoły położnych w Galicyi i utworzyć przy wszystkich szkołach internaty, gdyż tylko wtenczas uczennice odnieść będą mogły z nauki należytą korzyść, a kraj zaopatrywany będzie w dostateczną liczbę położnych.

V. Aby ułatwić naukę kobietom wiejskim, uchwali Wysoki Sejm rozdzielić szkoły na dwa typy, t. j. szkołę niższą o kursie 6 miesięcznym dla kobiet wiejskich, zajmującą się więcej wykształceniem praktycznem, co będzie możliwem przy zaprowadzeniu internatu, i na szkołę wyższą, zajmującą się także wykształceniem teoretycznem i wymagającą większych studyów przygotowawczych. Dla wykształcenia położnych, oraz przypomnienia położnym już praktykującym tego, co wiedzieć powinny, postara się Wysoki Sejm o wprowadzenie przymusowych kursów powtarzania stosownie do ustawy z 10. czerwca 1897.

VI. Aby zwiększyć materyał dla nauki tak położnych, jak i słuchaczy wydziałów lekarskich, poleci Wysoki Sejm Wydziałowi krajowemu, aby w porozumieniu się z Namiestnictwem postarał się o lepsze umieszczenie klinik położniczych, jak i szpitalnych szkół położnych, a mianowicie o specyalne sale dla ciężarnych, pokoje izolacyjne i pokoje dla osób inteligentnych, a niezamożnych, gdyż wtenczas tylko może ustać odbywanie porodów po domach prywatnych i u położnych.

Wnioski powyższe prawie jednomyślnie uchwalono.

4) Kol. Prof. Kader przedstawił *a)* chorego z **mięsakiem worka mosznowego,** *b)* chorego po **wycięciu krtani z powodu raka,** *c)* chorego po doszczętnej operacyi **raka gardła,** *d)* chorego, u którego wykonał **gastrostomię z powodu rakowego zwężenia przełyku.**

W dyskusyi przemawiali koledzy: Gliński, Borzęcki, Schöngut, Rosner i prelegent.

5) Prof. Rosner wyłożył rzecz: **O środkach znieczulających, używanych przy porodach prawidłowych.**

W dyskusyi zabrał głos kol. Doc. Braun.

Sekretarz: *Dr Owsiński.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XX. Posiedzenie d. 6. grudnia 1907.

I. Dr Bocheński w zastępstwie Prof. Marsa przedstawił 2 przypadki z kliniki ginekologicznej: 1) Znacznego stopnia **słoniowacinę sromu** (*elephantiasis vulvae*) powstałą w czasie ciąży. 2) Chorą, która **w 5 miesiącu ciąży,** bez szkody dla tego stanu, przebyła **laparotomię z powodu torbieli jajnika.** Zabieg ten musiał być przedsięwzięty z powodu skrętu torbieli.

II. Dr Wolf przedstawia przypadki z oddziału chirurg. szpit. powsz. (prym. Prof. G. Ziembicki): 1) Chorego po **laparotomii,** dokonanej z powodu **pęknięcia jelita po uderzeniu kopytem** końskiem. Zabiegu dokonano w 36 godzin po wypadku; znaleziono otwór wielkości 20-halerzówki w jelicie biodrowem. 2) Chorego, wyleczonego **z niedrożności jelita,** u którego prelegent założył z powodu bardzo złego stanu **przetokę kałową,** a następnego dnia dopiero wyciął przeszło 50 cm. **pętli esowatej,** obumarłej wskutek skrętu. Oba końce po resekcyi zawiązał jedwabiem i przyszył do rany brzusznej. Tak powstały odbyt sztuczny doprowadził następnie zapomocą uciskadeł Mikulicza do zagojenia. 3) Chorego po operacyi z powodu **niedrożności jelita** cienkiego (na tle kiłowem?), u którego wykonał **enteroanastomozę** boczną. Mimo powstałego wypadnięcia jelit w 5 dni po operacyi, chory wyzdrowiał i opuszcza szpital w 6 tygodni po zabiegu.

III. Dr Nowicki okazał preparaty z zakładu anatomiczno-patologicznego (Prof. Obrzut): 1) **Krwiak śródścienny tętnicy głównej** (*aneurysma dissecans*) z 38-letniego mężczyzny, u którego rozpoznawano za życia wadę serca lewego i zapalenie nerek. i który zmarł nagle w szpitalu. Wskutek pęknięcia tętnicy głównej w okolicy jej opuszki nastąpił śmiertelny krwotok do worka osierdziowego. Pęknięcia tego rodzaju, jak prelegent podnosi, bywają następstwem gwałtownego wysiłku fizycznego, co tu zdaje się być wyłączonem. Natomiast wobec zmian miażdżycowych na ścianach tętnicy głównej i wobec przewlekłego zapalenia nerek, można sobie pęknięcie wytłómaczyć nagłem wzmożeniem parcia śródnaczyniowego w następstwie chwilowo wzmożonej pracy mięśniowej przerosłego serca. 2) Preparat **mięsaka limfatycznego** (*lymphosarcoma*) **grasicy** u 8-letniego dziecka. Prelegent podnosi rzadkość tego rodzaju nowotworów, a przytem okoliczność, że mimo znacznych rozmiarów guza (sięgającego do obu jam opłucnych i do przepony) dopiero tak późno wystąpiły objawy ucisku na drogi oddechowe. 3) Preparat **pęcherza moczowego z kamieniem** niezwykłych rozmiarów, kształtu jajowatego, ważącego 150 gr.

W dyskusyach brali udział: Prof. Gluziński, Prym. Pisek, Doc. Sołowij, Prym. Opolski, Dr Czarnik.

Przewodniczący odczytał list Zarządu fabryki mleka Miecznikowa (»Le Ferment«), zapraszający członków Towarzystwa do zwiedzenia urządzeń tego zakładu. *Witold Ziembicki.*

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 15. października 1907.

1) Dębiński przedstawił chorego, któremu przed kilkoma godzinami w celach rozpoznawczych wkroplił na spojówkę oka lewego kroplę 10% tuberkuliny. **Odczyn Calmettea** wystąpił już po 4 godzinach.

2) Hejman Teodor wypowiedział rzecz p. t.: **Rozpoznanie ropni mózgu pochodzenia usznego.** Wielkie podobieństwo objawów chorobowych przy ropniu mózgowym pochodzenia usznego do wielu chorób mózgowych innej przyrody bywa przyczyną bardzo częstych omyłek rozpoznawczych. A jednak, zdaniem prelegenta, omyłek tych uniknąć można, jeżeli uwzględnić: poprzednią chorobę uszną, płeć chorego, wiek, istniejące objawy mózgowe i czas trwania choroby. Prelegent podaje znamienne cechy przebiegu omawianej choroby, podnosi jej napadowość, opisuje objawy ogólne i miejscowe (objawów miejscowych może brakować, lub mogą one występować późno), wreszcie szczegółowo omawia rozróżnianie ropnia mózgowego pochodzenia usznego od sprawy ropnej w błędniku, ropnia przedoponowego, ograniczonego zapalenia mózgu, rozlanego zapalenia opon mózgowych, zapalenia opon surowiczego i gruźliczego, zakrzepu zatok mózgowych, napadu udarowego, nowotworu mózgu, wreszcie histeryi i neurastenii, oraz śpiączki cukrzycowej.

Posiedzenie kliniczne dnia 29. października 1907.

Landau Henryk odczytał rzecz p. t.: **Zmiany anatomiczne w nadnerczach przy stwardnieniu tętnic.** Na zasadzie swych badań doszedł autor do wniosku przeciwnego, niż Josué, sądzi bowiem, iż przy stwardnieniu tętnic niema wzmożonej pracy nadnerczy, lecz przeciwnie następuje ich zanik, a co zatem idzie, czynność ich się zmniejsza.

Dyskusya: Rzętkowski zwraca przedewszystkiem uwagę, że sprawa związku adrenaliny ze stwardnieniem tętnic jest przedmiotem licznych prac polskich. Własne doświadczenia pozwalają mowcy na twierdzenie, że adrenalina wzmaga ciśnienie i stąd powstaje miażdżyca doświadczalna. Zachodzi jednak pytanie, czy te zmiany, wywołane doświadczalnie, są istotnie miażdżycą? R. przekonał się, że obie sprawy te są w każdym razie do siebie bardzo podobne, że miażdżyca doświadczalna jest miażdżycą rzeczywistą królika, czemś zupełnie analogicznem do ludzkiej. Głównym czynnikiem w powstawaniu miażdżycy jest według Rz. wzmaganie się ciśnienia stałe lub często zdarzające się i to niezależnie od tego, co jest przyczyną tego wzrostu ciśnienia, czy wpływy toksyczne, które uznaje Landau, czy też wpływy natury psychicznej. — Starkiewicz sądzi, że teoryę intoksykacyjną i teoryę wzmożonego ciśnienia raczej godzić ze sobą należy, niż je sobie przeciwstawiać. Co do większości jadów, mających stanowić czynnik przyczynowy w miażdżycy, stwierdzono od dawna ich działanie zwężające naczynia (ołów, nikotyna). Jednakże teorya intoksykacyjna nie wystarcza dla wszystkich przypadków stwardnienia tętnic. Jako przykład wymienia S. przypadek Hucharda, w którym stwardnienie tętnic jednej kończyny górnej nastąpiło po długotrwałej rwie splotu barkowego i inne, znane z piśmiennictwa, w których wzmożone ciśnienie wywołane było przez wpływy czysto nerwowe, czy też inne, dotąd bliżej niezbadane. *J. L.*

Koło lekarskie polskie w Petersburgu.

Protokół ostatniego posiedzenia «Koła» z dnia 19.X/1.XI. 1907 r.

Obecnych członków 27.

Posiedzenie otwiera wice-prezes prof. Zaleski wezwaniem, aby zebranie uczciło przez powstanie pamięć zgasłych: prof. Henryka Jordana i prof. Henryka Hoyera.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

II. Dr Z. Biron odczytuje rzecz p. t.: **Kilka słów o znaczeniu klinicznem nerki podkowiastej.** Wobec trudności, z jakiemi połączone jest rozpoznanie nerki podkowiastej, sądzi B., iż spostrzegany przez niego przypadek zasługuje na uwagę. U 37-letniego chorego, u którego istniały objawy przewlekłego śródmiąższowego zapalenia nerek i mocznicy, można było wymacać w linii środkowej tuż ponad pępkiem ciało, leżące poprzecznie, szerokości 5—6 ctm., twarde, o gładkiej powierzchni. Górne i dolne jego brzegi były okrągłe; zaś w kierunku ku bokom ciało to ginie bez jasnych granic. Było ono prawie nieruchome; przy obmacywaniu chory uczuwał silne bole. Tuż nad tem ciałem czuć było dużą tętnicę bijącą. Określić stosunek tego ciała względem żołądka nie udało się. Badanie soku żołądkowego stwierdziło brak wolnego kwasu solnego. Wobec opisu tych danych przypuszczał B. nowotwór złośliwy, prawdopodobnie żołądka. Sekcya stwierdziła, iż wymacywane za życia ciało było mostkiem tkanki nerkowej, który łączył końce obydwóch nerek. Prócz przewlekłego zapalenia śródmiąższowego znaleziono w dolnej części substancyi rdzeniowej prawej połowy nerki kilka żółtych gruzełków prosowatych. W końcu omówił B. znaczenie kliniczne nerki podkowiastej, przytaczając i odnośne dane z piśmiennictwa. (Streszczenie własne),

Dyskusya. Doc. Orłowski sądzi, iż przypadek ten tembardziej zasługuje na uwagę, iż w podręcznikach o nerce podkowiastej są tylko wzmianki; nic więc dziwnego, iż rozpoznawanie wobec tego jest trudne. Gdyby częściej ogłaszano podobne przypadki, bardzo być może, iż to przyczyniłoby się do szczegółowego omówienia w podręcznikach. — Dr Gutowski przytacza spostrzegany przez siebie przed 6 laty w Warszawie w szpitalu św. Stanisława przypadek nerki podkowiastej u dziecka, dotkniętego płonicą. — Dr Święcicki podnosi, jak wielkie znaczenie ma nerka podkowiasta w chirurgii (przy usuwaniu nerki lub podwiązywaniu moczowodów). — Dr Białobłocka przytacza przypadek, w którym u jednomiesięcznego dziecka była również nerka podkowiasta, prócz tego serce leżało z prawej strony, brakowało jednego ucha, a kątnica była podwójna.

III. Dr Święcicki wykładał **O rozpoznaniu czynnościowem przy chorobach nerek.** Prelegent omówił fizyologiczną pracę nerek, formułkę Rauta, znaczenie badań kryoskopowych, próby z florydzyną, z błękitem metylenowym, z karminem indygowym, kończąc tem, iż tylko wtedy można usunąć nerkę chorą, jeżeli druga jest zupełnie zdrowa i sprawna.

Dyskusya. Dr Zakrzewski przytacza przypadek, który zdarzył się w klinice Israela. Przed operacyą usunięcia chorej nerki badano sprawność czynnościową każdej nerki; pomimo, iż operacya powiodła się, chory po kilku dniach zmarł, ponieważ druga nerka okazała się później niedość sprawną. — Doc. Orłowski, zaznaczywszy, iż wymienione przez prelegenta sposoby określania sprawności nerki nie zawsze mogą być zastosowane, przypomina, iż istnieją jeszcze 2 sposoby, podane przez doc. Zebrowskiego, a mianowicie miesienie i faradyzacya nerki. Przy zastosowaniu tych sposobów w odpowiednich razach (gdy niema nowotworu), można spostrzegać białkomocz. — Dr Święcicki i Dr Zakrzewski sądzą również, iż miesienie jest przy nowotworach niebezpieczne. Prócz tego Dr Święcicki zaznacza, że kryoskopowe badania krwi można zastąpić przez kryoskopię moczu; jeżeli w moczu znajdzie się mniej części stałych, należy przypuszczać, iż pozostało ich więcej we krwi. — Dr W. Kozłowski sądzi, iż w razach trudniejszych powinno się użyć operacyi próbnej. Wszak bywa już stosowana próbna laparotomia, próbna zaś operacya w okolicy nerek jest mniej niebezpieczną. — Doc. Sowiński wypowiada przekonanie, że wogóle rozpoznawanie chorób nerkowych zapomocą sposobów, wskazanych przez prelegenta, jest jeszcze niezupełne; zdarza się często, że z moczu, uzyskanego z każdej nerki zosobna zapomocą cewnikowania moczowodów, nabiera badający przekonania o zupełnie prawidłowym stanie jednej nerki, a jednak operacyjne usunięcie chorej nerki wywołuje przykre następstwa wskutek tego, że druga, rzekomo zdrowa nerka okazuje się potem niesprawną. Mówca przytacza widziany w Wiedniu przypadek, operowany przez Frischa. Badanie nerek zapomocą cewnikowania i różnych sposobów chemicznych wskazywało napozór na nowotwór jednej nerki. Przy operacyi jednak żadnego nowotworu nie znaleziono. Wobec tego mówca sądzi, że nie należy zbyt spieszyć się z operacyą, jak to się często dzieje; przedtem należy użyć wszystkich sposobów badania chorej nerki. — Dr Wołowski zapytuje, czy nie możnaby zastąpić badania kryoskopowego moczu przez określanie części stałych zapomocą ciężaru właściwego, który, pomnożony na liczbę stałą Häsera, dawałby ilość części stałych w moczu.

Posiedzenie administracyjne. I. Uchwalono, iż każdy z członków może przedstawić znanych mu przyrodników, jako kandydatów na członków »Związku«. Listę nazwisk odczytano i postanowiono zaprosić do »Związku« około 50 przyrodników. Również przyjęto i członków wspierających, kierując się § 12 ustawy. — II. Na wniosek doc. Sowińskiego, który zwraca uwagę, iż jest to ostatnie posiedzenie »Koła«, które przestaje istnieć, więc tem samem przestaje również istnieć i Komitet, Zgromadzenie prosi Komitet jednomyślnie o spełnianie czynności aż do wprowadzenia w życie »Związku lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu« i upoważnia Komitet do nabycia niezbędnych sprzętów. — III. Uchwalono odbywać posiedzenia nadal w lokalu »Ogniska Polskiego« i obrano piątek na dzień posiedzeń. — IV. Posiedzenie organizacyjne »Związku« postanowiono zwołać za 4 tygodnie. — V. Prof. Zaleski podaje do wiadomości, że maska pośmiertna Dra Strawińskiego już gotowa. Zebranie upoważnia prof. Zaleskiego, Ziemackiego i doc. Sowińskiego do dalszych kroków w tej sprawie.

Sekretarz *Zdzisław Sowiński.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie „Towarzystwa wzajemnej pomocy lekarzy galicyjskich“ *otrzymujemy następujące pismo z prośbą o ogłoszenie:*

Odezwa.

W dniu 18. grudnia 1907 (środa) o godzinie 6 wieczorem, odbędzie się w obecności notaryusza w sali Tow. lekarskiego (Lwów, ul. Dominikańska l. 11) **I. Walne Zebranie** członków

nowozawiązującego się **Towarzystwa wzajemnej pomocy lekarzy galicyjskich**, stowarzyszenia zarejestrowanego z ograniczoną poręką, na które wszystkich lekarzy bez wyjątku najusilniej mam zaszczyt zaprosić. Jakkolwiek więc goście ze świata lekarskiego na I. Walnem Zebraniu mile będą widziani, to jednak prawo brania udziału w obradach, jakoteż prawo głosowania przysługiwać może i będzie tylko tym kolegom, którzy deklaracye przystąpienia do Towarzystwa już nadesłali, względnie do dnia 18. grudnia 1907 pod adresem: Biuro Tow. Wzajemnej Pomocy, Lwów, Sadownicka 4, nadeszlą. Kto z kolegów zgubił formularz deklaracyi, ten może się zgłosić na członka Towarzystwa zwykłym listem lub kartką korespondencyjną. *Dr Wątorek.*

Koszta biernego oporu lekarzy dolnoaustryackich dobiegły przez 2 lata kwoty 27.139 K; do funduszu, zbieranego na ten cel, wpłynęło 24,260 K, niedobór wynosi więc 2,879 K. — Wśród kosztów tych wyniosły: wsparcia 2,275 K, honorarya adwokatów 6,715 K, za szczepienie 3,499 K, druki 1,052 K, pisarze 2,238 K, podróże 2,291 K, opłaty pocztowe 4,987 K i t. d. *R.*

Budżet sanitarny austryacki na r. 1908, objęty budżetem ministerstwa spraw wewnętrznych, zawiera następujące ważniejsze wydatki: Najwyższa Rada zdrowia 41.400 K., koszta podróży jej członków 5300 K., różne wydatki sanitarne (wśród nich popieranie urządzeń, mających na celu zapobieganie epidemiom) 162.000 K., koszta zwalczania epidemii w państwie milion K., państwowy zakład surowic w Wiedniu 144.429 K., nowe urządzenia w nim (I. rata) 30.000 K., wszystkie krajowe Rady zdrowia razem 41.200 K. oprócz oddanych tym Radom do rozporządzenia na wydatki sanitarne 93.760 K. (»Tyg. lek.« 48). *R.*

Do obrotu w aptekach w Austryi dopuszczony został »*Syrup. bromof. comp. Rami*«, (jako wyrabiany obecnie bez dodatku wyciągu z tojadu *[aconitum]*), jednak może on być wydawany tylko na przepis lekarski. (Rozp. Min. spraw wewn. 15. VI. 1907. L. 19,293. Rozp. Nam. 25. XI. 1907. L. 75,666 VI. B.).

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 1. do 7. XII. 1907 urodziło się dzieci żywo 46, nieżywo 2; zmarło osób 58 (w tem obcych 21), z nich z gruźlicy 16 (5), zapalenia płuc 6 (3), błonicy 3 (2), krztuśca 1, płonicy 2 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 1. do 7. XII. 1907 było przypadków: płonicy 3 † 1, duru brzusznego 1, krztuśca 3 † 1, błonicy 4 † 1, ospianki 1, nagm zapalenia ślinianek 4, róży 2, grypy 1 † 1. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 24. do 30. XI. 1907 było przypadków: błonicy 5 † 1 (w tem obcych 2 † 0), krztuśca 6, płonicy 28 † 2 (1), odry 28(1), duru brzusznego 9 † 1 (1). — Od 1. do 7. XII. było przypadków: błonicy 9 † 3 (w tem obcych 5 † 2), krztuśca 10, płonicy 34 † 2 (3 † 0), odry 52 † 7 (1 † 1), duru brzusznego 9 † 2 (3 † 0). *L.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 11. XII. 1907 posiedzenie, na którem: 1) Prym. Dr Borzęcki przedstawił przypadki chorobowe ze swego oddziału, 2) Insp. Dr Bier wykładał »O molu mącznym«, a 3) Dr Spira »O zaburzeniach słuchowych u dzieci«. W dyskusyi przemawiał Prof. Lewkowicz.

— Na Wydział lekarski U. J. zapisało się na bieżące półrocze zimowe 418 słuchaczy zwyczajnych, 16 nadzwyczajnych i 37 słuchaczek zwyczajnych, razem przeto 471.

Lwów. Obchód jubileuszowy trzydziestolecia istnienia Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego odbędzie się d. 28. grudnia b. r. Będzie się on składał z uroczystego posiedzenia i koleżeńskiej wieczerzy. Porządek dzienny posiedzenia, które rozpocznie się o godzinie 6 wieczorem w Sali Rady Miejskiej, jest następujący: 1) Przemówienie przewodniczącego, Prof. Dra A. Gluzińskiego. 2) Ogłoszenie nazwisk członków honorowych. 3) Przedstawienie 30-letniej działalności Towarzystwa (Doc. Dr Herman). 4) Odczyt Prof. Dra Popielskiego: »O jadowitych ciałach prawidłowego ustroju w świetle własnych badań«. Na pamiątkę obchodu wydana będzie broszura, kreśląca 30-letnią historyę rozwoju Towarzystwa, nadto zaś zapoczątkowano dzieło stworzenia własnego domu dla Towarzystwa, czem zajmuje się osobny komitet.

— Lwowscy posłowie do parlamentu austr. otrzymali od ministra spraw wewnętrznych przyrzeczenie, że do Najwyższej Rady Zdrowia na pierwsze miejsce, które się opróżni, powołany zostanie przedstawiciel Galicyi wschodniej. (Przyrzeczenie to nie zaspokaja słusznych żądań, aby Galicya miała w Najw. Radzie Zdrowia odpowiednią liczbę przedstawicieli; nawet niezwłoczne spełnienie tych żądań nie powinnoby natrafiać na trudności, skoro § 7 al. 2 ustawy z 30. IV. 1870 D. p. p. 68 postanawia, że Najw. Rada Zdrowia składać się ma »przynajmniej z 6 członków zwyczajnych«, natomiast najwyższej ich liczby nie ogranicza; liczbę tę przeto w ramach ustawy każdej chwili zwiększyćby można).

— Ministerstwo oświaty poruczyło wykłady higieny na wydziale filozoficznym Uniwersytetu lwowskiego Prof. Dr Pankowi w miejsce ustępującego Prof. Szpilmana.

— W sprawie wzorowych planów szkół ludowych odbyła się w d. 7. XII. b. r. w Krajowej Radzie szkolnej ankieta, w której z lekarzy uczestniczyli R. Dw. Dr Merunowicz i Dr Piasecki; obaj weszli do podkomitetu (z 10 członków), który ma sprawę szczegółowo opracować.

Warszawa. W ostatnim zeszycie »Krytyki lekarskiej« z d. 1. XII. 1907 zawiadamia redaktor i wydawca Dr Zygmunt Kramsztyk, że pismo to przestaje wychodzić. Wiadomość ta jest przykrą niespodzianką, tem przykrzejszą, że »Krytyka« była czasopismem o zupełnie odrębnym i bardzo oryginalnym typie, jakiego, prócz naszej, nie posiadała literatura lekarska żadnego narodu. Przez jedenaście lat, utrzymywana ofiarnością i niezmużoną pracą jednostki, zawarła »Krytyka« w swoich rocznikach szereg bardzo cennych prac, że tu wymienimy tylko rozprawy z zakresu teoryi medycyny Biegańskiego i samego Redaktora »Krytyki«, z zakresu historyi medycyny wszystkich naszych na tem polu pracowników, z zakresu mianownictwa: Dra Peszkego i w. i. Rewizya niejednego pojęcia i poglądu naukowego, pokutującego jeszcze u nas »siłą bezwładności«, opieranie spraw zawodu lekarskiego na szerszym, społecznym podkładzie, żywe zajmowanie się higieną społeczną, dążenie do wytworzenia poważnej, rzeczowej i nieoglądającej się na względy uboczne krytyki naszej wytwórczości piśmienniczej, oto trwałe zasługi miesięcznika, którego zwinięcie uważać trzeba za stratę nie mniejszą, niż zwinięcie któregokolwiek z nielicznych naszych pism o typie archiwalnym. W niejednej sprawie budzić mogły artykuły »Krytyki« spory; jednały sobie one nieraz równie gorących zwolenników, jak zaciętych przeciwników, ale rzadko tylko napotykały na obojętność; dowód najlepszy, że »Krytyka« umiała dobierać przedmioty ważne i żywotne i nie krępować swych współpracowników w konsekwentnem kroczeniu po szlaku samodzielnej myśli. Przyszłość wyznaczy »Krytyce« w historyi naszego czasopiśmiennictwa należyte miejsce; dziś żegnamy ją z żalem tem szczerszym, że pozostanie po niej luka, prawdopodobnie długo niezapełniona. *R.*

— Najnowszy rozkaz dzienny prezydenta miasta obwieszcza o utworzeniu przezeń osobnej komisyi do spraw żywności w szpitalach miejskich. Komisyi przewodniczyć będzie sam prezydent miasta, a członkami jej są oprócz naczelnika »Wydz. Dobr. Publ.«, inż. Natanson, inspektor szpitali, naczelni lek. szpitali, lekarz miejski Dr Polak, starsze Siostry Miłosierdzia kilku szpitali, nadzorca szpitala Dz. Jezus, przewodniczący warszawskiego cechu kucharzy, przedstawiciel wojskowego szpitala ujazdowskiego i warsz. gminy żydowskiej.

W »Towarzystwie naukowem« warszawskim powołany został na przewodniczącego wydziału II (nauki antropologiczne, społeczne i historyczne) statystyk p. Witold Załęski, na sekretarza historyk p. Aleksander Kraushar; przewodniczącym wydziału III (matematyczno-przyrodniczego) będzie p. Józef Eismond, sekretarzem p. Jan Tur. Prezesem »Towarzystwa naukowego« jest historyk, p. Aleksander Jabłonowski, wiceprezesem p. Samuel Dickstein. (Towarzystwo powstało z inicyatywy ś. p. Wł. Spasowicza i profesorów Baranowskiego i Holewińskiego).

Z powodu przepełnienia miejsc, przeznaczonych dla chorych na ospę, szpitale tutejsze odmawiają przyjmowania chorych, nadsyłanych z okolic podmiejskich. W gminach powiatu warsz. wobec szerzenia się ospy lud tłumnie przystępuje do powtórnego szczepienia ochronnego. — Magistrat m. Warszawy zdecydował się otworzyć kilkanaście stacyi bezpłatnego szczepienia. Stacye te są już czynne i będą działać do dnia 14. stycznia 1908 r.

Rodzina ś. p. Dra Ettingera złożyła dla uczczenia jego pamięci instrumentaryum i księgozbiór jego w darze Instytutowi oftalmicznemu.

Łódź pod względem śmiertelności dzieci zajmuje bez wątpienia jedno z najgorszych miejsc wśród większych miast Europy, gdyż śmiertelność dzieci w Łodzi wynosi 75% ogólnej śmiertelności. W przeciągu miesiąca, od 15. X. do 15. XI., zmarło tu 965 dzieci. Na ospę zmarło 155, na błonicę 18, płonicę 22, na odrę 55, dur brzuszny 18, nieżyt jelit 168, zapalenie płuc 116, na zapalenie opon mózgowych 23, gruźlicę 15.

Komisya sanitarna przy magistracie łódzkim zwróciła się do gubernatora piotrkowskiego z prośbą, by krowiankę szczepiono na rachunek gmin w osadzie Bałuty i innych podmiejskich miejscowościach. Na podanie komisyi o otwarcie 8 stacyi szczepienia w mieście gubernator dotąd nie odpowiedział, a więc stacye dotąd otwarte być nie mogły.

Założona przez stow. żydowskie stacya bezpłatnego szczepienia oddaje rzetelne usługi. W ciągu dni kilku zaszczepiono 814 osób. — Izraelicki komitet budowy szpitala dla obłąkanych w Łodzi zakupił już pod miastem plac pod budowę.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie wyznaczyło 500 rb. na powiększenie swej biblioteki.

W Lublinie stosunki sanitarne pozostawiają wiele do życzenia; toteż częste są w tem mieście epidemie, a obecnie grasuje nagminnie dur brzuszny. Dla zaradzenia złemu zamierza Zarząd miasta zwołać naradę obywatelską, któraby rozpatrzyła m. i. sprawę kanalizacyi, wodociągów miejskich (obecnie prywatne przedsiębiorstwo dostarcza wody bardzo drogo), rzeźni i t. p.

Dr Daum ze Starachowic wydalony został na 3 lata za granicę.

Z różnych stron. Ćwierćwiecze otwarcia czeskiej wszechnicy w Pradze minęło w październiku.

— Wśród posłów w trzeciej »dumie« rosyjskiej zasiada 22 lekarzy.

— Do żeńskiego Instytutu lekarskiego w Petersburgu przyjęto w r. b. 250 słuchaczek, w tem 30 na V kurs z dyplomami ukończenia wydziału lekarskiego na wszechnicach zagranicznych.

— Stosownie do międzynarodowej ugody w sprawie zwalczania moru, cholery i gorączki żółtej ma być utworzony międzynarodowy urząd zdrowia z siedzibą w Paryżu na wzór międzynarodowego urzędu miar i wag.

— Nagrodę Nobla otrzymał w r. b. Prof. Laveran z Paryża.

— Na katedrę anatomii patologicznej po prof. Cornilu przedstawił Wydział lekarski paryski na pierwszem miejscu Prof. P. Marie, na drugiem Prof. Letulle.

Mianowani: Prof. Anschütz z Wrocławia dyrektorem kliniki chirurgicznej w Kiel.

Zmarli: Dr Filip Schmidt, lekarz powiatowy w Myślenicach, w 53 r. ż.; Dr Czesław Świerczyński, lekarz kolei nadwiślańskich, w Chełmie Lubelskim w 44 r. ż.

Redakcya otrzymała: Sędziak: 1) Włókniak krtani pochodzenia urazowego. »Kron. lek.« 1907. 2) Zaburzenia nosowo-gardłowo-krtaniowo-uszne w przebiegu cierpień dolnych dróg oddechowych wzgl. płuc. »Czas. lek.« 1907. 3) Üb. Ohrenstörungen bei den Erkrankungen des Urogenitalapparates. »Archiv f. Ohrenhk.« T. 73. 4) Traitement du cancer du larynx. »Rev. hebd. de laryng.« 1907. — Dąbrowski Stefan: 1) O naturze chemicznej podstawowego barwika moczu. »Rozpr. Akad. Um.« 1907. 2) Recherches sur la nature chimique de la matière colorante fondamentale des urines. »C. R. Ac. des Sc.« 1907. — Rossberger i Turzański: Sprawozdanie miejskiego biura sanitarnego w Jarosławiu za rok 1906. — Polak: Wykład higieny miast z uwzględnieniem stanu zdrowotnego i potrzeb miast polskich. Warszawa. Nakładem wydziału urządzeń zdrowotnych użyteczności publicznej przy Stowarzyszeniu Techników w Warszawie. Skład główny w księgarni E. Wende i Sp. 1908. Cena rb. 5. — Dłuski: O stosowaniu tuberkuliny w gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego. 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 18. grudnia o godz. 6 wieczorem w Domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: Wybory Zarządu na r. 1908.

Posiedzenie Sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lekarzy galicyj. odbędzie się **w sobotę dnia 14. grudnia 1907** o godzinie 6 wieczór w Jarosławiu w szpitalu powszechnym z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych, kol. Dr Fechter. 2) O nerwicy urazowej, powstałej po wypadkach kolejowych i zachowaniu się personalu kolejowego w tym względzie wobec towarzystw ubezpieczeń, kol. Dr Feldman. 3) Ewentualne wnioski członków.

Dr Feldman, sekretarz. *Dr W. Czyżewicz*, przewodniczący.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Tropakokaina zasługuje zdaniem Dr Acha (»Münch med. Wochenschrift« 1907, Nr 33) przy znieczuleniu lędźwiowem bezwarunkowo na pierwszeństwo przed stowainą, znaną z działania drażniącego.

Jodofan (Dr Allina: »Therapie der Gegenwart«, Nr VII, 1907) stosowany w chirurgii, dermatologii i ginekologii, posiada, jak stwierdzono w bakteryologicznym instytucie Dra Piorkowskiego, wybitne własności odkażające. Podobnie, jak jodoform, jest on środkiem przeciwgnilnym i suszącym, jeżeli nim cienko posypać powierzchnię rany, czy też chorą część ciała. Autor z powodzeniem używa gazy jodofanowej, wyrabianej w Instytucie chem. Dra Horowitza, nie wymagającej innych domieszek i wyjaławiania, przez co zachowuje ona swą miękkość i zdolność nasiąkania. Dr Allina potwierdza licznymi przykładami dodatnie własności gazy jodofanowej. A. używał często gazy jodofanowej i nigdy nie zachodziła potrzeba uciekania się do innego przetworu; okolica rany zabezpieczona bywa od dalszego zakażenia, choć nie codziennie zmienia się opatrunek; wydzielina ustępuje tak szybko, że często przy trzecim opatrunku rana była już czysta, poczem następowało prędkie zabliźnienie się rany i pokrycie naskórkiem. W wielu sprawach radzi A. używać gazy jodofanowej, a nie jodoformowej, ze względu na pewniejsze i szybsze wyleczenie, popierając to twierdzenie przykładami. W szczególności stwierdził A. u pewnego 40-letniego silnego mężczyzny po opatrzeniu wrzodzianki na szyi, którą krzyżowo przecięto, gazą jodoformową, przy pierwszej zmianie opatrunku po 2 dniach rozległy wyprysk jodoformowy, przez co chory przez czas dłuższy nie był zdolny do pracy. Po 14 dniach na karku powstała u tegoż chorego również wielka wrzodzianka, którą w ten sam sposób przecięto, ale opatrzono już gazą jodofanową. W 5 dni znikła wydzielina, a po następnych 3 dniach powrócił chory do pracy. *Hr.*



Rok XLVI. Kraków, dnia 21. grudnia 1907. Nr 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

W sprawie operacyi przerosłego migdałka gardłowego przy głuchoniemocie.

Napisał
Dr Teofil Zalewski.
Docent pryw. chorób usznych w uniwersytecie lwowskim.

Dr J. Sędziak ogłosił niedawno artykuł p. t. »O t. zw. wyroślach gruczołowatych w jamie nosogardłowej na podstawie przeszło 1000 dokonanych operacyj« (Przegląd lek., Nr 39 i 40). W artykule tym między innemi czytamy: »Wobec powyższego sądzę, że należy w każdym przypadku głuchoniemoty zastosować leczenie operacyjne wyrośli gruczołowatych, przyczem kto wie, czy przez wczesne operowanie tych ostatnich nie zdołamy uprzedzić występowania ewent. głuchoniemoty« (l. c. str. 489).

Ze zdaniem tem, aby w każdym przypadku głuchoniemoty, gdzie istnieje przerost migdałka gardłowego, migdałek ten usuwać, zgodzić się nie można. Do takiego postawienia sprawy nie uprawniają nas obecne nasze wiadomości o głuchoniemocie, ani też dane, podane we wspomnianym artykule. Na cóż wyjmować przerosły migdałek gardłowy w tych przypadkach, gdzie on zmian w narządzie słuchu nie wywołuje i innych zresztą objawów nie daje? Migdałek przerosły wyjmiemy u głuchoniemego wtedy, kiedy będzie wskazanie do tego, a tem wskazaniem nie może być tylko głuchoniemota jako taka. Wiemy, jakie objawy daje przerosły migdałek gardłowy; objawy te w narządzie słuchu stwierdzamy między innemi wzrokiem. Wiemy, że przerosły migdałek gardłowy wywołuje zmiany bezpośrednio w uchu środkowem, że nie wywołuje zmian w uchu zewnętrznem lub wewnętrznem bez jednoczesnych zmian w uchu środkowem. Jeżeli więc stwierdzimy przerost migdałka gardłowego, to ze względu na narząd słuchu wskaźnikiem co do operacyi będzie stan ucha środkowego: jeżeli w uchu środkowem stwierdzimy zmiany, odpowiadające przerosłemu migdałkowi gardłowemu, to operacyę bezwarunkowo wykonamy, mniejsza o to, czy to wpłynie na słuch, czy nie; w przeciwnym razie ze względu na narząd słuchu operacya chybiałaby celu. Tak więc, jeżeli już mowa o wyjmowaniu przerosłego migdałka gardłowego, jako środku przeciwko głuchoniemocie, to mogą wchodzić w rachubę tylko te przypadki, w których przyczyną głuchoniemoty są zmiany wyłącznie w uchu środkowem, lub też te przypadki, w których prócz zmian w wewnętrznych częściach narządu słuchu znajdujemy zmiany i w uchu środkowem. Przytoczone przez Sędziaka przypadki musiały należeć do tej kategoryi, musiały to być przypadki, w których głuchoniemota powstała jedynie lub przeważnie z powodu zmian w uchu środkowem; można napewno twierdzić, że w przypadkach tych głuchoniemota nie polegała jedynie na zmianach w wewnętrznych częściach narządu słuchu. Zmian w uchu wewnętrznem, nerwie słuchowym i ośrodkach nerwowych, któreby zależały od przerostu migdałka, nie znamy i nawet wyobrazić sobie nie możemy.

Przypadków »wyleczenia« głuchoniemoty po wyjęciu przerostu migdałka gardłowego podano w piśmiennictwie znacznie więcej, musimy jednak na przypadki te zapatrywać się krytycznie, bo wogóle jest rzeczą sporną, czy głuchoniemota może powstać tylko wskutek zmian w uchu środkowem. Przeglądając odpowiednie piśmiennictwo dochodzimy do przekonania, że jeżeli może powstać głuchoniemota wskutek zmian w uchu środkowem, to chyba wyjątkowo, przytem zmiany muszą być bardzo znaczne. Przypadki takie są tak rzadkie i niepewne, że jeżeli się mówi o przyczynie głuchoniemoty, to ma się na myśli zmiany w uchu wewnętrznem, w nerwie, w ośrodkach.

Czy zresztą jest tak pewny związek między głuchoniemotą a przerostem migdałka gardłowego? Dlaczego Sędziak przytoczył statystyki tylko z wysokim odsetkiem, a pominął statystyki, nie mniej zasługujące na wiarę, z niskiemi liczbami? Przytoczę statystyki znane mi. I tak największy odsetek podaje najświeższa statystyka (z marca b. r.) Urbantschitscha, bo 88,5% przypadków z przerostem migdałka gardłowego, a nie Haldricha (jak go nazywa Grandenigo), który podaje 73%, Hellat podaje 64%, Denker 44%, Kickhefel 37·9%, Krebs 31%, Barnick 30%, Passow 19%, Lemcke 17%, Schubert 16·6%, Hamon du Fougeraye 13%, Bliss 12%, Schmalz 2%. Siebenmann, mówiąc o przyczynie głuchoniemoty, podaje, że Ucherman stwierdził przerost migdałka gardłowego u głuchoniemych tylko w 5%, t. j. nie więcej, niż u niegłuchoniemych, podaje też, że i Mygind znalazł podobne stosunki. Wspomnę też o fakcie ważnym, na który zwraca uwagę Kickhefel, że i u głuchoniemych z wiekiem przerost zanika; to samo spostrzegamy i u niegłuchoniemych.

Tak więc widzimy, że nawet co do częstości przerostu migdałka gardłowego u głuchoniemych rzecz się ma niezupełnie tak, jak ją Sędziak podaje. Uwzględniając i inne statystyki, musimy wyrazić wątpliwość co najmniej, czy przerost migdałka gardłowego, względnie zmiany w uchu środkowem wywołane przez niego, są kiedy przyczyną głuchoniemoty. Jeżeli jednak nawet przyjmiemy, że przerost migdałka gardłowego zdarza się częściej u głuchoniemych, to to bynajmniej nie przemawia jeszcze za związkiem przyczynowym. Przecież i gruźlicę płuc spotykamy częściej u głuchoniemych, niż u niegłuchoniemych. Przerost migdałka gardłowego u głuchoniemych może mieć inne znaczenie, jak je ma prawdopodobnie gruźlica. Mygind zwraca uwagę na niekorzystne socyalne położenie głuchoniemych dzieci. Przytoczę też to, co mówi Urbantschitsch, którego statystyka zawiera najwyższy odsetek przerostu migdałka gardłowego u głuchoniemych. Urbantschitsch mówi, że istnieje ścisły związek między głuchoniemotą, a przerostem migdałka gardłowego, ale nie przyczynowy; przerost migdałka gardłowego i wogóle tkanki gruczołowatej uważa Urbantschitsch za wyraz zwyrodnienia, które wywołuje choroba. Pomimo, że przeszło $^1/_4$ część głuchoniemych, przytoczonych w swojej statystyce, operował dla innych wskazań z powodu przerostu migdałka gardłowego, w żadnym przypadku nie stwierdził wpływu operacyi na

głuchoniemotę, pomimo, że operacya wywarła na inne objawy wpływ dodatni.

Tak więc pewności, czy wogóle przerost migdałka gardłowego może być przyczyną głuchoniemoty, nie mamy; inaczej mówiąc, jeżeli już przyjmiemy, że wyjątkowo same zmiany w uchu środkowem mogą być przyczyną głuchoniemoty, to nie mamy najmniejszej pewności, czy bodaj w części tych przypadków zmiany, wywołane przez przerosły migdałek gardłowy, przyczyniają się do powstania głuchoniemoty. Dlatego też, nie podając w wątpliwość przytaczanych w piśmiennictwie przypadków, musimy na nie zapatrywać się krytycznie, musimy wymagać, by rozpoznanie głuchoniemoty nie opierało się tylko na tem, że dziecko »nie słyszy« tego, co mówimy (może nie rozumie tylko?), i nie mówi. Jeżeli mówi się o operacyi przerostu migdałka gardłowego przeciwko głuchoniemocie, to musimy wymagać, ażebyśmy przez badanie mieli dokładny obraz czynności narządu słuchu przed operacyą i po operacyi. Możemy przecież mieć przed sobą dziecko niemówiące z przytępionym słuchem tylko.

Jeżeli nawet przyjmiemy, że przerost migdałka gardłowego, względnie zmiany w uchu środkowem przez niego wywołane — (o zmianach w nerwie lub mózgu mowy niema), — mogą być wyjątkowo przyczyną głuchoniemoty, to stanowisko, by w każdym przypadku głuchoniemoty przerosły migdałek gardłowy wyjmować, jest niedopuszczalne.

Na zasadzie obecnych wiadomości wiemy, kiedy wyjęcie przerosłego migdałka się przyda lub może się przydać; dlaczegoż tylko wobec głuchoniemego mamy zapominać o tych wiadomościach i operować zawsze, czy przerosły migdałek przeszkadza, czy nie? Byłoby to leczenie bez wskazań. Dla głuchoniemego muszą pozostać te same wskazania do operowania, co i dla niegłuchoniemego. Jeżeli, badając głuchoniemego, stwierdzimy zmiany w uchu środkowem, to wyjmiemy migdałek, żeby usunąć te zmiany, a jeżelibyśmy szczęśliwym trafem otrzymali poprawę słuchu — tem lepiej; sądzę jednak, że nikt nie będzie operować wtedy, kiedy rozpozna, że głuchoniemy ucho środkowe ma zdrowe, że tym sposobem jest wykluczone, żeby ta część narządu słuchu mogła przyczynić się do powstania głuchoniemoty. Czyż wyjęcie przerosłego migdałka gardłowego wpłynie na wadę rozwojową ucha wewnętrznego, na zmiany w nerwie i ośrodkach mózgowych? A przecież te zmiany, nie inne, podaje nam anatomia patologiczna jako jedyną, a jeżeli chcemy być ostrożni, jako prawie jedyną przyczynę głuchoniemoty. Po cóż operować takie przypadki, jeżeli tylko w uchu środkowem niema zmian, zależnych od przerosłego migdałka?

Propozycya, by migdałek gardłowy usuwać w każdym przypadku głuchoniemoty, przypomina mi inną propozycyę, zrobioną już dawniej, ażeby wycinać przerosły migdałek gardłowy zawsze, gdyż może on być punktem zakażenia gruźlicą; propozycya ta nie utrzymała się. A przecież tutaj są bodaj pozory słuszności, bo nie możemy odróżnić, który i kiedy przerosły migdałek gardłowy może przyczynić się do zakażenia gruźlicą. A tutaj, gdzie wiemy, kiedy wywołuje zmiany przerosły migdałek gardłowy w narządzie słuchu, gdzie wiemy, kiedy jest on szkodliwy dla narządu słuchu, mamyż operować zawsze bez względu na to, czy wywołał on zmiany w narządzie słuchu, czy nie? Stanowisko takie możliwem było w tych razach, kiedyśmy o głuchoniemocie wiedzieli tyle, że głuchoniemy »nie słyszy« i »nie mówi«. Wtedy częstość przerostu migdałka gardłowego u głuchoniemych, ogłoszone przypadki «wyleczenia« głuchoniemoty, mogłyby nas doprowadzić do takiego wniosku, i wniosek byłby usprawiedliwiony; ale nigdy w czasach obecnych. Obecnie musi obowiązywać zasada: operujmy tam, gdzie trzeba, t. j. tylko tam, gdzie przerosły migdałek gardłowy daje objawy; tam, gdzie on zmian nie wywołuje, zostawmy go w spokoju, inaczej byłoby to operowanie dla operacyi.

Kilka słów z powodu artykułu Dra Zalewskiego: W sprawie operacyi przerosłego migdałka gardłowego przy głuchoniemocie.

Skreślił

Dr Jan Sędziak (Warszawa).

W artykule powyższym, noszącym od początku do końca cechy polemiczne, Dr Zalewski usiłuje zwalczać pogląd mój, wyrażony w odczycie »O t. zw. wyroślach gruczołowatych w jamie nosowo-gardłowej na podstawie przeszło 1000 dokonanych operacyi«, jaki wygłosiłem na ostatnim Zjeździe lwowskim,—pogląd, dotyczący związku przyczynowego między przerosłym migdałkiem gardłowym z jednej, a głuchoniemotą z drugiej strony.

Że dowodzenie jego nie jest oparte na podstawach naukowych i jako takie nie wytrzymuje krytyki, postaram się udowodnić w niniejszej odpowiedzi.

Do ostatnich niemal czasów zbyt mało zwracano uwagi na stosunek przerosłego migdałka gardłowego, czyli t. zw. wyrośli gruczołowatych w jamie nosowo-gardłowej do głuchoniemoty. I dlatego to za wielką zasługę należy poczytać prof. Gradenigo z Turynu, że w znakomitej swej monografii o przerosłym migdałku gardłowym (Die Hypertrophie der Rachentonsille — 1901) poświęcił tej niezmiernie ważnej sprawie cały rozdział, wykazując niezbicie na podstawie naukowej, że pomiędzy obiema temi sprawami zachodzi ścisły związek przyczynowy.

Bardzo słusznie, zdaniem mojem, autor ten zwraca uwagę, że »schon die einfache Betrachtung des grossen Werthes, welchen die Hyperplasie dieser Tonsille bei der Hervorbringung schwerer Ohrleiden bei kleinen Kindern hat, lässt erkennen, dass die Taubstummheit, welche in vielen Fällen nichts anderes ist, als hochgradige Taubheit, die in den ersten Lebensjahren aufgetreten ist, eng an das Vorhandensein der Rachenhyperplasie gebunden sein kann«.

Trudno chyba nie przyznać słuszności powyższemu poglądowi, który należy uważać za miarodajny w danej sprawie. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, z czem zgadzają się najwybitniejsi specyaliści zarówno chorób usznych, jakoteż i gardła, że przerost migdałka gardłowego zdarza się przy głuchoniemocie niezmiernie często. Większość autorów, zajmujących się specyalnie tą sprawą, podaje liczby wprost uderzające, np. przytaczany wielokrotnie przez Zalewskiego Urbantschitsch (88,5%!), Aldrich 73%, Hellat 64%, Poisson i Frankenberger po 59,5%, Wróblewski 57,5%, Gradenigo 50% i t. d.

Co za ogromna różnica w porównaniu z częstością tego cierpienia wogóle (najwyższa liczba 9,5% — mianowicie w mojej statystyce)! Czyż nie powinna ona przekonać każdego nieuprzedzonego lekarza, że wszak tu o zwykłej koincydencyi i mowy być nie może, że musi bezwarunkowo istnieć między temi sprawami jakiś bliższy związek przyczynowy?

Że niektórzy autorowie, na co Zalewski kładzie taki nacisk, podają mniejsze liczby, to prawdopodobnie zależy od tego, że nie brali oni w rachubę mniejszych przerostów migdałka gardłowego wzgl. bocznych, które wszak również mogą wywierać wpływ ujemny na sprawy uszne wzgl. głuchoniemotę. Zresztą i te nawet liczby, jakkolwiek, zdaniem mojem, nie odpowiadają istotnemu stanowi rzeczy, są jeszcze wyższe od tych, jakie podawali różni autorowie dla wykazania częstości wogóle tego cierpienia.

Nie ulega więc najmniejszej wątpliwości, wbrew twierdzeniu przeciwnemu Zalewskiego, że między przerostem migdałka gardłowego z jednej strony, a głuchoniemotą z drugiej, istnieje niewątpliwy związek przyczynowy.

Jakiego rodzaju jest ten związek?

Przedewszystkiem istnieje niewątpliwie pewna, zdaniem mojem stosunkowo znaczna liczba przypadków (czego

zresztą z góry można się było spodziewać, mając na uwadze wyżej przytoczone liczby, dowodzące niezwykłej częstości tego cierpienia przy głuchoniemocie), w których związek ten jest bezpośredni — przyczynowy, w tem mianowicie znaczeniu, że dziecko, rodząc się z wyroślami gruczołowatemi, a co jest możliwe, jak o tem świadczą przypadki Thosta, Fraenkla, Jaworskiego, oraz moje, lub też nabywszy tego stanu po pewnym czasie, traci słuch w następstwie spraw nieżytowych lub ropnych w uchu środkowem, a co za tem idzie, nie może nauczyć się mówić, lub też zapomina to, czego już się zdążyło nauczyć. Że to jest możliwe, dowodzą nieliczne wprawdzie, jednak niewątpliwe, przez wiarogodnych autorów podane przypadki wyleczenia głuchoniemoty po usunięciu operacyjnem przerosłego migdałka. Są to mianowicie, o ile mi z dostępnego mi piśmiennictwa wiadomo, 2 przypadki Arslana, 3 Cassiani Inganiego, jeden Couetonxa, jeden mój, wreszcie 2 Gradeniga. Zalewski utrzymuje nawet (nie przytaczając niestety autorów), że jest ich więcej, co przemawiałoby tembardziej za słusznością mojego poglądu. Ja jestem również przekonany, że przypadki takie zdarzają się o wiele częściej, aniżeli się to przypuszcza, z różnych jednakże względów nie są one niestety do wiadomości ogólnej podawane, na czem, rzecz prosta, tylko traci sprawa tak ważna, jaką jest niewątpliwie sprawa stosunku wzajemnego obu tych cierpień.

Tak czy owak, w tej grupie przypadków głuchoniemoty t. j. przy istniejących zmianach w uchu środkowem, zależnych od obecności wyrośli gruczołowatych w jamie nosowo-gardłowej, obowiązkiem naszym jest usuwać te wyrośle na drodze operacyjnej i to jak najwcześniej, jako niewątpliwą w tych razach przyczynę bezpośrednią głuchoniemoty.

Drugą według Gradeniga grupę przypadków stanowią te, w których przerost migdałka gardłowego jest również przyczyną głuchoniemoty, lecz tylko pośrednią. Wiadomo powszechnie, że wskutek obecności wyrośli gruczołowatych w jamie nosowo-gardłowej, wywołujących mniejszą lub większą niedrożność nosa, sprawy zakaźne ogólne, zwłaszcza ostre wysypki u dzieci, sprawy ustrojowe, wreszcie miejscowe sprawy zakaźne, zwłaszcza te, jakie toczą się w uchu wewnętrznem o przebiegu powolnym z objawami wrodzonego przymiotu i gruźlicy, mogą przebiegać gorzej wskutek wadliwego przewietrzania jamy bębenkowej, oraz zapalnych zmian obocznych, jakie się w jamie bębenkowej w następstwie przerostu migdałka gardłowego rozwijać mogą.

I w tej również kategoryi przypadków można się spodziewać według Gradeniga pomyślnego wpływu na głuchoniemotę po usunięciu wyrośli gruczołowatych z jamy nosowo-gardłowej.

Wreszcie trzecia i ostatnia grupa, którą Zalewski wyłącznie tylko przyjmuje, niesłusznie zresztą, jak to powyżej wykazałem, obejmuje przypadki głuchoniemoty z zajęciem ucha wewnętrznego, oraz przerostem migdałka gardłowego, lub też całego t. zw. pierścienia chłonnego Waldeyera, t. j. migdałków podniebiennych, oraz językowego. W przypadkach tych rzeczywiście trudno przypuścić związek przyczynowy, zwłaszcza bezpośredni, między głuchoniemotą, a tymi przerostami Natomiast obie te sprawy mają jedną i tę samą przyczynę wspólną, a więc wrodzone wady rozwojowe, lub sprawy ogólne ustrojowe, jak zołzy, przymiot, oraz gruźlica (wrodzona). W przypadkach tych, rzecz prosta, nie można się spodziewać jakiegoś wybitniejszego wpływu pomyślnego na głuchoniemotę po operacyi przerosłego migdałka gardłowego, jakkolwiek w jednym z 3 wyżej wymienionych przypadków Cassiani Inganiego (głuchoniemota pochodzenia ośrodkowego w związku z zaburzeniami ogólnemi ustroju) nastąpiło również wyleczenie. W przypadkach tej ostatniej kategoryi Urbantschitsch również nie widywał skutku po tej operacyi, którą zresztą stosuje bardzo często (w $^1/_4$ wszystkich przypadków) w głuchoniemocie, przyczem, jak to Zalewski sam zaznacza w swoim artykule, operacya przerosłego migdałka gardłowego wywierała zawsze w tych razach wpływ dodatni na inne objawy, czyli innemi słowy — operacya ta nie tylko chorym nie przyniosła szkody, lecz nawet z pewnym dla nich pożytkiem była połączona.

Chciałbym tu jeszcze poruszyć sprawę ogólniejszego znaczenia, mianowicie wskazań do operacyi przerosłego migdałka gardłowego wogóle, w czem również różnimy się z Zalewskim zasadniczo. W sprawie tej już kilkakrotnie głos zabierałem, przyczem zawsze dowodziłem i dowodzić nie przestanę, że skoro tylko stwierdziliśmy u dziecka obecność wyrośli gruczołowatych w jamie nosowo-gardłowej, zwłaszcza obfitszych, należy, niezależnie od tego, czy są lub nie wyraźniejsze objawy, bezzwłocznie przystąpić do operacyi, gdyż w ten tylko sposób możemy uniknąć na przyszłość groźnych niekiedy zaburzeń, przedewszystkiem ze strony narządu słuchowego (według Meyera i Hartmanna w 74%), jakoteż w sferze intellektualnej (według Karutza i Brühla w 70 — do 75% przypadków istniał u idyotów przerost migdałka gardłowego — w 43% moich przypadków spostrzegłem stan, zwany: *aprosexia nasalis)*.

Jednem słowem ja kładę nacisk na leczenie zapobiegawcze — najwłaściwsze przy dzisiejszym stanie nauki: wszak dziś głównem zadaniem lekarza powinno być nie tylko zwalczać istniejące już stany chorobowe, ale także im zapobiegać.

To, co Zalewki wspomina o zanikaniu przerosłego migdałka gardłowego u dorosłych, jest faktem ogólnie znanym, dotyczącym całego t. zw. pierścienia chłonnego gardła, a więc i migdałków podniebiennych, oraz językowego. Czyż jednakże z usuwaniem tych ostatnich będziemy zwlekać, wyczekując ich zaniku w wieku późniejszym, a tymczasem narażając dziecko na różnorodne powikłania, niekiedy wprost życiu jego grożące? Toż samo *mutatis mutandis*, a nawet w większym jeszcze stopniu tyczy się przerosłego migdałka gardłowego, który wskutek swojej siedziby wywołać może zaburzenia o wiele poważniejsze, zwłaszcza ze strony narządu słuchowego, a których uniknąćby można przez wczesną operacyę zapobiegawczą.

Wracając do mojego poglądu, który dał powód do niniejszej polemiki, a który brzmi »wobec powyższego sądzę, że należy w każdym przypadku głuchoniemoty zastosować leczenie operacyjne wyrośli gruczołowatych, przyczem kto wie, czy przez wczesne operowanie tych ostatnich nie zdołamy uprzedzić występowania ewent. głuchoniemoty«, muszę tu z przyjemnością zaznaczyć, że pogląd ten, wypowiedziany przezemnie jeszcze przed laty 10 w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem w odczycie moim »O wynikach leczenia operacyjnego t. zw. wyrośli adenoidalnych w jamie nosowo-gardłowej« [1]), znalazł zwolennika w osobie jednego z najpierwszych, jeżeli nie najpierwszego obecnie znawcy chorób usznych, wyżej wspomnianego Prof. Gradeniga z Turynu, jak to zresztą przekonać się można z następujących jego słów (str. 320 l. c.): »Da es in der Praxis sehr schwer und oft unmöglich ist, zu beurteilen, mit welcher der drei angegebenen Kategorien wir es bei einem vorhandenen taubstummen Kinde zu thun haben, so folgt daraus die Regel, dass bei einem Kinde, das taubstumm erscheint und eine hyperplastische Rachentonsille zeigt, die Abtragung dieser Tonsille zweckmässig ist« [2]).

---

[1]) Gazeta lekarska, 1897, oraz Archiv für Laryng, 1898.
[2]) Na tem Redakcya »Przeglądu« polemikę w tej sprawie zamyka.

Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Resekcya kątnicy.

Zarys techniki operacyjnej.

Podał

Dr Z. Radliński.

(Ciąg dalszy)

Co do raka, to naturalnie zupełnie nie możemy wpłynąć na przebieg sprawy nowotworowej. Nie możemy również wyłączyć zatrucia ustroju swoistymi jadami rakowymi, natomiast możemy w znacznym stopniu ograniczyć sprawę rozpadową i wessanie produktów gnicia i doprowadzić do zmniejszenia wtórnie do raka się do łączający nacick zapalny. W rzadkich przypadkach może się wskutek tego zdarzyć, że niedopuszczający na razie myśli o zabiegu doszczętnym guz rakowy, po zabiegu łagodzącym po niejakim czasie zmaleje i uruchomi się, a jednocześnie stan chorego, częściowo zwolnionego od zatrucia, poprawi się o tyle, że wtórnie na wyłuszczenie guza się zdecydujemy. Przeważnie zabieg łagodzący będziemy zmuszeni wykonać w przypadkach zupełnie beznadziejnych. Schloffer na podstawie swego materyału dochodzi do wniosku, że zabiegów łagodzących przy raku, o ile nie ma wybitnych objawów zwężenia, należy wogóle zaniechać, ponieważ one wcale nie przedłużają życia choremu. Nam się zdaje, że już otworzywszy jamę brzuszną, a nie mogąc guza usunąć, powinniśmy, nawet jeżeli na razie nie ma objawów zwężenia, zapobiedz możliwemu z dnia na dzień ich powstaniu przez wytworzenie conajmniej drogi okolnej (enteroanastomozy).

Wyłączenie kątnicy może być wykonane dwustronne i jednostronne. Robiąc dwustronne wyłączenie przerwiemy sposobem, podanym przy resekcyi, ciągłość pętli doprowadzającej i odprowadzającej; końce odcinków zaopatrzymy, jak po resekcyi, poczem nastąpi, również jak tam połączenie (enteroanastomoza).

Sprawa postępowania z końcami pętli wyłączonej stanowiła przez szereg lat zagadnienie sporne. Gdy jedni chirurgowie uważali za możliwe zaszywanie ich na ślepo (Bar ącz, Obaliński) i otrzymywali nawet pomyślne niekiedy wyniki stosując to postępowanie, inni, i tych jest znaczna większość (np. ten sam Obaliński później, Körte, Schloffer) uważają za konieczne przynajmniej jeden koniec jelita wyłączonego pozostawić otworem.

Nawet przy zupełnie zdrowem jelicie nie można liczyć na to, że wydzielina śluzówki będzie się w równej ilości wytwarzała i wchłaniała; przy jelicie zmienionem w jakikolwiek sposób należy wobec wzmożonego wytwarzania się wydzieliny i upośledzonego wchłaniania przewidywać tem większą przewagę wydzielania. Po dwustronnem zamknięciu światła pętli wyłączonej wywoła to jej pęknięcie. Oba końce zaszyć na ślepo będzie można tylko wtedy, jeżeli pętla wyłączona jest połączona z powierzchnią skóry zapomocą przetoki, przez którą może wydzielać swą treść; w przeciwnym razie przynajmniej jeden koniec otwarty należy umocować przy brzegu rany brzusznej.

Wyłączenie jednostronne polega na tem, że przerywamy ciągłość tylko jednej z pętli jelitowych, łączących część zmienioną z resztą jelit, a mianowicie w zasadzie pętlę doprowadzającą.

Zaszywszy na ślepo koniec, wiodący do guza, drugi koniec przeciętej pętli łączymy z jelitem, idącem od guza zapomocą wszczepienia bocznego, lub, lepiej, bocznego połączenia (entoroanastomozy).

W zasadzie, jak wspomniałem, do przecięcia należałoby wybrać odcinek odprowadzający, a to dla tego, że jednym z celów wyłączenia jest niedopuszczenie treści jelitowej do odcinka zmienionego. Gdybyśmy przecięli pętlę, idącą od guza, zaszyli ją na ślepo i połączyli z pętlą doprowadzającą jej koniec odśrodkowy, to wtedy treść jelitowa szłaby drogą zwykłą przez guz aż do końca zaszytego, wypełniłaby odcinek chory i do otworu połączenia sztucznego (anastomozy) zaczęłaby uchodzić dopiero wtedy, gdy w wyłączonym odcinku powstanie pewne ciśnienie, zmuszające płyn do szukania ujścia na bok. Zresztą nawet przecinając doprowadzający odcinek, nie osiągamy zupełnego wyłączenia zmienionej pętli z pod wpływu treści, ponieważ pozostaje możność powrotnego zaciekania zawartości z pętli doprowadzającej do części wyłączonej. Przekonywa o tem to, że o ile z pętli w ten sposób wyłączonej prowadziła na zewnątrz przetoka kałowa, po operacyi charakter wydzieliny tej przetoki może pozostać kałowym (Körte). Z drugiej strony sam zabieg prawie nie jest mniejszym od wyłączenia dwustronnego.

W klinice krakowskiej metody wyłączenia nie są stosowane, ponieważ sam zabieg nie jest o wiele lżejszy od resekcyi, a zysków nie daje. Prof. Kader w jednym przypadku jednostronnego wyłączenia widział zejście śmiertelne wskutek pęknięcia pętli wyłączonej między ślepym końcem a guzem w następstwie nagromadzenia się wydzieliny w parę miesięcy po operacyi wyłączenia.

Enteroanastomoza sama przez się naturalnie nie stanowi wyłączenia zupełnego. Po za rozważaniem teoretycznem dowodzą tego przypadki (Körtego i inne przytoczone u Brunnera), w których wydzielina przetoki po enteroanastomozie pozostała kałową. Na korzyść jednak zespolenia okolnego przemawia prostota i szybkość jego wykonania i prócz tego klinicznie stwierdzona okoliczność, że chociaż nie jest wyłączeniem zupełnem, to jednak w skutkach często bywa jemu równe. Objaśnienie znaleść chyba można w tem, że po wytworzeniu drogi okolnej dla treści, sprawa chorobowa ma możność swobodnego szerzenia się ku wnętrzu jelita i odcinek chory, nie musząc przepuszczać treści jelitowej, staje się stopniowo przez sprawę chorobową niedrożny lub prawie niedrożny. Po wytworzeniu się takiej niedrożności w zmienionym odcinku jelita następuje zupełny spokój, brak przepływu drażniącej treści i brak ruchów robaczkowych, czyli warunki, do których dążymy przy wytwarzaniu wyłączenia zupełnego. Pozorna sprzeczność, jakaby wynikała pomiędzy tem objaśnieniem, a wspomnianem zachowaniem się przetoki kałowej po połączeniu jelit ustaje, jeżeli początek takiej uporczywej przetoki w jelicie wyobrazimy sobie na granicy między odcinkiem zdrowym doprowadzającym a zmienionym.

Jak wspomniałem wyżej, może się zdarzyć, że chory z guzem kątnicy dostanie się do chirurga dopiero z objawami silnego zwężenia lub zupełnej niedrożności jelit. W tym stanie nawet ogólnikowe rozpoznanie miejsca zwężenia lub zamknięcia światła spotkać się może z poważnemi trudnościami, wynikającemi z rozdęcia jelit i napięcia

ściany brzusznej. Rozpoznanie będzie możliwe nieraz dopiero po dokonaniu cięcia brzusznego. Ponieważ objawy zwężenia lub niedrożności mogą przy guzie kątnicy nie występować wogóle lub bardzo późno, zarówno, jak i wystąpić w okresie wczesnym, zupełnie nadającym się do operacyi doszczętnej, możemy w tym ostatnim przypadku stanąć wobec pokusy dokonania doraźnej resekcyi. Wyżej wymieniłem (pt. przeciwskazania) powody, dla których w tym razie należy się ograniczyć niekiedy tylko do utworzenia odbytu sztucznego.

Odbyt sztuczny, utworzony na jelicie biodrowem, zawierającem treść płynną, sposobem, podobnym do utworzenia przetoki żołądka według Kadera, pełni swą czynność dobrze, a dla chorego jest stosunkowo mało uciążliwy, wywołując zanieczyszczenie skóry i otoczenia w stopniu stosunkowo najmniejszym.

W pętli, obranej do utworzenia odbytu sztucznego, robi Prof. Kader mały otworek i wprowadza do pętli doprowadzającej cienki (7—10 mm) sączek gumowy z powycinanemi okienkami na głębokość 10—15 cm. Dokoła sączka zakłada się jedwabny szew kapciuchowy, przy którego zaciąganiu otwór przepuszczający sączek wpukla się do światła jelita tak, iż przypada na wierzchołku cypla, wpuklonego do jelita przez zaciągnięcie kapciucha. Nad szwem kapciuchowym zakłada się po obu stronach sączka po dwa szwy typu Lemberta, które opisany kikut wpuklają jeszcze głębiej do jelita, przez wytworzenie fałdu na ścianie jelita i fałd ten wytwarza się w kierunku poprzecznym względem osi jelita. Pętlę, w ten sposób zaopatrzoną, zginamy tak, aby wyjście sączka ze szczeliny na powierzchnię jelita przypadało na jej wierzchołku i umocowujemy paru szwami w ranie brzusznej, zaszytej aż do pętli w ten sposób, by jelitowy przyczep krezki był na 1—2 cm. ponad poziomem otrzewnej ściennej.

Po przeminięciu ostrych objawów, o ile warunki guza na to pozwalają, wskazanem będzie jego wyłuszczenie po 1—2 tygodniach po pierwszym zabiegu.

Jeżeli w przypadku guza kątnicy, technicznie nadającym się do resekcyi, ale operowanym w okresie ostrej niedrożności, wypadnie utworzyć odbyt sztuczny, radziłbym liczyć się z warunkami uplanowanego na później zabiegu doszczętnego. Mianowicie, o ile wykonano cięcie brzuszne rozpoznawcze pośrodkowe, nie należy go użyć do utworzenia odbytu, ale zrobić małe nacięcie ściany brzusznej po nad dołem biodrowym prawym i tam odbyt utworzyć. Cięcie pierwotne zaszyjemy zupełnie. Dalej należy oględnie wybierać na jelicie biodrowem miejsce, przeznaczone na utworzenie odbytu i nie tworzyć go, jak to bywa, na wypukłającej się do rany pętli rozdętej, gdziebądź, aby prędzej, ale wyszukać pętlę, blisko do guza podchodzącą. Uwzględnienie wymienionych okoliczności pozwoli przy późniejszym zabiegu doszczętnym usunąć guz wraz z odbytem sztucznym. Utworzenie odbytu w linii środkowej zmusiłoby przy zabiegu doszczętnym do zbyt rozległego cięcia ściany brzusznej po za linię środkową po przez mięśnie proste w celu udostępnienia guza. Pozostawienie zaś po resekcyi kątnicy odbytu sztucznego poprzednio założonego, może czasem zmusić do pozostawienia go na zawsze, ponieważ wytworzone poniżej przy resekcyi połączenie jelit czy to przez enteroanastomozę, czy też w inny sposób, będąc nieczynne, ulega, jak wiadomo, zwężeniu, o którego stopniu przed przystąpieniem do wtórnego zamknięcia odbytu sztucznego nie podobna się przekonać i ocenić go, a przecież byłoby to niezbędne. Tego rodzaju zwężeniu zapobiedz może w znacznym stopniu stosowana przez Prof. Kadera bardzo szeroka (5 ctm.) enteroanastomoza.

To co mówiłem tu o zamknięciu odbytu sztucznego, nie odnosi się do odbytu, wytworzonego sposobem Kadera. Odbyt ten wskutek ściągania się umocowanej pętli z powrotem do jamy brzusznej, stopniowo przechodzi w przetokę kałową, której znów zupełnie nie potrzeba osobno zamykać, ponieważ dzięki szerokiemu przyleganiu błon surowiczych w obrębie wpuklonego fałdu, po usunięciu sączka, szybko sama się zamyka. Że fałd wpuklony nie wywołuje zwężenia jelita, o tem, po za doświadczeniem klinicznem, świadczą odlewy gipsowe światła jelita w miejscu przetoki, które posiada Prof. Kader.

Jeżeli operujemy w okresie już powstałego na tle niedrożności bezwładu jelit, nie będziemy się mogli obejść bez utworzenia przetoki kałowej. Wypadnie mianowicie utworzyć jeden lub nawet parę dodatkowych upustów dla trującej treści jelitowej w postaci przetoki sztucznej jelita, oprócz założonego w zwykły sposób odbytu sztucznego. Zresztą nie zaliczam utworzenia przetoki kałowej do rzędu metod łagodzących przy guzach kątnicy, jak to robiono dawniej, ponieważ ona nie usuwa zmienionego odcinka z pod wpływu krążenia kału, co natomiast sprawia odbyt sztuczny, stanowiąc pewien, co prawda najpośledniejszy, rodzaj wyłączenia [1]).

Sposoby wieloczasowe.

Chcąc w sprawie resekcyi kątnicy podać pewną zaokrągloną całość, nie mogę pominąć choćby krótkiego opisu t. zw. sposobów wieloczasowych, które względem dawnego sposobu jednoczasowego stanowią taki sam postęp, jak względem nich samych opisana przezemnie metoda.

Pierwszy zaproponował sposób wieloczasowy Bloch (1892). Resekował on następczo jelito, wyłonione przy pierwszym zabiegu i pozostające w związku z krezką. Dalej Müller opisał w r. 1896 przypadek guza gruźliczego, który operował dwuczasowo i przytem pozaotrzewnie. Uruchomiwszy guz po nacięciu otrzewnej na zewnętrznym brzegu okrężnicy wstępującej, wydobył go z jamy brzusznej i krezkę przyszył do wewnętrznego brzegu rany operacyjnej. Po 6 dniach resekował wyłonione [2]) jelito, zeszył końce i pogrążył je w jamie, oddzielonej od wolnej jamy otrzewnej przez krezkę okrężnicy wstępującej. Tamponada rany; przebieg pomyślny. Sposób Blocha i Müllera daje się zastosować w tych przypadkach, w których w krezce okrężnicy nie ma powiększonych gruczołów chłonnych. Dla tych przypadków, w których gruczoły również uległy chorobie zaproponował Mikulicz sposób wielocza-

[1]) Zaznaczę tutaj, że o ile pomiędzy zakładaniem przetoki kałowej sposobem zwykłym, a odbytem sztucznym metodą np. Maydla lub Schinzingera zachodzą poważniejsze różnice techniczne, o tyle oba te zabiegi w sposobie Kadera kształtują się prawie jednakowo. Jedyna różnica polega na tem, czy pętlę z sączkiem umocujemy w ranie na poziomie otrzewny ściennej (przetoka), czy też wyciągnąwszy ją cokolwiek po nad poziom rany brzusznej (odbyt).

[2]) Proponuję pojęcia, oznaczane po łacinie: antepositio, po niemiecku: Vorlagerung, wyrażać pochodnemi czasownika *wyłonić*.

sowy z planem następującym: zupełne uruchomienie i oddzielenie od krezki jelita chorego wraz z zajętymi gruczołami, wszycie do rany brzusznej obu pętli jelitowych, łączących odcinek chory z pozostałymi; zapomocą szwu zapewnia się równoległe ułożenie obu pętli. Na tem pierwszy zabieg się kończy. Tegoż dnia lub nazajutrz następuje odcięcie jelita wyłonionego po nad poziomem skóry i wytworzenie w ten sposób odbytu sztucznego. Po 10—14 dniach zaczyna się przerobienie odbytu sztucznego na przetokę kałową przy pomocy kentrotrybu. Ostatni akt stanowi zamknięcie przetoki kałowej.

Jeszcze inny typ operacyi wieloczasowej podał Schloffer (1903) dla jelita grubego. Pierwszy akt stanowi utworzenie odbytu sztucznego; po kilku lub kilkunastu dniach następuje wyłuszczenie guza. Schloffer uważa za bardzo ważną i pomyślną okoliczność, że operuje się wtedy na elicie, nic zawierającem kału. Po resekcyi doraźne zeszycie końców jelita, w zasadzie osiowe (*end to end*). Po niejakim czasie następuje zamknięcie utworzonego poprzednio odbytu sztucznego, przedtem trzeba się jednak zawsze przekonać, czy na miejscu szwu jelitowego nie nastąpiło zwężenie. W tym celu wprowadza Schloffer do odżołądkowego otworu odbytu długi, stopniowo grubiejący (stożkowaty) sączek gumowy w kierunku odbytnicy i dopiero wydostawszy go przez odbytnicę, a więc wyłączywszy zwężenie, uważa za dozwolone zamknięcie odbytu sztucznego. Sposób ten, jak zresztą zaznacza sam autor, do resekcyi kątnicy chyba się nie nada z powodu jej znacznej odległości od odbytnicy i wynikającej stąd trudności lub nawet niemożliwości przekonania się o stanie zespolenia poresekcyjnego.

Po za temi z góry i planowo wieloczasowemi metodami operacyjnemi w poszczególnym przypadku, jak wspomniałem wyżej, w wieloczasowy zabieg ukształtować się może leczenie, przedsięwzięte na razie w postaci jednego z opisanych wyżej sposobów łagodzących. W przypadkach tych następowe zmniejszenie się i uruchomienie guza, poprawa stanu ogólnego chorego, może wywołać i usprawiedliwić zamiar wyłuszczenia guza wtórnie. Do takiego wieloczasowego zabiegu mogą nakłonić nawet zasadniczych zwolenników postępowania jednoczasowego warunki danego przypadku.

Zestawię raz jeszcze powody, dla których jesteśmy zwolennikami jednoczasowego operowania guzów kątnicy. A więc — znieczulenie lędźwiowe. Po jego zastosowaniu następuje zawsze trwający 1—1$^1/_2$ godziny okres znieczulenia; na jego długość niema wpływu to, czy operuje się, czy nie. Nie ma tu tego, że z każdą minutą i z każdą kroplą środka usypiającego pogłębiamy zatrucie ustroju. Dalej samo wyłuszczenie guza, najcięższy okres zabiegu musi przy sposobie jednoczasowym i wieloczasowym być dokonany jednorazowo, a po dokonaniu tego pozostają już tylko zabiegi zupełnie proste, szybkie i w dodatku niebolesne jak enteroanastomoza i zaopatrzenie końców jelit. Niebolesność tej części zabiegu zaznaczam dla tego, że może ona właśnie przypaść na okres kończącego się znieczulenia. Pozostaje tamponada i szew częściowy rany. To zakończenie zabiegu może być bardzo przykre dla chorego w razie ustąpienia znieczulenia, prawie zawsze wystarczy tu jednak wstrzyknięcie morfiny. Zabieg jest skończony, pozostaje tylko okres gojenia się.

Prof. Kader nie widzi powodu, któryby przy takiem postępowaniu miał zasadniczo zmuszać do przerwania operacyi przed końcem, innemi słowy, wywołać przejście do sposobu wieloczasowego.

Pozostawiając choremu odbyt sztuczny przy metodach wieloczasowych, wystawiamy go, pomijając już wogóle pożałowania godny stan człowieka z odbytem sztucznym na jelicie biodrowem, na konieczność zamykania odbytu. Dobrze, o ile gładko się uda zastosowanie kentrotrybu, tego nam nie zapewnia jednak w zupełności nawet umocowanie równoległe pętli odbytowych zapomocą szwu (2 przyp. śmierci z zapal. otrzewnej — Anschütz). Przypuśćmy jednak, zupełnie słusznie co do większości przypadków, że odbyt przez zmiażdżenie ostrogi pomyślnie zamienimy na przetokę kałową: pozostaje jej zamknięcie. O ile wyłączymy z szeregu zabiegów »normalnych« nieraz stosowane powierzchowne odświeżenie brzegów przetoki i zaszycie w nadziei, że »może się zrośnie«, to przecież zabiegu typowego z dokładnem udostępnieniem sobie ścian jelita dla szwu, z możliwością otworzenia wolnej otrzewnej w warunkach z góry niepomyślnych, z koniecznością nieraz plastyki skórnej, nie możemy uważać za obojętny, i uważać chorego, który go przejść musi, za już uleczonego.

(Dok. nast.)

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

J. Comby. **Odczyn oczny tuberkulinowy w klinice dziecięcej na podstawie 300 spostrzeżeń.** (*Bull. méd.* 1907, Nr 90). Autor na podstawie swoich badań poleca odczyn Calmettea jako bezwzględnie pewny. Gdzie nie było odczynu za życia, tam nigdy na sekcyi, o ile dziecię zmarło, nie stwierdzano żadnych śladów gruźlicy; gdzie zaś odczyn był dodatni, zawsze albo przebieg choroby, albo badanie pośmiertne dowiodło, że ustrój był zakażony gruźlicą. C. poleca do badań u dzieci rozczyn 1 na 200, a nie 1 na 100, jaki polecił Calmette, i jaki bywa stosowany u dorosłych. Rozczyn bowiem silniejszy w dwóch przypadkach na 24 wywołał odczyn bardzo ciężki, zaś słabszy, stosowany u 276 dzieci, ani razu gwałtowniejszych zaburzeń miejscowych nie wywołał. *Stahr.*

F. de Lapersonne. **Czy odczyn oczny tuberkulinowy jest dla oka samego niebezpiecznym?** (*Presse méd.* 1907, 99). Autor, okulista, zajmuje się sprawą odczynu ocznego ze swojego punktu widzenia i na podstawie sumiennej i bezstronnej oceny przypadków, które sam spostrzegał, dochodzi do wniosku, że w stosunku do olbrzymiej ilości dodatnich odczynów, dotąd wykonanych, ilość nieszczęśliwych przypadków i powikłań, z odczynu wynikłych, stanowi nieznaczny bardzo stosunek. Powikłania zdarzały się w postaci wrzodziejącego zapalenia rogówki, przechodzącego czasem na twardówkę; zjawianie się powikłań ułatwiały już poprzednio istniejące zmiany na rogówce. Powikłania nie zawsze zjawiały się po odczynie gwałtownym, lecz raczej po odczynach powolnych i późnych. Bystrość wzroku prawie nigdy poważnie nie ucierpiała. Tylko dwa razy zdarzyły się poważniejsze powikłania śródoczne z zajęciem tęczówki i ciałka rzęskowego. Tyczyło się to raz 45-letniej kobiety z wysokiem krótkowidztwem, a drugi raz 46-letniego chorego, który miał dawne zmiany na tęczówkach. L. stwierdza przeto, że odczyn oczny nie przedstawia dla oka zazwyczaj żadnego niebezpieczeństwa, jednakże doradza zachować następujące ostrożności: 1) Przed odczynem dokładnie zbadać oczy chorego. 2) Odczyn powinien być w okulistyce ograniczony. Nie należy go stosować dla rozpoznania cierpień samej gałki ocznej, czy to powierzchownych, czy głębokich, a można go używać tylko dla rozpoznawania chorób przydatków, powiek, dróg łzowych i oczodołu. 3) U osób wiekowych lepiej tego odczynu nie stosować. Odczyn i tak bywa w późnym wieku zwykle nie bardzo czuły, a jeśli się wydarzy jakie powikłanie, to goi się ono znacznie trudniej. *Stahr.*

Kraus, Lusenberger, Russ. **Czy odczyn spojówkowy Chantemessea nadaje się do rozpoznawania duru brzusznego** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, 45). Chantemesse strąca rozpuszczalną toksynę durową wyskokiem, a strąt rozpuszcza w wodzie w stosunku 0·00002 na 1 kroplę; tę ilość wkrapla na spojówkę chorych na dur brzuszny, u których po 6—12 godzinach powstaje zaczerwienienie spojówki, obrzęk i łzawienie. Ponieważ ludzie zdrowi oddziaływają na tę próbę bardzo słabo i krótko, radzi Chantemesse używać jej do wczesnego rozpoznania duru. Autorowie, chcąc sprawdzić wyniki, podane przez Chantemessea, sporządzili toksynę durową, która wstrzyknięta królikom śródżylnie w ilości 1—2 ctm.³, zabijała je w przeciągu 6—12 godzin. Wodne wyciągi tej toksyny, wkraplane na spojówkę ludzi zdrowych, nie wywoływały odczynu; w przypadkach duru, w którym odczyn Gruber-Widala był zawsze dodatni, występował odczyn tylko w 60·7 prc. W dalszym ciągu strącali autorowie toksynę durową wyskokiem, strąt rozpuszczali w wodzie i wkraplali na spojówkę; odczyn w durze występował zawsze. Wyciąg wodny toksyny durowej, ogrzany do 60°, tracił zupełnie zdolność wywoływania odczynu. Wyciągi z prątków durowych, na które spojówka ludzi zdrowych nie oddziaływała, wywoływały te same objawy spojówkowe u osób chorych na inne choroby w 50 prc. przypadków. Wyciąg wodny z prątka paratyfusowego i wyciąg wyskokowy z prątka okrężnicy nie wywoływały u zdrowych odczynu spojówkowego, zaś u chorych na dur wywoływał go pierwszy wyciąg w 54 prc., drugi w 100 prc. Chorzy zatem na dur mają ten sam stopień wrażliwości na powyżej wspomniane prątki, jak i na prątki durowe, a spojówka ich oddziaływa wprawdzie inaczej na jady bakteryjne, aniżeli spojówka osób zdrowych, ale nie wyłącznie na jad durowy. Podobnie działała u chorych na dur i tuberkulina. Wreszcie próbowali autorowie zapomocą jadów durowych otrzymywać odczyn skórny, podobny do tego, jaki Pirquet wywołuje u dzieci zapomocą tuberkuliny, lecz otrzymywali stale odczyn u chorych i u zdrowych. Na podstawie swoich doświadczeń dochodzą autorowie do wniosku, że wyciągi z prątka durowego, paratyfusowego, prątka okrężnicy, a także i rozcieńczona tuberkulina, wywołują rzadko odczyn spojówkowy u osób zdrowych; te same wyciągi wywołują u chorych na dur lub inne choroby odczyn; odczyn spojówkowy Chantemessea nie da się na razie spożytkować dla rozpoznania duru, a najlepszą metodą rozpoznawczą duru pozostaje odczyn Gruber-Widala. *Pisarski.*

Chantemesse. **Leczenie duru brzusznego surowicą.** (*Klin. therap. Wochs.* 1907, 41). Odsetek śmiertelności przypadków duru brzusznego, leczonych w ostatnich sześciu latach w Paryżu, wynosił 17 prc.; Ch. zaś, który w tym czasie leczył 1000 przypadków duru zapomocą surowicy, miał tylko 4·3 prc. śmiertelności. W innych szpitalach, gdzie również stosowano surowicę, obniżyła się śmiertelność z 10—12—10·6 prc. na 3 do 4—5 prc. Surowica zmienia obraz chorobowy. Po wstrzyknięciu następuje okres odczynu, w którym gorączka utrzymuje się, a może nawet wzrasta; na 5. lub 6. dzień gorączka opada, wszystkie objawy słabną i ten stan utrzymuje się aż do okresu zdrowienia. Surowica działa najkorzystniej w 7 pierwszych dniach choroby. Już w kilka godzin po wstrzyknięciu surowicy podnosi się ciśnienie krwi o 12—15 ctm. Hg. Liczba tętna opada równolegle z ciepłotą. Wydzielanie moczu zwiększa się. Jeżeli istniał białkomocz, może ustąpić. Po 10—12 dniach następuje okres zdrowienia, jeżeli zaś gorączka utrzymuje się, to nie wysoka. Wyzdrowienie postępuje szybko, jednak nawroty po 2—3 tygodniach są możliwe. Przy leczeniu surowicą występują rzadziej powikłania, i tak n. p. u żadnego z tych chorych, u których Ch. stosował surowicę przed 7. dniem choroby, nie zdarzyło się przebicie jelita. Ch. próbował także zapomocą toksyny durowej wywoływać odczyn spojówkowy i zużytkować go w celach rozpoznawczych. W istocie następował po wkropleniu do oka bardzo rozcieńczonej toksyny durowej odczyn, trwający 2—6 dni. Surowicę uzyskuje Ch. z koni, którym wstrzykuje zawiesinę prątków durowych. Dawka lecznicza wynosi kilka kropli na jedno wstrzyknięcie; działanie trwa około 10 dni; drugie wstrzyknięcie rzadko jest potrzebne. Morskie świnki i króliki po wstrzyknięciu hodowli durowych nie giną, jeżeli poprzednio wstrzyknięto im surowicę. Surowica ta, wcześnie wstrzyknięta, chroniła zwierzęta także od działania samych toksyn durowych. Ch. tłomaczy działanie surowicy na ustrój obecnością w niej opsonin, które działają na narządy krwiotwórcze. Obecność tych opsonin we krwi krążącej ułatwia fagocytozę. *Pisarski.*

Schumm. **O benzydynowej próbie krwi.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, 42). O. i R. Adler, a później także O. Schumm i C. Westphal dowiedli, że benzydyna jest bardzo czułym odczynnikiem krwi, jeżeli tylko przy wykonywaniu próby zachowa się pewne ostrożności. Pierwotną próbę O. i R. Adlera zmienił S. w następujący sposób: Do pewnej ilości moczu dodaje się równą objętość kwasu octowego zgęszczonego (*ac. acet. glaciale*), a następnie wytrawia się eterem; ten kwaśny wyciąg eteryczny należy raz lub dwa przepłukać wodą przekroploną, a następnie czysto ściągnąć; do tego wyciągu dodaje się następnie 2 ctm. 5 prc. na zimno przygotowanego, wyskokowego rozczynu benzydyny i 2 ctm.³ 3 prc. wody utlenionej. W razie obecności krwi powstaje zabarwienie zielone. Odczyn jest bardzo czuły. Dla wykrycia krwi w stolcach podali Schlesinger i Holst sposób, polegający na tem, że do kilku kropli zawiesiny stolca we wodzie dodaje się po 2 ctm.³ powyżej wspomnianych rozczynów benzydyny i wody utlenionej, a następnie kilka kropli kwasu octowego. Ujemną stroną próby z benzydyną jest to, że nie wszystkie jej próbki są jednakowo czułe na krew. Nawet próbki, z tej samej fabryki pochodzące, różnie się pod tym względem zachowują. Pomiędzy próbkami, sprowadzonemi od Mercka, znajdował S. benzydyny, wykrywające krew w rozcieńczeniu: 1: 200.000, innym razem dopiero w rozcieńczeniu 1: 10.000. W benzydynach z innych fabryk różnice były jeszcze większe. *Pisarski.*

Buttersack. **O ostrem zatruciu po lawatywach z oleju.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 45). U chorej na kamicę żółciową wystąpił w $2^{1}/_{2}$ godziny po lawatywie z oleju (rzekomo) łogowego (*Ol. Sesami*) ostry napad methemoglobinemii, który przez 3 godziny zagrażał życiu, a następnie po zastosowaniu odpowiednich środków powoli przeszedł. Na uwagę zasługuje, że u szczytu zatrucia nie było w moczu hemoglobiny, ani methemoglobiny, a natomiast były nabłonki nerkowe, krwinki czerwone i ślad białka. W 22 godziny nie było już nabłonków nerkowych, a natomiast ślad białka i znaczna ilość hemoglobiny. Badanie wykryło, że olej, którego użyto, nie był olejem łogowym, tylko parafinowym (*Ol. paraffini flavum*). Przebieg opisanego przypadku wskazuje, że methemoglobinemię, nawet ciężką, można zwalczyć, jeżeli się ją wcześnie rozpozna, a do rozpoznania wystarczy znamienne niebieskawo-fioletowe zabarwienie skóry i barwa krwi, która od czekoladowej dochodzi aż do barwy sepii. W leczeniu oddały wielkie usługi wdychiwania tlenu. Ostatecznie dochodzi B. do wniosku, że zatrucia po lawatywach olejnych trzeba przypisać zanieczyszczeniom olejów, a nie pewnym ich rodzajom, i dlatego też należy poddać oleje lecznicze ściślejszej kontroli. *Dr Kluger.*

Doc. Kienböck. **Przypadek przepukliny przeponowej badany zapomocą rentgenizacyi.** (*Zeitschrift f. klin. Med.* Tom LXII). Zdaniem autora, rozpoznanie przepukliny przeponowej za życia łatwem jest w przypadkach pochodzenia urazowego: natychmiast po wypadku w »stanie ostrym«, przy przepuklinie wrodzonej w okresie ciężkich objawów uwięźnięcia. Natomiast przy przepuklinie przewlekłej rozpoznanie bywa bardzo trudne. W czasie wolnym od napadów istnieje wówczas przy lewostronnej przepuklinie szereg objawów, jak: ból, uczucie pełności i ucisku w lewej połowie klatki piersiowej, występujące po spożyciu większej ilości pokarmów wraz z dusznością i sinicą, bicie serca, typowe wyniki opukiwania i osłuchiwania w całej dolnej części lewej połowy klatki piersiowej, zmieniające się stłumienie, odgłos opukowy bębenkowy z pluskaniem i kruczeniem w tej okolicy, przesunięcie serca na prawo. Objawy fizyczne podobne są do objawów odmy opłucnej, przy której jednak stan nie jest zależnym od zmian w wypełnieniu żołądka, szmery jelitowe nie przenoszą się tak silnie ku górze, zresztą wywiady, a często i stan płuc ułatwiają właściwe rozpoznanie. Dotąd opisano 8 przypadków przepukliny przeponowej przewlekłej, rozpoznanej za życia. W 4 badano zapomocą promieni Röntgena. W przypadku autora (przepukliny przewlekłej) badanie fizyczne stwierdziło jedynie przesunięcie serca na prawo, dopiero obraz rentgenowski wyjaśnił istotę cierpienia. *Dr Kluger.*

Aleksander. **Przyczynek do kazuistyki urazowej marskości wątroby.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, 45). Jest rzeczą pewną, że uraz mechaniczny w wątrobę lub jej okolicę może wywołać marskość wątroby. W piśmiennictwie znalazł A. cztery takie przypadki (Tillmanna, Stuarta, Becka i Senatora). W 3 z nich nastąpiło po urazie ograniczone zapalenie otrzewnej, które się następnie przeniosło na otrzewnę, pokrywającą wątrobę. W przypadku autora chodziło o uraz dyszlem w okolicę wątroby. Od czasu tego urazu uczuwał chory bole w wątrobie, a po pewnym czasie zaczął się gromadzić płyn w jamie

brzusznej; płyn ten pomimo kilkakrotnego wypuszczania zawsze na nowo się nagromadzał, aż wreszcie chory wśród ogromnego wyniszczenia zmarł. Sekcya stwierdziła marskość wątroby z przeważnem usadowieniem się sprawy w okolicy wnęki i wchodzących tu naczyń. Przypuszczać można, że uraz wywołał dużą wybroczynę w tej części miąższu wątroby, bez przedarcia pochewki, a napięcie pochewki było powodem bolów. Później w miejscu wybroczyny powstała tkanka bliznowata, która, zacieśniając powoli naczynia, wywołała puchlinę brzuszną. *Pisarski.*

Prof. Pal. **Substancye moczu, wywołujące rozszerzenie źrenicy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 42). Pal badał działanie moczu 81 ludzi na wyjęte oczy żaby. U 7 ludzi zdrowych odczyn wypadł ujemnie. U 28 chorych na zapalenie nerek 22 razy był dodatni, po 3 razy ujemny lub wątpliwy. U 28 chorych na inne choroby 18 razy ujemny, 7 razy wątpliwy, 2 razy dodatni. Na 18 ciężarnych 6 razy stwierdził P. odczyn dodatni. Wobec tego stwierdza P., że mocz przy zapaleniu nerek daje znacznie częściej odczyn dodatni (78 prc.), niż u ludzi zdrowych (0 prc.) lub chorych na inne choroby (7 prc.). Wreszcie i ciąża daje odczyn częściej (38 prc.). Po wstrzyknięciu 2 ctm. 1‰ roztworu nadnerczyny psu, stwierdził P. po 24 godzinach odczyn dodatni, po 48 godzinach ujemny. *Dr Skórczewski.*

Eichler. **O podobnem do adrenaliny działaniu surowicy w przebiegu zapalenia lub po wycięciu nerek.** (*Berl. klin. Wochs.* 1907, 46). Schur i Wiesel stwierdzili, że surowica ludzi chorych na przewlekłe zapalenie nerek wywołuje rozszerzenie źrenic u żab i że surowica królików po obustronnem wycięciu nerek działa zupełnie taksamo. Przez brak zatem czynności nerek nagromadza się w ustroju jakieś ciało, wywołujące to rozszerzenie źrenic. E. powtórzył doświadczenia Schura i Wiesela. Surowica ludzi i zwierząt chorych na przewlekłe zapalenie nerek (u zwierząt wywołane zapomocą uranu) działała zawsze rozszerzająco na źrenicę żaby. Płyn przesiękowy z jamy brzusznej królików, chorych na przewlekłe zapalenie nerek, własności tej nie posiadał. Wobec przypuszczenia, że ciałem, działającem rozszerzająco na źrenicę, jest adrenalina, badał E. doświadczalnie na królikach, czy ciało to posiada także inne cechy adrenaliny, jak zwężające działanie na naczynia krwionośne i podnoszenie ciśnienia krwi; wyniki jednak otrzymał ujemne. Tłómaczy to tem, że ciało to występuje w surowicy w małej ilości, wystarczającej zaledwie do wywołania rozszerzenia źrenicy, niedostatecznej zaś jeszcze do wywołania zwężenia naczyń i podniesienia ciśnienia krwi. *Pisarski.*

M. Chauffard. **Ostra mocznica, a polinukleoza rdzeniowa.** (*Semaine méd.* 1907, Nr 46). Badając mikroskopowo płyn mózgowo-rdzeniowy chorych na mocznicę ostrą stwierdza się silną polinukleozę, która ustępuje powoli w miarę znikania objawów choroby. Ilość ciałek wielojądrzastych jest nieraz znaczna (w przypadku autora było średnio 50 ciałek w jednem polu widzenia) tak, iż budzić może przypuszczenie sprawy zapalnej, toczącej się na oponach. Odróżnienie jednak nie sprawia trudności, jeśli się uwzględni stan tych ciałek, które w przypadkach mocznicy bywają nienaruszone bez śladów cytolizy. Zjawianie się tak znacznej ilości ciałek tłómaczy Ch.. podobnie jak Widal, przenikaniem ich przez ściany naczyń pod wpływem dodatniej chemotaksis, co ułatwia jeszcze ciśnienie tętnicze, podnoszące się do znacznej wysokości podczas napadów mocznicy wśród równoczesnego zatrzymania istot azotowych w ustroju. Na rokowanie nie wpływa polinukleoza wcale, podobnie jak znika szybko. *Nowaczyński.*

Żebrowski i Gilewicz. **O białkomoczu po faradyzacyi nerki.** (Doniesienie tymczasowe). (*Russkij Wracz* 1907, Nr 22). Autorowie (z kliniki prof. K. Wagnera w Kijowie) badali zmiany w moczu, pojawiające się pod wpływem klepania okolicy nerek, drgającego mięsienia, stałego i przerywanego prądu. Ze wszystkich tych zabiegów tylko prąd przerywany wywoływał pojawianie się lub zwiększenie białka w moczu. Faradyzacyę nerki przeprowadzano w ten sposób, że jedną czworoboczną elektrodę (10 kw. ctm.) umieszczano na okolicę nerki z tyłu w kierunku ukośnym z góry i wewnątrz ku dołowi zewnątrz tak, żeby górny jej brzeg opierał się o 10. żebro, a wewnętrzny był odległy od kręgosłupa na 2 ctm., drugą elektrodę w postaci krążka (10 ctm. w średnicy) umieszczano przy zewnętrznej krawędzi m. prostego brzucha i ugniatano nią podżebrze jak najgłębiej w kierunku nerki. Badany siedział podczas faradyzacyi nachylony ku przodowi. Używano prądu, o ile można silnego, lecz na tyle, żeby nie wywoływał u chorego bolów i skurczów w mięśniach brzusznych; faradyzacya każdej nerki trwała około 15 minut. Pierwszą porcyę moczu zbierano już przed faradyzacyą, dalsze po faradyzacyi w odstępach 20-minutowych. Białko w moczu określano w kwasie octowym i sulfosalicylowym, według Brandberga. Zbadano 33 nerek u 29 ludzi. Wyniki podzielić można na 3 grupy: W 1-szej grupie były przypadki, w których przed faradyzacyą był białkomocz, w drugiej — podejrzane nerki (w wywiadach niejasne wskazówki cierpień dróg moczowych, obecność zakaźnych chorób etc.) i w 3-ciej — nerki zupełnie zdrowe. W 13 przypadkach pierwszego rodzaju 7 razy pojawił się znaczny (najmniej 0,033 prc. według Brandberga, ilość białka zwiększała się przynajmniej dwukrotnie) białkomocz (54 prc.), 4 razy niewielki (31 prc.), w 2 przypadkach (15 prc.) białkomoczu nie było. W 5 przypadkach drugiej grupy białkomocz zjawił się w 4 przypadkach, a w 1 — nieznaczny. W 15 przypadkach zdrowych nerek (trzeciej grupy) znaczny białkomocz zjawił się w 1-szym przypadku (6,7 prc.), nieznaczny w 9 (16 prc.), a w 5 (33,3 prc.) białka nie było wcale. W niektórych przypadkach obok białkomoczu faradyzacya wywoływała i zmiany w moczu — zjawiały się niezwykłe kryształy etc. lub zwiększała się ilość zwykłych. Po upływie $^3/_4$ — $1^1/_2$ godzin po faradyzacyi zmiany wywoływane w moczu znikały zupełnie. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Mieziernickij. **W sprawie wpływu Borżańskiej wody (źródło Katarzyny) na „purynową" przemianę u zdrowych ludzi.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 28). Autor (z klin. prof. Sirotinina w wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu) na podstawie swoich doświadczeń nad 5 zdrowymi osobnikami przyszedł do następujących wniosków: 1) Przy pokarmie, ubogim w ciała purynowe, picie borżańskiej wody zwiększa wydzielenie kwasu moczowego, nie zmieniając wydzielenia zasad ksantynowych. 2) Przy pokarmie obfitym w ciała purynowe, picie borżańskiej wody zwiększa wydzielenie i kwasu moczowego i zasad ksantynowych. 3) Picie borżańskiej wody zwiększa wydzielanie kwasu moczowego i wprowadzanego i własnego, zasad ksantynowych tylko własnych. W ten sposób użycie wody borżańskiej u ludzi otyłych jest wskazane, jeżeli przytem zachowają stosowną dyetę. Dobre wyniki może dawać woda borżańska i u chorych na dnę, gdyż zwiększa wydzielenie kwasu moczowego. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 4. grudnia 1907.

(W klinice chorób wewnętrznych).

Przewodniczy prezes Prof. Rosner. Obecnych członków 66.

1) Protokół odczytano i przyjęto.

2) Prezes uczcił pamięć ś. p. Stanisława Wyspiańskiego następującem przemówieniem, którego obecni wysłuchali, stojąc:

»Towarzystwo lekarskie okryło się znowu żałobą, choć tym razem śmierć nie zabrała nam żadnego z członków Towarzystwa. Żałobę dzieliliśmy z całem polskiem społeczeństwem po śmierci Stanisława Wyspiańskiego, wielkiego poety i mistrza, jednego z twórców naszego domu lekarskiego. W kształt i barwę zaklął on myśl swoją, kiedy projektował szczegóły czy to klatki schodowej, czy witrażu, czy sali posiedzeń i mury naszego domu przechowają na zawsze część wielkiego Jego ducha.

Jeśli czynnym członkiem Towarzystwa jest ten, który umysłem swoim na współczłonków oddziaływa lub działać ma sposobność, to Stanisław Wyspiański był i jest naszego Towarzystwa członkiem najczynniejszym; swoją artystyczną myślą przemawia do nas z murów naszego domu codziennie i choć może nie każdy zdaje sobie z tego sprawę, jednak każdy wchodzący do domu i przebywający w nim musi być pod wpływem tej myśli, tego ducha. Bo tak oddziaływa otoczenie na nas; i choć w Towarzystwie schodzimy się dla nauki lub towarzyskiej zabawy, nie zaś dla kształcenia naszych pojęć estetycznych i artystycznych, niemniej jednak nieświadomie, bezwiednie, może nawet wbrew woli nastrajamy naszego ducha na ten ton, podnosimy go na tę wysokość, na której był umysł mistrza, kiedy dla naszego domu tworzył swoje pomysły. I to częste, choć bezwiedne podnoszenie ducha jest gimnastyką artystyczną i nie może pozostać bez wpływu na naszą artystyczną kulturę...

Rozumiał to doskonale nasz zasłużony twórca domu kol. Nowak, kiedy Wyspiańskiego nakłaniał do tego, iżby część wielkich swoich myśli oddał naszemu Towarzystwu; i to zrozumienie będzie zawsze jedną z głównych zasług kol. Nowaka.

Tak więc, Panowie, opłakujemy naszego najczynniejszego członka, tego jedynego, który choć legł w grobie, codzień do nas mówić będzie kształtami i barwami i ciągle podnosić nas będzie w te sfery ducha, w których zawód nasz ma prawo i obowiązek przebywać. Tak rzecz rozumiejąc, poleciłem wywiesić flagę żałobną na domu naszym i złożyłem wieniec u zwłok Stanisława Wyspiańskiego«.

3) Kol. Prof. Kader przedstawia chorego, któremu przed 22 dniami wyjął **guz nowotworowy mózgu** o obwodzie 26 cm. Guz ten (mięsak) usadowiony był wewnątrz mózgu koło rowka środkowego. — W dyskusyi zabierał głos kolega Rydel, omawiając powyższy przypadek na podstawie spostrzegania klinicznego pod względem rozpoznawczym.

4) Kol. Eichhorn przedstawił 38-let. chorego z **odwrotnem ułożeniem trzew.** — W dyskusyi wspomniał kol. Prof. Ciechanowski o dwu podobnych przypadkach, sekcyonowanych w ostatnim miesiącu w krakowskim zakładzie anatomii patologicznej Prof. Browicza.

5) Kol. Prof. Jaworski: W klinice lekarskiej **szczepiono sposobem Pirqueta** dotąd 68 chorych. Szczepienia dokonywano 25% rozczynem pierwotnej tuberkuliny Kocha w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej. Prelegent przedstawia sposób szczepienia na jednym chorym. Między 68 szczepionymi dorosłymi chorymi było 9 z klinicznie wykazalną gruźlicą w ustroju. U tych wszystkich był odczyn dodatni. Z 59 klinicznie niegruźliczych był u 27 wynik ujemny, u 32 dodatni, chociaż klinicznie nie można było wykryć u nich gruźlicy. Szczególnie typowe oddziaływanie dostrzegano u chorego zołzowatego. Wartość rozpoznawcza odczynu Pirqueta nie da się na razie ocenić; do tego trzeba stwierdzenia sekcyjnego, czego w klinice dotąd brakuje. Sam zaś Pirquet zestawił ze swych spostrzeżeń 100 przypadków sekcyjnych dzieci, szczepionych jego sposobem. Na 48 przypadków sekcyjnych gruźlicy, było dodatnich wyników szczepienia 31, a ujemnych 17. Odczynu nie było w gruźlicy prosówkowej i u suchotników, na kilka dni przed śmiercią szczepionych. W 52 przypadkach sekcyjnych niegruźliczych był wynik szczepienia ujemny. Znaczy to, że dodatni odczyn szczepienia oznacza zawsze obecność gruźlicy w ustroju, wynik zaś ujemny jej nie wyłącza.

6) Następnie przedstawia kol. Prof. Jaworski szereg chorych, którym **wkraplano do oka** 1% rozczyn **tuberkuliny,** przyrządzony **według Calmettea.** Zaczerwienienie, a w niektórych przypadkach wysięk na spojówce powiekowej i gałkowej okazywały się po 6—12 godz. po wkropleniu. Odczyn oczny Calmettea zdaje się iść równolegle z odczynem skórnym Pirqueta, gdyż u 6 chorych obydwa odczyny były równocześnie dodatnie. Sekcyjnego stwierdzenia dla odczynu Calmettea dotąd w piśmiennictwie nie ma, stąd i ocenienie wartości rozpoznawczej tego tak prostego zabiegu nie jest możliwe.

7) Kol. Prof. Jaworski przedstawia płytki żelatynowe kilku **hodowli bakteryi, naświetlane bromkiem radowym.** (Wyniki osobno będą ogłoszone).

8) Kol. Prof. Jaworski zwraca uwagę na **próbę Rivalty** celem **rozpoznania przesięków od wysięków** zapomocą kwasu octowego, którą to próbę poleca gorąco Doc. W. Janowski z Warszawy. Daje się jedną kroplę kwasu octowego, albo 10 kropel octu do 50 c³ wody przekroplonej, nalanej do wysokiego kieliszka. Kropla wysięku, wpuszczona do tego rozczynu, opada powoli na dno, znacząc swój ślad obłoczkowatą smugą, która zdaje się pochodzić od skrzepnięcia ciał globulinowych. Kropla przesięku, wpuszczona przy tych samych warunkach, nie sprawia ani smugi, ani osadu. Próba ta, tak prosta, czyni w praktyce lekarskiej zbytecznem żmudne badanie wysięków pod mikroskopem i odczynnikami chemicznymi.

9) Doc. Dr Mięsowicz przedstawił: *a)* przypadek **zmiękknienia kości** u 36-letniej chorej, *b)* przypadek **krzywicy późnej** (*rachitis tarda*) u 17-letniej dziewczyny, *c)* próby **wykrycia adrenaliny we krwi** chorych, okazujących podniesione parcie krwi. (Zostanie ogłoszone drukiem).

W dyskusyi kol. Steuermark zwraca uwagę, że Frenkel poleca w ostatnich czasach dla leczenia zmiękknienia kości naświetlanie jajników promieniami Roentgena, które, jak to stwierdził Halberstädter, wywołują zanik jajników; jest to zabieg niebolesny, dla chorej nieszkodliwy, który tem samem w zupełności zastąpić może owaryotomię. Co do działania bakteryobójczego promieni radu, przypomina Steuermark odnośne doświadczenia Scholtza i Freunda, który dawniej już dowiódł, że promienie radu, jak i identyczne z nimi promienie Roentgena, działanie takie w bardzo ograniczonym stopniu wywierają, co potwierdzają też próby Prof. Jaworskiego, który naświetlaniem przez 24 godzin wywołał zaledwie nieznaczne wstrzymanie rozwoju bakteryi.

Kol. Doc. Chlumsky dzieciom z zanikiem gruczołu tarczowego i upośledzonym rozwojem kośćca podaje przetwory tegoż gruczołu ze znakomitym skutkiem leczniczym.

Kol. Blassberg zwraca uwagę, że próba Rivalty może być w sposób prosty wykonaną zapomocą zwyczajnego octu i wody studziennej. Jakkolwiek próba ta pozornie jest tylko ilościową, to jednak próby z moczem, wykonane na oddziale Prym. Krokiewicza, dowiodły, że w pewnych przypadkach chorób nerek próba ta wypada dodatnio, a w innych mimo tej samej ilości białka w moczu wypada ujemnie; może się zatem próba ta w przyszłości okazać cennym czynnikiem rozpoznawczym w stanach chorobowych nerek. Próba Pirqueta zdaje się rozstrzygać ostatecznie spór o istotę zołzów na korzyść zapatrywania, identyfikującego to cierpienie z gruźlicą. Prym. Krokiewicz przeprowadził na dużym materyale szpitalnym, popartym autopsyami, badania odczynu Calmettea i wyniki swych badań wkrótce ogłosi.

Kol. Doc. Seńkowski zaznacza, że odczyn octowy Rivalty nie zależy od ilości białka, tylko od seroglobuliny i fibrynogeny, których obecność wystarczy dla wywołania zmętnienia.

Kol. Prym. Borzęcki zaznacza, że poniekąd analogię co do odmiennego zachowania się zmian na skórze z odczynem Pirqueta spotykamy u osobników gruźliczych pod postacią tocznia rumieniowatego, liszaja zołzowego, *folliclis, acnitis*, zmian, które odnieść należy prawdopodobnie do działania toksyn prątków gruźliczych.

Kol. Steuermark odpowiada, że t. zw. tuberkulidy powstają nie skutkiem działania toksyn gruźliczych, lecz skutkiem działania samych prątków o osłabionej jadowitości.

Kol. Rydel zapytuje, czy odczyn oczny Calmettea bywa dodatni tylko przy gruźlicy płuc, czy także przy gruźlicy innych narządów, n. p. kości.

Kol. Filipkiewicz Wł. szczepił dotychczas metodą Pirqueta 60 dzieci; w każdym przypadku gruźlicy kości, gruźliczego zapalenia opłucnej i otrzewnej i t. p. był odczyn mniej lub więcej, ale dodatni.

Kol. Stahr podnosi wielką doniosłość odczynu Calmettea. Jeśli się pokaże, że jest pewnym, to w ten sposób będzie można rozstrzygnąć, czy gruźlica jest dziedziczną, czy dzieci karmione sztucznie mlekiem krowiem mogą ją tą drogą nabyć, tem samem, czy gruźlica bydlęca, a ludzka jest identyczna.—Promienie X wywołują zanik jajników, rentgenować wolno każdemu technikowi, a więc skoro dziś wolno nietylko lekarzowi stosować promienie X, daje się w rękę technikom możność wywoływania bezpłodności u kobiet. Sprawę tę należałoby ująć z prawnego punktu widzenia.

Kol. Prof. Lewkowicz: Doświadczenia rozpoznawcze zapomocą tuberkuliny dawnym sposobem (stosowanie podskórne) robiono już u noworodków, także pochodzących z matek gruźliczych i otrzymywano w pierwszych miesiącach zawsze wynik ujemny, co przemawiałoby za tem, że gruźlica nie jest dziedziczną. Prawdopodobnie takie same będą wyniki stosowania tuberkuliny naskórnego i naocznego. Sposób Pirqueta ma znaczenie nietylko dla rozpoznania zakażeń, ale także zatruć jakiemkolwiek białkiem obcem. Punktem wyjścia dla teoryi Pirqueta były spostrzeżenia, zebrane przy stosowaniu surowicy Moserowskiej; chodzi właściwie o stosowanie surowicy końskiej w wielkich ilościach 100—200 cm.³ u dzieci płoniczych. Zasadniczym punktem był zauważony przez Pirqueta fakt, że dzieci, którym się wstrzykuje surowicę po raz wtóry w jakiś czas po pierwszym, oddziaływają na tę surowicę inaczej, jak za pierwszym razem, mianowicie oddziaływanie jest bezpośrednie, t. j. zjawia się w przeciągu pierwszych 24 godzin, a nadto otrzymujemy oprócz ogólnego także odczyn w miejscu wstrzyknięcia, odczyn ściśle swoisty, polegający, jak wogóle przypadłości posurowicze, na zetknięciu się obcej surowicy ze swoistemi ciałami ochronnemi, bliżej nie znanemi. Teorya Pirqueta tłómaczy pewne niejasne dotychczas zjawiska. I tak gorączkę sienną tłómaczy Pirquet tem, że chodzi tu o osobniki, które zetknęły się w jakiś sposób z ciałami białkowatemi pyłku roślinnego i zostały niemi zatrute. Gdy ciała te zadziałają znowu na spojówkę, lub błonę śluzową nosa, następuje swoisty odczyn miejscowy, jak przy odczynie Pirqueta lub Calmettea.

Kol. Prof. Rosner sądzi, że stosowanie promieni Roentgena celem zniszczenia nabłonkowej części jajnika nie może poważnie współzawodniczyć z wycięciem jajników, które ten sam cel osiąga w sposób zupełnie pewny i niebezpieczeństw pozbawiony. Że sposób to pewniejszy, niż działanie promieni Roentgena, to pewna, co się zaś tyczy niebezpieczeństwa, to sądzi, że

kilkanaście lub więcej naświetlań rentgenowskich może wywołać niemiłe i niepożądane następstwa, n. p. oparzenia powłok, wycięcie zaś jajników, aseptycznie wykonane, nie zagraża niebezpieczeństwem. (Streszczenia własne).

W dalszej dyskusyi koledzy Doc. Chlumsky i Dr Frommer podzielają zapatrywanie Prof. Rosnera.

Sekretarz: *Dr Owsiński.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXI. Posiedzenie d. 13. grudnia 1907.

Wobec zbliżającego się Walnego Zgromadzenia wyborczego wybrano Komisyę matkę, składającą się z 15 członków.

Przewodniczący zawiadomił zgromadzonych, że sekretarz Towarzystwa Dr W. Ziembicki pracuje nad szczegółowym referatem w sprawie pomijania wytworów pruskich na polu przemysłu lekarskiego i że zanim go przedstawi Towarzystwu, już dziś może udzielić wskazówek, cenników i t. d. kolegom, którzyby mieli zamiar w najbliższym czasie poczynić jakie zamówienia.

1) Dr Sołomowicz (amb. chor. nerw.) przedstawił przypadek **porażenia nerwu twarzowego z przeczulicą słuchową,** znaną pod nazwą *hyperakusis* lub *oxyekoia,* t. j. z niezwykłą wrażliwością na nizkie tony widełek strojowych (kamertonu). W dyskusyi przemawiał Dr Zalewski.

2) Prof. Dr Barącz przedstawił chorą, u której w 2 lata po operacyi **raka sutka** nie ma żadnych objawów nawrotu. — W dyskusyi przemawiali Prof. Dr Rydygier, Dr Ostrowski i prelegent.

3) Dr Czyżewicz (jun.) przedstawił z Zakładu położn.-ginekologicznego: *a)* chorą po **wycięciu macicy z powodu nabłoniaka kosmówkowego** w początkowych stadyach rozwoju; *b)* przypadek **cięcia cesarskiego** z niezwykłych wskazań, bo **z powodu zwężenia pochwy** (poporodowego); *c)* przypadek świeżego **zmiękniENIA kości** u ciężarnej w VI. miesiącu ciąży z zupełną niemożnością chodzenia, który zdaniem mowcy nadaje się do stosowania sposobu leczenia Bossiego zapomocą wstrzykiwań adrenaliny. Przy tej sposobności streszcza prelegent dotychczas ogłoszone zapatrywania na ten sposób leczenia i stwierdza, że podana przez Bossiego dawka ($^1/_2$—1 cm.^{3} rozcz. adrenaliny 1:1000, dwakroć dziennie) wydaje się za wysoką i może wywołać groźne objawy zatrucia, jak tego już były przykłady, natomiast mniejsze dawki, wprawdzie u osób nieciężarnych, nie dawały zadowalniających wyników. Dalej przedstawia prelegent: *d)* chorą z **całkowitem wypadnięciem macicy** i pochwy, powstałem według podania po porodzie przed laty 15, a to z powodu ręcznego wydobywania łożyska przez położną. — W dyskusyi przemawiał Prof. Dr Mars, podnosząc korzystne wyniki stosowania adrenaliny w przypadkach zmiękniENIA kości, przyczem zauważył, że dopiero dalsze doświadczenie pouczy, o ile te wyniki są trwałe.

4) Dr Smurzyński (klin. chir.) omówił przypadek **całkowitego wyłuszczenia barku** (kości ramieniowej wraz z łopatką) **z powodu mięsaka szyjki kości ramieniowej,** gdzie stan był tego rodzaju, że się do leczenia t. zw. zachowawczego nie nadawał. — W dyskusyi przemawiali: Prof. Dr Rydygier, Prof. Dr Schramm, Dr Rydygier (jun.), Prof. Dr Barącz, Dr Skałkowski i prelegent. Wszyscy zgadzali się na wartość leczenia zachowawczego w przypadkach takich guzów (zwłaszcza wielkokomórkowych), zwłaszcza niezbyt posuniętych. Podnoszono wątpliwe wyniki stosowania w tych przypadkach promieni Röntgena, które nawet, jakby się zdawało, w pewnych razach pogarszają obraz chorobowy, przyspieszając rozpad, rozsianie i t. d.

5) Dr Hinze (oddz. chir. szp. powsz.) przedstawił preparat **ropniaka macicy** (*empyema uteri*), pochodzący z chorej podeszłego wieku, zmarłej po laparotomii, której dokonano z powodu niedrożności jelit.

Witold Ziembicki.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 5. listopada 1907 r.

1) Kopczyński St. przedstawił preparat anatomiczny gruźliczego **guza mostu Warola.** Za życia stwierdzono porażenie obu nerwów twarzowych, odwodzących, trójdzielnych, porażenie dróg czuciowych przy zachowaniu dróg ruchowych. Sekcya potwierdziła uczynione za życia rozpoznanie guza górnego piętra mostu Warola. Guz ten tworzyło rozlane nacieczenie gruźlicze, wysyłające wypustki we wszystkich kierunkach, zserowaciałe w środku w okolicy jąder nerwów VII i VI; zajmował on górne piętro mostu Warola i zachodził częścią w kierunku rdzenia przedłużonego. Godnem uwagi jest to, że za życia guz tak wielki nie dawał żadnych objawów ogólno-mózgowych.

2) Dębiński wypowiedział rzecz p. t.: **W sprawie odczynu Calmettea u gruźliczych.** Na mocy badań swych nad metodą Calmettea u chorych szpitalnych doszedł prelegent do następujących wyników. U chorych z gruźlicą rozpadową (laseczniki w plwocinie) odczyn oczny był typowy; z 5 chorych z zagęszczeniem szczytów (bez laseczników w plwocinie), gdzie klinicznie rozpoznanie nie ulegało żadnej wątpliwości, u 3 chorych odczyn wystąpił, u 2 zaś odczynu nie było; wreszcie z 6 chorych, u których klinicznie nie wykryto żadnych zmian gruźliczych, u 3 chorych odczynu ocznego nie było, u 3 jednak pozostałych wystąpił odczyn oczny bardzo silny i charakterystyczny. U jednego z tych chorych zapalenie spojówki trwało trzy tygodnie.

W dyskusyi podaje Wilczyński wyniki swych badań. Z 19 chorych na gruźlicę, u których wykryto laseczniki gruźlicze w plwocinie, u 18 był wyraźny odczyn Calmettea. Z 20 osobników, u których badanie nie podejrzanego w kierunku gruźlicy nie wykryło, odczyn wystąpił tylko u dwóch. Z 11 osobników, u których wprawdzie przedmiotowo nie można było stwierdzić gruźlicy, ale jednakże można ją było przypuszczać, był u 4 odczyn Calmettea. W. twierdzi, że odczyn Calmettea jest swoistym dla gruźlicy, zawodzi jednak dość często we wczesnych okresach tego cierpienia. — Sokołowski podnosi doniosłość odczynu Calmettea w rozpoznawaniu gruźlicy. Odczyn ten ma jednak strony ujemne, a do tych zaliczyć należy 1) występowanie tego odczynu czasem u ludzi, u których gruźlicy przypuszczać nie można: 2) gwałtowność zapalenia spojówki, którą kilkakrotnie już spostrzegano. — Żenczykowski zaznacza, że stosował metodę Calmettea u 6 notorycznych suchotników, odczyn jednak wystąpił tylko u dwóch. Mówca zwraca uwagę na niestałość tego odczynu, który u jednego i tego samego chorego czasami występuje wybitnie, czasami zaś zawodzi.

3) Janowski pokazuje 14 **krzywych, zdjętych z lewego przedsionka serca przez przełyk.** Na każdej z tych krzywych znajduje się zdjęta równocześnie krzywa koniuszka serca lub też tony serca, zapisywane metodą Martiusa. Prelegent objaśnia każdą część składową krzywych przedsionka serca, zdjętych u kilku osobników zdrowych i u jednego ze zwężeniem lewego ujścia żylnego. Objaśnienia te podaje raz według Minkowskiego, drugi zaś według Rautenberga. Przez zestawienie trwania części składowych krzywej przedsionkowej z odległością między tonami serca lub z krzywą koniuszka serca, J. wykazuje zarówno w tłómaczeniu Rautenberga, jak i Minkowskiego, pewne sprzeczności co do trwania poszczególnych faz serca podług tych tłómaczeń. Sprzeczności te są przy przyjęciu objaśnienia Minkowskiego znacznie mniejsze. Przy obecnym sposobie zdejmowania krzywych przedsionkowych zapomocą sfigmokardyografu Jaqueta, nie pozwalającego na jednoczesne zdjęcie krzywej koniuszka serca i tonów obok krzywej przedsionkowej, wytłomaczenie zachodzących przy obliczeniu sprzeczności nie wydaje się J. możliwem. Jak bowiem J. na szeregu poszczególnych uderzeń serca przedstawia, trwanie poszczególnych okresów działalności przy wzajemnem ich porównywaniu ze sobą okazuje różnice o kilka setnych sekundy. Takie same różnice daje porównanie ze sobą szeregu okresów skurczowych serca, o których z łatwością sądzić można przez mierzenie odległości od pierwszego do drugiego tonu, znaczonego na papierze jednocześnie ze zdejmowaniem krzywej przedsionkowej. Ponieważ przy wymierzaniu poszczególnych części tej krzywej trwanie okresu skurczowego serca zostaje na nią przeniesione nie z tej samej fazy serca, lecz z jednej z następnych, i to samo dzieje się przy odmierzaniu krzywej kardyograficznej, przeto powstają przy tem błędy o kilka do 10-setnych sekundy, utrudniające rozstrzyganie wątpliwości, nasuwających się przy mierzeniu poszczególnych części składowych krzywej przedsionkowej. Janowski sądzi, że założenie na turgosfigmograf Straussa — dwóch dodatkowych pęcherzyków Mareta, które umożliwi mu jednoczesne porównanie krzywej przedsionkowej zarówno z tonami serca, jak i z krzywą kardyograficzną podczas jednej i tej samej fazy serca, dopomoże mu do rozwiązania niektórych z nasuwających się wątpliwości.

Ign. L.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Państwowy Związek organizacyi lekarskich austr. ogłasza, co następuje: 1) Związek lekarski w austr. Radzie państwa ukonstytuował się, wybierając prezesem Dra Michla. 2) Organizacya lekarzy tryesteńskich uzyskała zatwierdzenie swej ustawy; do organizacyi należy 130 ze 175, mieszkających w tym okręgu. 3) Ostrzega się wszystkich kolegów przed osiadaniem w Austryi górnej, gdzie niema już miejsc, mogących utrzymać lekarzy.

Prezes: *Dr Janeczek.*

(Drobniejsze wiadomości, nadesłane ze Związku, a obojętne dla naszych czytelników, jak n. p. o zawiązaniu organizacyi okręgowej na Morawach, ostrzeżenia przed poszczególnemi posadami w Austryi dolnej i t. d., pomijamy).

Towarzystwo Samopomocy lekarzy *nadesłało nam następujące pismo:* L. 2730. Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy wyraża niniejszem najszczersze podziękowanie: I. WPanu Władysławowi Popielowi, dyrektorowi zakładu kąpielowego w Lubieniu, za przesłanie na fundusz wdów i sierót kwoty 341 K, jako ekwiwalentu za znaczki pocztowe ze sprzedaży biletów kąpielowych podczas ubiegłego sezonu. II. WPanom Lekarzom i Aptekarzom w Przemyślu za przesłanie na fundusz wdów i sierót kwoty 75 K zamiast wieńca na trumnę ś. p. kol. Madejskiego.

Dr Flis, sekretarz. *Dr W. Damski,* I wiceprezes.

Zarząd Towarzystwa Samopomocy lekarzy zajęty był w ciągu listopada i grudnia przerobieniem projektu nowego statutu (t. j. statutu organizacyi lekarzy) stosownie do żądań Namiestnictwa. Praca ta, zająwszy szereg posiedzeń, została już ukończona. Na posiedzeniu w d. 16. XII. 1907, uchwalono poruszyć sprawę ordynacyi lekarskiej i w tym celu zwrócić się do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej; podjąć stosowne kroki w sprawie pomnożenia liczby lekarzy miejskich, w sprawie wyborów do komisyi podatkowych; zastanawiano się nad utworzeniem ochrony prawnej dla lekarzy, zwłaszcza w sprawach podatkowych; ze spraw drobniejszych uchwalono nie rozsyłać na Nowy Rok znaczków receptowych, tylko odezwę, przypominającą o funduszu wdów i sierót; udzielono jedną zapomogę. *S.*

Sekcya krakowska Towarzystwa lekarzy kolejowych odbyła w d. 1. XII. Walne Zebranie, na którem uchwalono przez delegatów, wysłanych na Walne Zebranie w Wiedniu, upominać się energicznie o polepszenie płac lekarzy kolejowych. Na Walnem Zebraniu Towarzystwa w Wiedniu w d. 4.XII., na którem delegatami z Galicyi byli Dr Zgórski ze Lwowa, a Dr Jabłoński (prezes sekcyi krakowskiej) i Dr Czerny (sekretarz tejże sekcyi) z Krakowa, uchwalono też istotnie domagać się poprawy bytu lekarzy kolejowych przez podniesienie płac, polepszenie awansu, stworzenie pragmatyki służbowej i t. d. Zresztą zajmowało się zebranie wiedeńskie sprawą organu Towarzystwa i sprawozdaniem kasowem (»Głos lek.« 24). *R.*

Izba lekarska Gorycyi i Gradyski uchwaliła dobrowolnie się rozwiązać, gdyż w obecnych warunkach wobec przeszkód, stawianych przez władze, uważa pracę Izb za bezskuteczną i bezcelową. (»W. m. Presse«, 60). *R.*

Głos lekarzy, jedyne pismo polskie, poświęcone sprawom zawodowym, kończy w r. b. pierwsze pięciolecie wydawnictwa, prowadzonego wytrwale w niełatwych warunkach, odwołując się do ogółu lekarzy o większe poparcie, bez którego dalsza praca byłaby utrudnioną. W roku przyszłym wydawać będzie »Głos« sprawozdania z czynności obu Izb lekarskich galicyjskich; zapowiada też rozbiór działalności Izb w ostatniem trzechleciu i program jej na następną kadencyę, oraz sprawy ekonomicznej organizacyi lekarzy. *R.*

Stacye rewizyjne, urządzone na granicy Galicyi, zniosło Namiestnictwo z powodu pomyślnych wiadomości o stanie cholery w Rosyi. *T.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 1. do 14. XII. 1907 doniesiono o 44 nowych przypadkach duru plamistego w 9 gminach, a mianowicie: pow. Gródek (Uherce niezabitowskie 5) Jarosław (Nienowice 3, Grabowiec 1), Jaworów (Zawadów 3), Lisko (Lisko 5), Rawa (Wulka mazowiecka 10), Skałat (Połupanówka 12, Rosochowaciec 2), Śniatyn (Dżurów 3) i o 2 przypadkach ospy w pow. Chrzanów (Gromiec 2). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 8. do 14. XII. 1907 urodziło się dzieci żywo 51, nieżywo 1; zmarło osób 54 (w tem obcych 21), z nich z gruźlicy 15 (7), zapalenia płuc 7, błonicy 1, płonicy 2 (1), duru brzusznego 2 (2), gorączki połogowej 1 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 8. do 14. XII. 1907 było przypadków: płonicy 3 † 1, duru brzusznego 5, błonicy 2 † 1, róży 3, nagm. zapalenia ślinianek 2. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 8. do 14. XII. 1907 było przypadków: błonicy 3 † 1, krztuśca 3, płonicy 27 † 3 (w tem obcych 1 † 0), odry 23 † 4 (2 † 2), duru brzusznego 4 † 1 (3 † 1), gorączki połog. 1 † 1 (1 † 1), nagm. zapal. opon 1 † 1. *L.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 18. XII. 1907 posiedzenie, na którem wybrani zostali na r. 1908: prezesem Prym. Dr Borzęcki, wiceprezesem Doc. Dr Gliński, skarbnikiem ponownie Doc. Dr Dobrowolski, redaktorem »Przeglądu lekarskiego« nadal Prof. Dr Ciechanowski, sekretarzem dorocznym Dr Cetnarowski, gospodarzem nadal Doc. Dr Seńkowski, do komisyi redakcyjnej »Przeglądu lekarskiego«: Prof. Dr Lewkowicz, Prof. Dr Krzyształowicz, Doc. Dr Rutkowski i Dr Wojciechowski, do komisyi kontrolującej: Dr Bielański i Dr Cercha, delegatami do Rady zawiadowczej Towarzystwa lek. galic.: Prof. Dr Bylicki i Dr J. Łuszczkiewicz, a na Walne Zgromadzenie tegoż Tow.: Prof. Dr Ciechanowski i Doc. Dr Dobrowolski.

— Towarzystwo Biblioteki uczniów Wydziału lekarskiego U. J. liczyło w r. 1906/7 360 członków i obracało 700 dziełami. Na »Bratnią Pomoc Medyków« zgromadzono dotąd 1,200 K. Obrót kasowy wynosił 6,300 K. Za pośrednictwem Towarzystwa nabywali członkowie dzieła i instrumenta; obrót w tym dziale wynosił 7,720 K. Towarzystwo urządziło 3 wieczory referatowe i wydało skrypta wykładów biologii.

— Dyplom doktorski uzyskała p. Walerya Lustgartenówna, rodem z Krakowa.

Lwów. Krajowa Rada Zdrowia na posiedzeniu swem w zeszłym tygodniu wybrała swym przewodniczącym na najbliższe trzechlecie Dra E. Gerard-Festenburga, a jego zastępcą Prof. Dra H. Schramma. Na posiedzeniu tem rozpatrywano sprawę pomocników aptekarskich.

— Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej odbył 7. XII. 1907 posiedzenie, na którem po omówieniu sprawy ministerstwa zdrowia i sprawy wyborów do Rady miejskiej lwowskiej, przyjęto nowy regulamin Izby z wyjątkiem ustępu o podziale mandatów, który ma być jeszcze dokładniej opracowany, zaopiniowano podanie wdowy po lekarzu okręgowym o zapomogę z Wydziału krajowego i rozpatrzono dwie sprawy honorowe. Na posiedzeniu zaś w d. 16. XII. udzielono 2 zapomogi, wybrano Prezydenta Izby delegatem na jubileusz Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, w sprawie wyborów do komisyi podatkowych uchwalono postąpić, jak w latach poprzednich i załatwiono kilka spraw drobniejszych.

— Ostatni numer »Dziennika X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich«, oraz obszerny tom, zawierający sprawozdania z posiedzeń naukowych w sekcyach, ma wkrótce wyjść z druku. Z tego powodu administracya »Tygodnika lekarskiego« (Lwów, Sykstuska 8) uprasza b. uczestników Zjazdu o niezwłoczne nadsyłanie dokładnych i czytelnych adresów.

— Zjazd członków Związku lekarzy rządowych w Galicyi, połączony z rocznem Walnem Zgromadzeniem, odbędzie się we Lwowie d. 28. i 29. XII. 1907. Porządek dzienny Walnego Zgromadzenia (w oba dni o godz. 10 rano w Towarzystwie lek., ul. Dominikańska l. 11), obejmuje następujące przedmioty: 1) Dr Obtułowicz: »O potrzebie zmiany ustawy i rozporządzeń tyczących się zakładania cmentarzy«. 2) Radca dw. Dr Merunowicz: »Nowsze poglądy na dur brzuszny i sposoby zapobiegania szerzeniu się jego«. 3) Sprawozdanie roczne Wydziału. 4) Wybór Wydziału i komisyi rewizyjnej. 5) Wnioski Wydziału i członków. Ze względu na ważność przedmiotów obrad uprasza Wydział członków Związku o jak najliczniejsze przybycie.

Warszawa. Już w r. 1899 specyalna komisya zwróciła uwagę na to, że lekarze, pracujący w miejskich szpitalach warszawskich w charakterze ordynatorów i asystentów, otrzymują za swoją pracą bardzo liche wynagrodzenie, a ordynatorzy nadetatowi nie pobierają żadnego. Taki stan rzeczy przetrwał do dzisiaj, a nawet jest gorszy, gdyż na 58 lekarzy etatowych w szpitalach warszawskich ordynuje 52 lekarzy nieetatowych, pracujących bezpłatnie. Obecnie, gdy szpitale objęło miasto, wznowił tę

sprawę inspektor lekarski szpitali. Dzienniki wyrażają nadzieję, że tym razem sprawa będzie załatwioną i usunięte będzie na przyszłość wyzyskiwanie ciężkiej pracy lekarskiej.

— Miejski zakład szczepienia, kierowany przez Dra P o l a k a, rozdał od 1. XII. b. r. 10,875 porcyi krowianki szkołom, ochronom i t. d. i zaszczepił krowiankę 500 osobom.

— »Związek kół ziemianek« założył kursa pielęgnowania chorych dla kobiet wiejskich. Na 6-miesięczne kursa będą wysyłane do Warszawy kosztem »Kół« prowincyonalnych włościanki, mające kawałek własnego gruntu, by zapobiedz wynoszeniu się wykształconych dozorczyń dla zarobku ze wsi do miast.

Z różnych stron. Zorganizowaniem opieki nad chorymi, przedewszystkiem ubogimi, po domach, zajął się Wydział krajowy dolnoaustryacki na wniosek Dra Weisskirchnera, obecnego prezydenta parlamentu. Z pomocą subwencyi Wydziału krajowego powstało w Wiedniu 10 stacyi, dostarczających Sióstr zakonnych do pielęgnowania, a obecnie utworzono stacyę dozorczyń świeckich, złożoną z 6 osób i kierowniczki. Wydział krajowy zamierza też przedłożyć Sejmowi wniosek o zorganizowanie tej sprawy na szerszą skalę. (Cała ta sprawa wzięła źródło w dającym się odczuwać w Dolnej Austryi »braku miejsca« w szpitalach.... Jeżeli tam »brak miejsca«, to cóż dopiero u nas! A jednak wobec sposobu, w jaki wogóle jest traktowana u nas opieka nad chorymi ubogimi, takie urządzenie, jakie zaprowadza Wydział krajowy dolnoaustryacki, nawet pomyśleć się u nas nie da....).

— Szwedzka komisya przeciwgruźlicza przedstawiła rządowi projekt utworzenia w ciągu kilku lat 4600 sanatoryów kosztem 10 milionów koron. Utrzymanie sanatoryów podjęłyby gminy z pomocą 5½-milionowej pożyczki ze skarbu państwa.

Mianowani: Dr Regina K o r n g o l d ó w n a lekarką szpitala izrael. w Krakowie; Dr J o s s e w Nadwórnie, Dr J a n i k i e w i c z w Skałacie, Dr K u r a s i e w i c z w Strzyżowie i Dr S o n i e w i c k i w St. Samborze lekarzami powiatowymi;

Dr B e s s e r e r profesorem medycyny sądowej w Münster, Prof. C l o e t t a zwycz. profesorem farmakologii w Zurichu.

Powołani: Prof. M e n g e z Erlangen na katedrę położnictwa do Heidelbergu, Prof. Horst M e y e r z Wiednia na katedrę farmakologii do Berlina.

Zmarli: Neurolog Prof. H i r t we Wrocławiu, laryngolog Prof. M. S c h m i d t we Frankfurcie n. M.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Perdynaminowe przetwory Mr. Camillo Raupenstraucha (Wiedeń) zyskują coraz większą wziętość. Fabrykant otrzymał w tej sprawie od lekarza sztab. Dra J. Krejči w szpitalu garnizonowym w Krakowie następującej treści pismo: »Z polecenia komendy szpitala donoszę o wynikach leczniczych przy stosowaniu perdynaminy. Stosowano ją jako środek skrzepiający u ozdrowieńców, we wczesnej gruźlicy płuc, jakoteż w gruźlicy późniejszej. Wyniki dobre. Chorzy chętnie przetwór ten zażywają i dobrze znoszą nawet przez czas długi. Szczególne usługi oddał on w przypadku melancholii; pomimo wymiotów i wstrętu do jedzenia wogóle zażywał chory chętnie perdynaminę i znosił ją dobrze. Uważam ją za cenny środek wzmacniający«. *Kps. W.*

Mergal. [Dr Hogge. (»Deutsche Medizinal-Zeitung«, 1907)]. Używane dotychczas przy kile środki wewnętrzne wywoływały, zapalenie dziąseł, podrażnienie przewodu pokarmowego, nerek i t. p. Aby to usunąć, wynaleziono nowy środek przeciwkiłowy. mergal. Boss na podstawie 30 przypadków doszedł do przekonania, że mergal daje się zastosować przy kile drugo- i 3-cio rzędnej, a tylko wyjątkowo (cierpienia oczu, mózgu, rdzenia) należy przedsiębrać energiczniejsze środki. Przy objawach parasyfilitycznych osiągnięto przy używaniu mergalu doskonałe wyniki. Podług Hoggego zastępuje mergal wcierania i wstrzykiwania. przytem nie wywołuje zaburzeń przewodu pokarmowego i nerkowych. Równie przychylnie oceniają mergal Saalfeld, Keil, Leistikow i Zeissl. Chemicznie jest mergal połączeniem kwasu cholowego z tlenkiem rtęci $(C^{24}H^{39}O^{5})^{2}Hg$. Jest to żółtawy proszek, nierozpuszczalny w czystej wodzie; łatwo rozpuszcza się w roztworach soli kuchennej. Aby zapobiedz podrażnieniu jelit, dodaje się taniny do poprzedniego połączenia w stosunku 1: 2. W handlu znajduje się mergal w kapsułkach, z których każda zawiera 5 cgr. kwasu cholowego tlenku rtęci i 1 dcgr. białkanu taniny, wyrobu fabryki J. D. Riedla. Przy używaniu mergalu należy zachować odpowiednią dyetę: zaleca się przytem kąpiele, spokój, dużo snu i świeże powietrze. *Ll.*

Arhovina. Zdanie, jakie wypowiedział obecnie Weinberg o arhovinie (»Wiener Med. Presse« Nr 44, 1907) ma doniosłe znaczenie. Już przed trzema laty ogłosił on swe doświadczenia z arhoviną i od tego czasu stale już wypróbowywał w dalszym ciągu jej skuteczność. Wyraża się on o arhovinie nader przychylnie. Ze wszystkich praktycznych doświadczeń, wykonanych przez Weinberga, wypływa, że arhovina jest środkiem pewnym i bezsprzecznie skutecznym, przytem nie wywołuje żadnych ubocznych zaburzeń, które zdarzają się przy używaniu środków balsamicznych. Nawet wytwarzane w ostatnich latach udoskonalone przetwory balsamiczne, które mają wiele przewagi nad stosowanymi dawniej, wywołały przy wielu doświadczeniach zaburzenia żołądka, jelit i nerek. Przy używaniu arhoviny podobne wypadki nigdy się nie zdarzały, chociaż zastęp chorych, leczonych tym środkiem, jest bardzo liczny. Ze względu na skuteczność i przewagę nad innymi środkami zajmuje arhovina w leczeniu wiewióra wybitne miejsce, i jako taka zyska prawdopodobnie szerokie rozpowszechnienie. Takie zjawiska, jak uśmierzenie bolów zaraz na drugi dzień, lub któregokolwiek dnia po zastosowaniu leczenia arhoviną, dadzą się wytłómaczyć szybkiem jej wessaniem. Wydzielając się, znieczula arhovina narządy moczowo-płciowe, przyczem bole znikają. W dawkowaniu wychodzi W. poza dawki przeciętne i chętnie zaleca w ciężkich przypadkach do 10 kapsułek dziennie po 0,25. Wogóle przypisuje on energiczniejszemu leczeniu tym środkiem, nie wywołującym żadnych zaburzeń ubocznych, wielką skuteczność. *Hr.*

Rok XLVI. Kraków, dnia 28 grudnia 1907. Nr 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE LWOWSKIE

1877—1907.

Gdy podkarpacka dzielnica ziem polskich mogła nieco lżej odetchnąć, społeczeństwo nasze, korzystając z pierwszych swobód, zerwało się na wszystkich polach do pracy zbiorowej, dobro ogółu mającej na celu, a przez wiek cały utrudnionej lub niemożliwej. Stanęli w pierwszych szeregach do tej pracy lekarzy polscy w Galicyi i w latach 1866 i 1867 zawiązały się dwa nasze Towarzystwa lekarskie, w Krakowie i we Lwowie, rozpoczynając odrazu żywą działalność, nie zamkniętą w kole zagadnień tylko naukowych i dążeń tylko zawodowych, lecz noszącą także wybitne piętno społeczne.

Działalność ta, obejmująca z początku bardzo szeroki zakres, z biegiem lat, w miarę, jak dla poszczególnych jej gałęzi zyskiwało społeczeństwo osobne urządzenia i korporacye, ograniczyła się w Towarzystwach lekarskich do pewnych tylko zadań. Sprawy higieniczno-społeczne pierwsze przeszły poczęści w ręce zorganizowanej służby zdrowia, poczęści zaś w ręce Towarzystw filantropijnych różnego rodzaju i powstających w kraju na kilka zawodów Towarzystw higienicznych; ze spraw tych pozostała odtąd dla Towarzystw lekarskich tylko część, a Towarzystwa te mogły odtąd tem usilniej zmierzać do innych swych celów: a więc zająć się losem wdów i sierót po kolegach; stać na straży godności stanu lekarskiego, strzedz jego dobra, dopóki nie uzyskał on zbiorowego przedstawicielstwa w postaci Izb lekarskich; przedewszystkiem zaś wytworzyć ognisko zbiorowej pracy naukowej i pielęgnować rozwój polskiego piśmiennictwa naukowo-lekarskiego.

Zrazu oba Towarzystwa nasze, każde za siebie, zamyślały o spełnieniu wszystkich tych zadań; po upływie pierwszego dziesięciolecia nastąpił jednak celowy, zgodny podział pracy: krakowskie Towarzystwo lekarskie wzięło na siebie wydawanie wspólnego dla całego kraju czasopisma lekarskiego, w lwowskiem Towarzystwie lekarzy galicyjskich skupiły się zabiegi około zabezpieczenia bytu osieroconym rodzinom lekarzy całej Galicyi, a pracę naukową oddano utworzonym wówczas jego sekcyom. Siłą rzeczy prawie wyłącznem ogniskiem tej pracy naukowej, gorliwą w niej przodownicą była w Towarzystwie lekarzy galicyjskich »Sekcya lwowska«, dzisiejsze Towarzystwo lekarskie lwowskie, ukształtowana wówczas, w r. 1877, w odrębne grono, święcące w tej postaci w ten sposób dziś trzydziestą rocznicę swego istnienia. Ale ciągłość zbiorowej pracy naukowo-lekarskiej polskiej we Lwowie starsza jest w rzeczywistości o całą dekadę. 12. lutego 1867 zebrali się bowiem w ratuszu lekarze lwowscy, postanawiając zawiązać Towarzystwo naukowe. Uchwalona wówczas ustawa Towarzystwa została za staraniem Dra Millereta i późniejszych członków pierwszego zarządu zatwierdzona przez władze 8. września tegoż roku. Pierwszym przewodniczącym obrano na zebraniu w d. 2. grudnia 1867 przy obecności 47 członków Dra Maciejowskiego, jego zastępcą Dra Berthleffa, skarbnikiem Dra Kosińskiego, podskarbim Dra Wołka, sekretarzami: Dra Riegera i Widmana, a członkami Rady zawiadowczej Drów Ziębickiego, Noskiewicza, Fingera, Molendzińskiego, Głowackiego i Witza. Potomność zachowa to grono na zawsze we wdzięcznej pamięci.

Szereg regularnych posiedzeń naukowych rozpoczyna się 4. stycznia 1868. Przewodniczyli im przez pierwszych lat dziesięć prezesowie Towarzystwa lekarzy galicyjskich, Doktorowie: Maciejowski, Berthleff, Rieger, Noskiewicz, dziś spoczywający już w grobie. Nie było też danem doczekać dzisiejszej świątecznej chwili pierwszemu przewodniczącemu odrębnej sekcyi lwowskiej, Dr Widmanowi, a z jego następców Dr Longchampsowi, Rożańskiemu i Feiglowi.

Już w pierwszem dziesięcioleciu istnienia Towarzystwa lekarzy galicyjskich skupiała się jego działalność naukowa tylko we Lwowie, a od chwili formalnego związania się w odrębne grono, ruch ten w »Sekcyi lwowskiej«, w r. 1900 przybierającej nazwę »Towarzystwa lekarskiego lwowskiego«, statecznie rośnie i potężnieje. Liczba posiedzeń, zrazu raz tylko na miesiąc odbywanych, z latami się potraja, zastęp członków mnoży się przeszło w czwórnasób. Goszcząc z początku pod cudzym dachem, zdobywa się Towarzystwo lekarskie lwowskie zwolna na własną salę i przenosi swe zebrania z mniejszej sali ratuszowej do domu przy ul. Blacharskiej l. 18, a stamtąd do domu przy ul. Dominikańskiej l. 11, zakupionego przez Towarzystwo lekarzy galicyjskich; dziś zamyśla już o zupełnie odrębnej siedzibie własnej, gdzie wygodnie pomieści cenną swą bibliotekę, przekraczającą obecnie 6,000 dzieł. Ciągły rozwój, widoczny już z tych suchych liczb, zawdzięcza Towarzystwo lekarskie niewątpliwie w najznaczniejszej mierze pracy swych zarządów, na których czele stali

kolejno po ś. p. Widmanie prezesowie: Opolski, Głowacki, Merunowicz, Kadyi, Merczyński, Bylicki, Ziembicki, Schramm, Stroynowski, Festenburg, Prus, Wiczkowski, Machek, Antoni Gluziński, Sielski, Beck, Sołowij, Łukasiewicz, Rydygier, Wechsler, Stachiewicz, a obecnie ponownie A. Gluziński.

Obfitej kroniki naukowej Towarzystwa lwowskiego niepodobna wcisnąć w kilkanaście zdań; zasługuje ona na szczegółowe i wszechstronne opracowanie, a historyk Towarzystwa będzie miał zadanie szerokie i wdzięczne, niepoślednim plonem bogate. Towarzystwo lwowskie może obejrzeć się dziś poza siebie z chlubą i zadowoleniem tem większem, im trudniejsze i odpowiedzialniejsze przypadało mu przez czas długi zadanie, zanim Wszechnica lwowska uzyskała Wydział lekarski. Znaczną część tych zadań i obowiązków, które wobec szerszych kół lekarskich ma Wszechnica, dźwigać musiało na swych barkach przez szereg lat samo Towarzystwo; a temu nietylko zaszczytnie sprostało, sprawiając, że postęp naukowy płynął wśród lekarzy szerokim i silnym prądem, ale zdołało nadto swym żywym udziałem w czterech Zjazdach lekarzy i przyrodników polskich (1875, 1888, 1894 i 1907), odbytych we Lwowie, oddziałać na ogólny nasz ruch umysłowy w dziedzinie medycyny i przyrodoznawstwa i w dorobku tych Zjazdów zająć stanowisko wybitne.

Węzły, łączące pismo nasze z Towarzystwem lekarskiem lwowskiem, są dawne i ścisłe. Już przy narodzinach Towarzystwa w r. 1867, bronił je »Przegląd« piórem Dra Ściborowskiego przed nieuzasadnioną niechęcią i uprzedzeniem. Zbiorowa praca lekarzy lwowskich znajdowała w naszem piśmie od początku swoje odbicie i w niem trwałe a piękne pozostawiła ślady. Po wyłonieniu się z Towarzystwa lekarzy galicyjskich osobnej Sekcyi lwowskiej był »Przegląd lekarski« przez okrągłe ćwierćwiecze jej rzecznikiem i wyrazem i wypełniał tę służbę wiernie i ochoczo. Toteż życzenia, jakie »Przegląd« składa Towarzystwu lekarskiemu lwowskiemu w dniu dzisiejszym, są jakby życzeniami starego towarzysza broni, wypróbowanego w niejednej potrzebie; wszak tyle lat pod wspólnym kroczyliśmy sztandarem, dzieliliśmy wspólne losy, do wspólnych razem zmierzaliśmy celów. Życzymy, by Towarzystwo lekarskie lwowskie rozwijało się i kwitło, by nauka lekarska i społeczeństwo coraz bogatsze zbierało prac jego żniwo; życzymy tem szczerzej i goręcej, im silniejsze to, co nas łączyło i łączy: chęć służenia Ojczyźnie.

Redakcya.

Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Resekcya kątnicy.

Zarys techniki operacyjnej.

Podał

Dr Z. Radliński.

(Dokończenie).

Kazuistyka kliniki krakowskiej.

Ogólna ilość przypadków, operowanych z powodu guzów kątnicy od r. 1900 w klinice krakowskiej, wynosi 28 (wliczając przypadki z praktyki prywatnej prof. Kadera).

Krótkie ich zestawienie w porządku chronologicznym przedstawia załączona tablica (str. 679 i 680).

Prócz tego metodę jednoczasową doszczętną, opisaną przezemnie, jako zazwyczaj używaną w klinice krakowskiej, zastosował niedawno prof. Kader w przypadku guza pętli esowatej. Uruchomienie guza, oddzielenie go od krezki, enterotrypsyjne przecięcie jelit, zaszycie końców na ślepo szwem kapciuchowym. Enteroanastomoza boczna pomiędzy ślepo zakończoną okrężnicą zstępującą i również ślepo zakończoną dolną częścią pętli esowatej *(colon pelvinum)* przy ustawieniu izoperystaltycznem. Tamponowanie rany. Wyzdrowienie. (Tu nadmienię, że Prof. Kader zasadniczo po wszelkich resekcyach jelit wytwarza ślepe końce i zakłada boczną enteroanastomozę).

Pod względem spraw chorobowych przytoczone 28 przypadków dzielą się:

Rak	6	przyp.
Mięsak	1	»
Gruczolak	1	»
Gruźlica	10	»
Wgłobienie	4	»
Naciek zapal. . . .	2	»
Odbyt sztuczny . . .	1	»
»Tumor« bez szczegół.	3	»
Razem .	28	przyp.

Postępowanie doszczętne zastosowano 23 razy, a tylko w 5 przypadkach postąpiono paliatywnie.

Z 23 przypadków operacyi doszczętnej metodą typową jednoczasową (uruchomienie guza, oddzielenie krezki, enteroanastomoza, enterotrypsyjne przecięcie jelit, szew kapciuchowy końców jelit, tamponowanie rany) — zastosowano w 14 przypadkach (Nr 4, 6, 8, 9, 10, 17, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28); z nich zejście śmiertelne nastąpiło w 4; jednego z tych zejść śmiertelnych (Nr 24 z powodu krwawiączki) nie możemy kłaść na karb metody, należy ono do nieszczęśliwych przypadków w chirurgii wogóle; pozostaje 13 przypadków z 3 zejściami śmiertelnemi.

Odsetkowo wypada śmiertelność przy jednoczasowym sposobie, stosowanym w klinice krakowskiej — 23,07% w porównaniu z przeciętną odsetką 25%, podaną przezemnie wyżej dla wszelkich innych metod wziętych razem.

W pozostałych przypadkach, operowanych doszczętnie, odstąpiono od typu, mianowicie, albo zaszyto ranę brzuszną, a nie tamponowano, albo też, z powodu zbyt ciężkiego stanu chorego nie dokończono operacyi, a po usunięciu guza, pozostawiono odbyt sztuczny, lub też wyłoniono guz wyosobniony po założeniu anastomozy. Wyniki tych przypadków były następujące:

A) Szew zupełny rany brzusznej:

2 przyp. wgłobienie (Nr 3, 15) — 2 zejście śmiertelne,
1 » gruźlica (Nr 7) — wyzdrowienie,
1 » raka (Nr 18) — zejście śmiertelne.

W 2 z tych przypadków (Nr 15 i 18), jako przyczynę zejścia niepomyślnego, spotykamy puszczenie szwów.

B) Pozostawienie odbytu sztucznego lub wyłonienie:

rak — śmierć *(pneumonia, periton. sept.* Nr 11), wyzdrow. Nr 16,
gruźlica (Nr 12) — śmierć *(tbc. generalis* w 3 tyg. po oper.),
wgłobienie (Nr 13) — śmierć,
»tumor« (Nr 22) — śmierć (po 10 dniach, wyniszczenie).

Zabiegi paliatywne, mianowicie zawsze enteroanastomozę okolną, zastosowano tylko w 5 przypadkach (Nr 1, 2, 5, 14, 19); we wszystkich wynik bezpośredni był pomyślny.

Nr	Rok	Płeć	Wiek	Rozpoznanie	Data oper	Znieczulenie	Rodzaj operacyi	Postępowanie z raną	Wynik	Uwagi
1	1900	K.	58	Carc. coeci.	13. X.	Lędźwiowe, tropacoc.	Paliat. Enteroanastomosis.	Szew zupełny.	Pomyślny.	
2	1901	M.	39	Tbc coeci.	—	?	Paliat. Enteroanastomosis.	?	»	
3	1901	M.	22	Perityphlit acuta; przy operacyi: invaginatio ileocoecalis.	6. VI.	Lędźwiowe, tropacoc.	Radic. Resectio intestin. enteroanastomosis.	Szew zupełny.	Śmierć 12. VI.	8. VI. Relaparotom. z powodu niedrożności; odbyt sztuczny.
4	1901	M.	25	Tumor ileocoecalis tbc.	12. VII.	Chloroform.	Radic. Resectio anguli ileocoecalis. Zaszycie końców jelit na ślepo, enteroanast	Tampon	Pomyślny.	Po 2 tygodniach przeniesiony do szpitala św. Łazarza.
5	1902	M.	25	Tbc. coeci et coli ascend.	17. III.	»	Paliat. Enteroanastomosis ileosigmoidea	Szew zupełny.	»	
6	1902	K.	33	Tbc. coeci.	15 V.	»	Radic. Resectio coeci, zaszycie końców jelit na ślepo, enteroanastomosis.	Tampon	Śmierć 19. V.	Rozległa gruźlica płuc, stłuszczenie nerek, wątroby. Peritonitis nie było.
7	1902	K.	50	Stenosis intestin.; po operacyi: tbc. coeci.	5. VII.	Lędźwiowe, tropacoc.	Radic. Resectio coeci, zaszycie końców jelit na ślepo, enteroanastomosis.	Szew zupełny.	Pomyślny.	
8	1903	K.	52	Tumor coeci, stenosis; po operacyi: stenosis inflammat. e corpore alieno (35 pestek ze śliwek).	8. I.	»	Radic. Resectio coeci, zaszycie końców jelit na ślepo, enteroanastomosis.	Tampon.	»	
9	1903	K.	50	Invaginatio ileocoecalis chronica.	21. IX.	Chloroform.	Radic. Resectio coeci, zaszycie końców jelit na ślepo, enteroanastomosis	»	»	
10	1903	K.	22	Tbc. coeci, fistula post appendectomiam.	1. XII.	»	Radic. Resectio anguli ileocoecalis, zaszycie końców jelit na ślepo, enteroanastomosis; razem z guzem wycięto prawy jajowód.	»	Śmierć 8. XII.	Pneumonia bilateralis.
11	1904	M.	48	Carcinoma coeci.	20. IV.	Lędźwiowe, tropacoc.	Radic. B. trudne wyosobnienie i wyłonienie guza, przecięcie i umocowanie pętli w ranie — anus praeter.	»	Śmierć 21. IV.	Pneumonia dex., periton. septica incipiens.
12	1904	M.	30	Tbc coeci.	26. IV.	»	Radic. Po wyosobnieniu pętli zmienionych, wyłoniono je przez dodatkowe cięcie lewostronne z powodu zajęcia gruźlicą śledzionowego zagięcia okrężnicy. Anus praeternaturalis.	»	Śmierć 20. V.	30. IV. z powodu objawów niedrożności — relaparotomia. Na razie poprawa. Po 3 tyg. śmierć z gruźlicy ogólnej.
13	1904	M.	12	Invaginatio ileocoecalis acuta.	26. V.	Chloroform.	Radic. Resectio intestinorum. Anus praeternaturalis.	»	Śmierć 27. V.	
14	1905	M.	33	Carcinoma coeci.	2. VI.	Lędźwiowe, tropacocain.; po godzinie chloroform.	Paliat. Enteroanastomosis z powodu rozległych przerzutów.	Szew zupełny.	Pomyślny.	
15	1905	M.	4[illegible]	Invaginatio ileocoecalis; po oper.: na szczycie wgłobienia nowotwór.	7. VII.	Lędźwiowe, tropacocain.	Radic. Resectio intestinorum, szew kapciuchowy końców jelit, enteroanastomosis.	»	Śmierć 17. VII.	Pneumonia. Infectio e fistula intestini resecti, peritonitis circumscripta.
16	1905	M.	58	Carcinoma coeci.	9. XII.	Lędźwiowe, tropacoc. w końcu trochę chlorof.	Radic. Wieloczasowa metoda Mikulicza z dodatkiem enteroanastom.	—	Pomyślny.	27. I. 1906 zamknięcie odbytu sztucznego.
17	1905	M.	44	Carcinoma coeci.	20. XII.	Lędźwiowe, tropacoc.	Radic. Resectio coeci, zaszycie kapciuchowe końców, enteroanastomoza.	Tampon.	»	

Nr	Rok	Płeć	Wiek	Rozpoznanie	Data oper	Znieczulenie	Rodzaj operacyi	Postępowanie z raną	Wynik	Uwagi
18	1906	M.	47	Carcinoma coeci et cholelithiasis.	22. III	Lędźwiowe, tropacocain W końcu drugiej godziny trochę chloroformu.	Radic. Resectio coeci, kapciuchowe zaszycie końców jelit, enteroanastomosis. Cholecystectomia.	Szew zupełny, rany na kątnicy. Tampon, rany po cholecyst.	Śmierć 27. III.	Peritonitis perfor. z powodu zgorzeli kikutów jelit.
19	1906	M.	50	Tumor coeci.	2. VI.	Lędźwiowe, tropacoc.	Paliat. Enteroanastomosis.	Szew zupełny.	Pomyślny.	
20	1906	K.	28	Adenoma coeci.	28.VII	Lędźwiowe, tropacoc	Radic. Resectio, zaszycie końców na ślepo, enteroanastomosis.	Tampon.	Pomyślny.	Z praktyki prywatnej prof. Kadera.
21	1906	M.	61	Tumor coeci.	30. V.	»	Radic. Resectio coeci, zaszycie końców, enteroanastomosis.	»	»	
22	1907	K.	40	Neoplasma coeci.	5. I.	»	Radic. Uruchomienie i wyłonienie po uwolnieniu od krezki jelita chorego. Enteroanastomosis.	»	Śmierć 15. I.	Wyniszczenie.
23	1907	M.	38	Neoplasma intestinorum; po oper.: lymphosarcoma coeci.	28. II.	»	Radic. Resectio coeci cum 275 ctm. intestini tenuis et crassi. Zaszycie końców kapciuchowo, enteroanastomosis.	»	Pomyślny.	
24	1907	M.	36	Tumor coeci tbc.; po operacyi: naciek zapalny przewlekły.	18. III.	»	Radic. Resectio coeci, zaszycie na ślepo końców jelit kapciuchowe, enteroanastomosis.	»	Śmierć 19 III.	Krwawiączka (?).
25	1907	K.	38	Anus praeternaturalis post operationem gynaecologicam (po za kliniką).	22. III.	Lędźwiowe, tropacoc, (pod koniec trochę chloroformu).	Radic. Resectio convoluti intestinalis cum ano praeternaturali in coeco. Kapciuchowe zaszycie końców, enteroanastomosis.	»	Śmierć 23. III.	
26	1907	K.	38	Tumor coeci; po operacyi tbc. coeci.	13. VI.	Lędźwiowe, tropacoc.	Radic. Resectio coeci, kapciuchowe zaszycie końców, enteroana tomosis.	»	Pomyślny.	
27	1907	K.	37	Tbc. coeci stenosis intestinorum.	2. V.	»	Radic. Resectio convoluti intestinorum (190 ctm., 80 c. colon.); kapciuchowe zaszycie końców, enteroanastomosis.	»	»	
28	1907	K.	16	Tbc. coeci.	26. XI.	Lędźwiowe, tropacoc	Radic. Resectio coeci, kapciuchowe zaszycie końców, enteroanastomosis.	»	»	Przypadek dodany przy korekcie.

Piśmiennictwo (w porządku chronologicznym). 1) 1891. Matlakowski: Über Resection d. Blinddarmes bei carcinomatöser u. narbiger Stenose. Deutsche Zeitsch f. Chir. T. 33 — 2) 1891. Merkel: Handbuch der topographischen Anatomie. T. II. — 3) 1895. Körte: Zur chirurgischen Behandlung der Geschwülste der Ileocoecalgegend. Deuts. Zeits. f. Chir. T. 40. — 4) 1895. Richard Berry: The anatomy of the caecum. Anatom. Anzeiger. T. X. Nr 13, — 5) 1897. Müller: Extraabdominale Darmresection mit fortgesetzter extraabdominaler Behandlung. Ref z Hospitals Tidende 1896. Nr 3 w Centralblatt f. Chir. Nr 43. — 6) 1898. Conrath: Über die locale chronische Coecumtuberculose etc. Beitr. z. klin. Chirurg. T. 21. — 7) 1899. Machard: Extirpation du coecum. Thèse de Genève. — 8) 1900. Zimmermann: Über Operation und Erfolge der Dickdarmresection wegen Carcinom etc. Beiträge zur klin. Chir. T. 28. — 9) 1900. Körte: Erfahrungen über die operat Behandl. der malignen Dickdarmgeschwülste. Arch. f. klin. Chir. T. 61 — 10) 1902. v. Bergmann, v. Bruns, v. Mikulicz: Handb. d. pract. Chir. Wyd. II. T. 3. — 11) 1902. Hochenegg. Resultate bei operativer Behandlung carcinomatöser Dickdarmgeschwülste. Archiv für klin. Chir. T. 68. Str. 172 — 12) 1902. Langemak: Die Darmauschaltung als präliminare Operation etc. Deutsch. Zeits. f. Chir. T. 62. — 13) 1902. Oppenheim: Lungenembolien nach chir. Eingriff. etc. Berl. klin. Wochens. Nr 5 — 14) 1903. Goeschel: Die mehrzeitige Resection des Dickdarmes. Beitr. zur klin. Chir. T. 37. — 15) 1903. Schloffer: Zur operativen Behandl. des Dickdarmcarcinoms; dreizeitige Radicaloperation Beitr. zur klin. Chir. T. 38. — 16) 1905. Witzel: Wie entsteht die Thrombose etc. Centralblatt für Chir. Nr 28. — 17) 1906. Flint: Ueber eine neue Methode zur Herstellung von Anastomosen etc. Archiv f. klin. Chir. T. 80 IV. Tamże opis metody Wercliusa. — 18) 1906. Bakes: Erfahrungen über einzeitige Resection etc. Arch. f. kl. Chir. T. 80. — 19) 1907. Rostowcew: Aseptische Darmnath. Arch. f. kl. Chir. T. 82. — 20) 1907. Soubeyrand: Sur le mode special de suture etc. Révue de chirurgie. Nr 2. (Cytuje dane Trevesa). — 21) 1907. Hartmann: Tuberculose ileocecale. Révue de chir. Nr 2. — 22) 1907 Brunner C.: Tuberculose, Actinomycose u. Syph. des Magen-Darm-Kanals. Deutsche Chir. Zesz. 46 e. — 23) 1907. Anschütz: Beiträge zur Klinik d Dickdarmcarcinoms. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Mediz. u. Chirur. III. Supplem. (tom Mikuliczowski). — 24) 1907. Karczewski: Sprawozdanie z posiedzeń Sekcyi chirurgicznej przy Warsz. Tow. Lekarskiem.

Piśmiennictwo bieżące.

Pedyatrya.

C. Pirquet. **Studya kliniczne nad szczepieniem ospy i allergią szczepienną.** (Leipzig und Wien. Franz Deuticke, 1907). Sumienną i mozolną pracę swą podzielił autor na część kliniczną i teoretyczną. W części klinicznej omawia szczepienie pierwsze i powtórne. Metodyka jego jest bardzo prosta. Lancetem szczepiennym przez skręcenie go po przyłożeniu do skóry zadawał P. 2 mm. w średnicy mającą rankę, którą codziennie oglądał, zapisując kształt, barwę i wielkość. Krowianki używał z wiedeńskiego zakładu państwowego. Na podstawie swych licznych spostrzeżeń stwierdza P., iż urazowy odczyn szczepienia trwa 24 godzin, iż w dniu 4-tym występuje zaczerwienienie miejsca szczepienia, w dniu 5-tym powstaje guzek, w dniu 6-tym szczyt jego się rozpłaszcza, w dniu 7-mym wytwarza się wązki rąbek zaczerwienienia (*aula*), w 9-tym i następnych zaczerwienienie rośnie aż do dnia 12-tego, w którym to dniu wytworzenie szerokiego zaczerwienienia, t. zw. tarczy (*area*, *areola*), jest skończone. Tarcza ta szybko blednie, a w 14. dniu już znika. Również i wytwarzający się z guzka pęcherzyk szczepienny około 11-tego dnia dochodzi do szczytu rozwoju. Środek jego zaczyna żółknieć, około 14. dnia jest wytworzony brunatny strupek, który wysycha i po 3 tygodniach odpada. Ciepłota przy szczepieniu pierwotnem nieznacznie się podnosi w czasie powstawania guzka, następnie opada; podnosi się znów znacznie przy wytwarzaniu się tarczy i opada po przejściu szczytu odczynu. Jedynie u dzieci poniżej 12 miesięcy ciepłota była nieco niższą. Krzywe, rysowane z czasu szczepienia i wielkości tarczy lub guzka u różnych chorych, były bardzo do siebie podobne. Jedynie u dzieci charłaczych spostrzegał P. opóźnianie wytwarzania się guzka aż do 9-tego dnia i wytwarzanie się bladej i wązkiej tarczy w dniu 11-tym lub 12-tym. Wnosi z tego, że przy słabym odczynie ogólnym przebieg miejscowego odczynu jest zwolniony, również wielkość tarczy i podwyższenie ciepłoty ma stać w stosunku prostym do natężenia odczynu ogólnego.

Stwierdziwszy u chorych na klinice stałej prof. Eschericha szczyt odczynu szczepiennego między 11. a 14. dniem, zauważył P., że u chorych przychodnich szczyt szczepienia wypada o dwa dni wcześniej. Ponieważ u tych chorych przychodnich robiono 6 nacięć szczepiennych, a u chorych z kliniki stałej tylko 2, przeto P. wnosi stąd, że większa ilość jadu przyspiesza odczyn szczepienny. Dla stwierdzenia tego zapatrywania, rozcieńczał krowiankę i przekonał się, że wraz z rozcieńczeniem nietylko opóźnia się odczyn miejscowy, ale również zmniejsza się jego natężenie. Gdy natomiast u jednego i tego samego osobnika wykonano w dniach po sobie następujących szereg szczepień, to szczepienia następne doganiały w rozwoju szczepienie pierwsze w okresie tworzenia się tarczy i równocześnie z niem ulegały zmianom wstecznym.

Często przy szczepieniu spostrzegał P. między 11. a 13. dniem powstawanie krost pobocznych. Rzadziej natomiast (32 przypadków) występuje między 7-mym a 15-tym dniem rumień, zajmując całą powierzchnię ciała w postaci żywo czerwonych, nieco wyniosłych plam, zamieniających się niekiedy na pęcherzyki.

Przy szczepieniu powtórnem (*revactinatio*) szczyt odczynu wypada między 2-gim a11-tym dniem, średnio w 5-tym. I tu wytwarza się guzek szczepienny, który już w tym okresie może uledz wessaniu, lub też przechodzić dalsze okresy rozwoju, jak przy szczepieniu pierwszem. Tarcza wytwarza się tutaj niezawsze, i to zwykle niema jej u szczepionych niedawno, rozwija się zaś zwykle już między 5. a 7. dniem u szczepionych po raz pierwszy przed długim czasem. Zdarza się u ludzi dorosłych, że tarcza jest bardzo wielka (1·9 ctm.), a odczyn jest bardzo silny. Pirquet nazywa ten odczyn hyperergicznym. Odczyn rewakcynacyjny jest powierzchowniejszy; ciepłota podnosi się przy nim jedynie nieznacznie. Wysypek, ani krost pobocznych P. przy szczepieniu powtórnem nie spostrzegał. Szczepiąc co dwa dni u tych samych osób, przekonał się P., że odczyn w następnych szczepieniach w okresie tworzenia się tarczy przyspieszał się, także szczyt odczynu we wszystkich miejscach szczepionych przypadał na jeden czas. W miejscach szczepionych po dniu jedynastym przypada szczyt odczynu już po 24 godzinach. Tutaj nie dochodzi do wytworzenia się tarczy, lecz tylko guzka. Odczyn ten nazywa P. wczesnym (Frühreaction) Tu przekrwienie miejsca szczepionego występowało po 3—6 godzin, a guzek w 4—9 godzin, odczyn mijał już w 24 do 33 godzin.

Przy szczepieniu limfą humanizowaną i kolejnych szczepieniach spostrzegał P. u siebie, jakoteż u drugiej osoby wytworzenie się dużej tarczy i żółtaczkowo podbarwionego guzka, a więc hyperergicznego odczynu wczesnego, mijającego już po 30 godzinach. P. uważa to za nowy dowód, że wielkość odczynu zależy od ilości wprowadzonego jadu. Za słusznością powyższego zapatrywania przemawiałyby i doświadczenia z rozcieńczeniami krowianki. Przy dwu- trzykrotnem rozcieńczeniu krowianki powstawał odczyn wczesny prawidłowy, przy 4—10-krotnem guzki o średnicy 4 mm. po 7—10 godzinach, przy 160 do 640 rozcieńczeniu guzki o 1 mm. średnicy po 21 do 33 godz.; przy silniejszych rozcieńczeniach odczynu nie było.

P. przyjmuje więc w miejsce ogólnie przyjętego uodpornienia po szczepieniu pierwszem tak zwany odczyn wczesny. Uodpornienie spostrzegał P. jedynie w pierwszych miesiącach po pierwszem szczepieniu i to tylko u niewielu osobników.

Przechodząc do części teoretycznej omawia P. analogię odczynu szczepienia z odczynem, który wywołuje u człowieka wstrzyknięcie surowicy, np. konia. Czas utajenia objawów chorobowych, wysypki i gorączki, wynosi tu 8 do 10 dni. W okresie tym mają się tworzyć precypityny, które według Wolffa, rozpuszczając zewnętrzną warstwę wprowadzonego białka, uwalniają endotoksynę, wywierającą swe działanie. Przy powtórnem wstrzyknięciu surowicy czas utajenia będzie krótszym, jednak odczyn ustroju nie będzie uodpornieniem; owszem gorączka będzie tu wyższa i objawy toksyczne wybitniejsze. Stan ten ustroju przy powtórnem wstrzyknięciu nazywa P. allergią. Allergia będzie więc stanem odmiennego oddziaływania na wprowadzony jad. Produktami wywołującymi allergię ustroju będą aglutyniny, precypityny, bakteryolizyny, antytoksyny, które zdaniem P. nie krążą we krwi, lecz są związane z tkanką stałą. Wracając do szczepienia, wnosi P., że niweczniki rozpuszczając osłonki bakteryi uwalniają endotoksynę, która wywołuje odczyn zapalny. Gdy niweczniki antytoksyczne i bakteryolityczne znajdują się w równowadze, odczyn powtórnego szczepienia będzie ujemnym. Ponieważ antytoksyna zostaje szybciej wydalana z ustroju, niż bakteryolizyna, więc po pewnym czasie przy szczepieniu bakteryolizyna, rozpuszczając osłonki bakteryi, uwolni endotoksynę, która wywoła odczyn wczesny. Powolny rozwój guzka szczepiennego tłómaczy P. powolnym wzrostem kolonii bakteryi na pożywce stałej, natomiast rozwój tarczy wskazuje krzywą rozwoju niweczników w ustroju. Niweczniki te nie są miejscowe, lecz ogólne; o tem świadczy jednoczasowość szczytu szczepienia i rozwoju tarczy przy szczepieniach tuż po sobie następujących. Produkta toksyczne zostają odprowadzone drogami chłonnemi. Gorączkę uważa P. za odczyn allergiczny ustroju, a nie za toksyczny wpływ endotoksyn. O istnieniu niweczników przekonywa autora to, że przy mieszaniu surowicy ludzi szczepionych z krowianką, krowianka traci swoją jadowitość. Również w związku zdaje się być i leukopenia, występująca wśród leukocytozy szczepiennej. Przypada ona na czas tworzenia się tarczy; nasuwa się przypuszczenie, czy ona nie jest zjawiskiem, muszącem koniecznie poprzedzać wystąpienie niweczników. Tarczę przyspieszoną szczepień wtórnych tłómaczy P. niestosunkiem między szybkiem wytwarzaniem się niweczników bakteryolitycznych, a wolnem antytoksycznych. Dalej wyjaśnia P. przebieg ospy samej. Omawia szczepienia ospy drogą skórną, wykonywane na małpach, u których ospa występowała w łagodnej postaci po rozwinięciu się krost w miejscach szczepienia. P. przypuszcza, iż jad ospowy pod wpływem allergicznego odczynu ustroju zbija się w grudki i wywołuje zatory naczyń włosowatych skórnych; z nich rozwijają się krosty ospowe. Za taką aglutynacyą przemawiają spostrzeżenia Weigerta w preparatach histologicznych ospy: sznury zbitych bakteryi (Bacterienschlauche) w świetle naczyń skórnych. Sądzi on, że tak wysypka, jak i gorączka są przy ospie wywołane działaniem allergii ustroju. Ospianka jest zdaniem P. jedynie allergiczną odmianą sprawy ospowej. Ospa krwotoczna, powstająca, jak wiadomo, zwykle u osobników szczepionych i to przeważnie w sile wieku będących, ma pewne podobieństwo do przyspieszonego odczynu hyperergicznego, i tu przypuszcza P. krótki czas utajenia choroby i niestosunek między niwecznikami bakteryolitycznymi i antytoksycznymi, który sprawia tak gwałtowny obraz choroby. *Dr Skórczewski.*

Doc. Złatogarow. **O leczeniu płonicy surowicą przez odbytnicę.** (*Wraczebn. Gaz.* 1907, Nr 28). Z. próbował leczyć płonicę surowicą Mosera, stosowaną nie podskórnie, lecz przez odbytnicę. Przedtem jednak sprawdził Z. działanie surowicy, stosowanej w ten sposób, na królikach: w pierwszej seryi doświadczeń badał zapobiegawcze działanie surowicy, zastosowanej w 12 go-

dzin przed zakażeniem; w drugiej seryi wprowadzano surowicę jednocześnie z hodowlą paciorkowców; w trzeciej seryi wprowadzano surowicę w 12 godzin po zakażeniu paciorkowcami. W każdej seryi wstrzykiwano 5 królikom surowicę podskórnie, a 5 stosowano tę samą ilość przez odbytnicę. Z doświadczeń tych wynikło, że surowica najmniej działa, zastosowana po zakażeniu; w tych zaś przypadkach, gdzie działa, sposób wprowadzenia jej — pod skórę lub przez odbytnicę — rożnicy nie sprawia. Przez odbytnicę autor stosował surowicę 14 razy — u chorych II, III, IV grupy według podziału Mosera; surowicę stosowano zwykle na 2. lub 3. dzień choroby, najpóźniej na 4-ty; z 14 chorych zmarło 3: — 1 z III grupy, i 2 — z IV. W pozostałych 11 przypadkach wyniki stosowania surowicy były następujące: w 7 przypadkach ciepłota spadła przełomowo (*per crisim*) w ciągu 14 godzin, w 4 — stopniowo (*per lysim*) w ciągu 48 godzin. We wszystkich 11 przypadkach już po upływie 12 godzin działalność serca poprawiała się, stan podmiotowy polepszał się, przytomność wracała, wysypka bladła. Cuchnące rozwolnienia, wymioty znikały. Bezmocz ustępował, mała ilość moczu znacznie wzrastała. Zapalenie nerek spostrzegano tylko raz, chorobę surowiczą (Serumkrankheit) — 2 razy. Od innych powikłań, jakoto zapalenie ucha, ropienie gruczołów, chorzy mało byli zabezpieczeni. Jednem słowem surowica, wprowadzona przez odbytnicę, nie działała gorzej od surowicy, wstrzykiwanej podskórnie. Technika postępowania była następująca: naprzód dawano lawatywę oczyszczającą z 200—300 sz. ctm. wody; w pół godziny potem wlewano do odbytnicy przy pomocy miękkiej długiej kanki 200 sz. ctm. surowicy, ogrzanej do 50° C. Następnie trzeba przez godzinę przytrzymywać pośladki chorego. Surowica wchłania się zupełnie. W 2 przypadkach obfitych rozwolnień dodawano do surowicy po 1 kropli nastoju makowca. Z. dochodzi w końcu do następujących wniosków: 1) Surowica Mosera jest obecnie najlepszym środkiem przy płonicy. 2) Niedogodności podskórnego wstrzykiwania dużych dawek surowicy można uniknąć, stosując surowicę przez odbytnicę. 3) Surowica zastosowana przez odbytnicę działa tak samo, jak i wprowadzona pod skórę. 4) Dawka surowicy powinna wynosić 200—300 sz. ctm. 5) Ogólne posurowicze powikłania przy stosowaniu surowicy przez odbytnicę są, jak się zdaje, rzadsze, i przytem unika się miejscowych zmian na miejscu wstrzykiwania. 6) Lawatywy z surowicy nigdy nie spotykają przeszkód ze strony chorego i otaczających go osób.

Z. Orłowski (Ptsbg.).

Hecht. **Spostrzeżenia nad działaniem zabiegów wodoleczniczych u dzieci chorych na odrę.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, *Ergänzh.*). Stosowano przeważnie kąpiele zimne 20° C. przez 12 minut z nacieraniem podczas kąpieli. Po kąpieli nacieranie suche i zawinięcie w suche prześcieradło i kołdrę wełnianą. Dzieci znosiły ten zabieg dobrze i tylko u dwojga dzieci bardzo nędznych spadek ciepłoty był nadmierny i utrzymywał się długo, a u dwojga innych wystąpiły biegunki. Spadek ciepłoty dzielił się w równych częściach na czas kąpieli i czas po kąpieli, najniższą ciepłotę osiągano zwykle w kwadrans po opuszczeniu kąpieli. Wielkość spadku zależała od wieku (w pierwszych latach wynosiła 3,5—3,3° C., później około 2° C.), od odżywienia (u dzieci źle odżywianych spadki były znaczniejsze), wreszcie od tego, czy stosowano nacieranie (spadek większy). Nie była ona zależną od wysokości gorączki. *Lewkowicz.*

M. Péhu. **O leczeniu biegunek we wczesnych okresach życia zapomocą roztworu żelatyny.** (*Arch. de méd. des enf.* 1907, Nr 9). Pięcioletnie doświadczenie P. co do tego sposobu leczenia biegunek zdaje się przemawiać na jego korzyść. Żelatyna, używana do tego celu, musi być chemicznie czystą, osobno w tym celu przygotowaną; gatunek, znajdujący się w handlu, a służący do pospolitego użytku, zawiera wiele domieszek szkodliwych, jak kwasy, sole potasowe i t. d. Roztwór 10 prc. żelatyny wyjaławia się w autoklawie przy 120° w zwykłych probówkach i tak przechowuje się dowolnie długo. Przed użyciem rozpuszcza się żelatynę na łaźni wodnej i podaje dziecku wraz z pokarmem w ilości 10—30 gr. na dobę, zależnie od wieku. Do tego sposobu leczenia nadają się wszystkie postacie biegunek, z wyjątkiem przypadków bardzo ostrych na tle bakteryjnem, połączonych z ogólnem zatruciem, chociaż nawet i w tych przypadkach spostrzegano często dodatni wpływ leczenia. — Działanie żelatyny potwierdzają doświadczenia. Mleko krowie za dodaniem kwasu lub podpuszczki wydziela grube grudki sernika; jeśli poprzednio doda się do mleka żelatyny, grudki te są znacznie drobniejsze. Podobnej różnicy, zależnej od żelatyny, w żołądku dziecka stwierdzić jednak nie zdołano. Natomiast zauważono, że podanie środka przeczyszczającego równocześnie z żelatyną nie wywołuje u zwierząt biegunki. Jeśli jednak w godzinę po wprowadzeniu do żołądka żelatyny zastosować kalomel, sól glauberską i t. p., skutek objawia się w sposób zwyczajny. Wynika z tego, że żelatynę w celach leczniczych należy podawać wraz z pokarmami lub bezpośrednio po nich. *Bujak.*

Otto Brückler. **Dwie próby karmienia kóz mlekiem krowiem surowem i przegotowanem.** (*Jahrb. f. Kinderheilk.* 1907, paźdz.). Doświadczenia przeprowadzono na dwóch parach bliźniaczych kóz, które natychmiast po urodzeniu odłączono od matek. Dwie kozy z różnych miotów karmiono mlekiem krowiem surowem, dwie zaś pozostałe mlekiem przegotowanem. Mleko pochodziło stale od tej samej krowy, zupełnie zdrowej, i było zbierane ze skrupulatną czystością. Część mleka przechowywano w stanie surowym, pozostałość zaś gotowano przez 10 minut i porcyami podawano zwierzętom do ssania z flaszek co 4 godziny. Współczynnik Feera (oznaczenie w gramach tygodniowego przyrostu na 1 klgr. wagi i 1 litr mleka) przez cały czas doświadczenia przemawiał na korzyść mleka przegotowanego. Mimo to jednak zwierzęta karmione mlekiem przegotowanem były smutne, mało ruchliwe, a sierść ich nie była ani tak gęsta, ani tak połyskująca, jak u zwierząt, karmionych mlekiem surowem. Wprawdzie w doświadczeniach wielu innych badaczów było odwrotnie, być jednak może, że przyczyną tego było zanieczyszczenie mleka drobnoustrojami przy nieodpowiedniem zbieraniu. *Bujak.*

Schmid. **Trwałe wyniki przy leczeniu operacyjnem i zachowawczem gruźliczego zapalenia otrzewnej w wieku dziecięcym.** (*Jahrb. f. Kinderheilk.* 1907, paźdz.). Na podstawie dosyć licznej statystyki szpitalnej i piśmiennictwa stwierdza S., że gruźlicze zapalenie otrzewnej nie należy do rzadkości w pierwszym roku życia, że niemal wszystkie przewlekłe sprawy zapalne otrzewnej mają tło gruźlicze i że rozpoznanie u dzieci napotyka często na pewne trudności, zwłaszcza że płynna treść jelit może dawać objawy podobne, jak płyn wolny w jamie otrzewnej. Śmiertelność w tej sprawie jest mniejsza u dzieci, niż u dorosłych, a wynosi 37·9 prc,; obliczenia nie mogą jednak być dokładne, zwłaszcza że dosyć często pojawiają się nawroty u osób, uważanych za wyleczone. Wyniki leczenia operacyjnego i zachowawczego odsetkowo się nie różnią. Zabieg operacyjny, przedsięwzięty zbyt wcześnie, t. j. zanim prątek gruźliczy ulegnie osłabieniu, chybia celu; pod tym względem zgadza się wielu autorów na podstawie doświadczeń klinicznych i na zwierzętach. Przed zabiegiem operacyjnym należy próbować usunięcia wysięku zapomocą nakłucia. Rozleglejsze zmiany gruźlicze płuc, jelit lub nerek stanowią przeciwwskazanie do operacyi. Przy leczeniu zachowawczem główną rolę odgrywa dyetetyka, leżenie, pobyt w górach, obok tego zalecają naświetlania promieniami Röntgena, miesienie, wprowadzenie po nakłuciu do jamy otrzewnej jałowego powietrza, szaruchę i t. d. *Bujak.*

Bókay. **Wartość systematycznych nakłuć lędźwiowych w leczeniu nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, 47). Autor leczył 17 przypadków nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci nakłuciami lędźwiowemi. Z tej liczby umarło siedmioro, dziesięcioro zaś zostało przy życiu. Na podstawie swoich spostrzeżeń twierdzi B., że nakłucie lędźwiowe ma niewątpliwie znaczenie lecznicze, polegające nietylko na systematycznem obniżaniu ciśnienia śródczaszkowego przez upusty cieczy mózgowo-rdzeniowej, lecz także na tem, że przez te upusty wyprowadza się z ustroju znaczną ilość bakteryi i uwalnia go przez to od ciał toksycznych. W ciężkich przypadkach należy wykonywać nakłucie lędźwiowe w 1—2—3-dniowych odstępach. Wskazaniem do wykonania następnego nakłucia jest wzmożenie się wszystkich objawów choroby, a u małych dzieci wypuklenie ciemiączka. Przy jednorazowem nakłuciu nie należy u dzieci wypuszczać więcej płynu, niż 30 ctm.³. W tych przypadkach, gdzie nakłucie daje tylko małą ilość płynu i to mętnego i gęstego, systematyczne nakłucia często nie dają dodatniego wyniku.

Pisarski.

J. Comby. **Ostre zapalenie mózgu** (*encephalitis*) **u dzieci.** (*Arch. de méd. des enf.* 1907, Nr 10). C. rozróżnia dwa rodzaje zapalenia mózgu u dzieci, t. j. formę »przerostową« i zanikową. Pierwsza znamionuje się wybroczynami, obrzękiem tkanki mózgowej, zwyrodnieniem pierwocin nerwowych, naciekiem komórek o wielokształtnem jądrze i zakrzepami w drobnych naczyniach żylnych. W postaci zanikowej przeważają ponad wyżej wymienionymi objawami sprawy wsteczne, dotyczące tak komórek i włókien nerwowych, jak i tkanki podstawnej. Zapale-

nie ostre tkanki mózgowej pojawia się w każdym okresie dziecięctwa, nawet w życiu płodowem, a skutki objawiają się wtedy w porencefalii, czy małogłowiu i t. p. W ogniskach zapalnych znajdowano różne drobnoustroje, jak prątek grypy, gronkowce białe, a prócz tego zauważono, że zapalenie tkanki mózgowej pojawia się zwykle w następstwie jakiejś choroby zakaźnej, wyjątkowo zaś bez znanej przyczyny. Te przypadki samoistne spotykał C. najczęściej u osobników dziedzicznie obciążonych nerwowo, w innych wreszcie nielicznych przypadkach brakowało i tego czynnika etyologicznego. Choroba rozpoczyna się nagle drgawkami, które mogą się kilkakrotnie powtórzyć, poczem występuje śpiączka i zwiotczenie lub przykurczenie pewnych grup mięśniowych. Sztywność karku i objaw Kerniga nigdy nie występują, natomiast często pojawia się objaw Babińskiego i wzmożenie odruchów ścięgnistych przy porażeniu kurczowem. Porażenia wiotkie występują rzadko. Zmiany te w bardzo wielu przypadkach ustępują zupełnie, rzadziej pozostawiają stałe porażenia, upośledzenie inteligencyi lub napady padaczkowe, wreszcie w innych przypadkach następuje zejście śmiertelne. Leczenie ogranicza się na zmniejszeniu napływu krwi do jamy czaszkowej przez okłady lodowe na głowę, pijawki na wyrostki sutkowe, rozgrzewanie kończyn dolnych okładami gorącymi i podawanie środków przeczyszczających. Oprócz tego kąpiele co 4 godziny (35° C.), brom, chloral, po ustąpieniu zaś sprawy ostrej stosuje C. jodek potasu wewnętrznie. *Bujak.*

Stirnimann. **Dwa nieprawidłowe stany moczu u dzieci.** (*Corrbl. f. schw. Ärzte* 1907, Nr 21). Autorowi przyniesiono czerwono-fiołkowy mocz dziecka; po dodaniu alkaliów stał się ten mocz czerwono-brunatny. Próba indykanowa Jaffégo wypadła ujemnie. Dziecku temu poprzedniego dnia podano nieco nastoju pomornika (*tra arnicae*), z którego prawdopodobnie przeszedł do moczu i zabarwił go fiołkowo jakiś związek tymolowy. U innego dziecka znajdowały się w moczu wałeczki woskowe i nieliczne ciałka białe; urobilina zwiększona; białkomoczu, ani cukromoczu nie było. Dziecko to było zresztą zupełnie zdrowe i dobrze odżywione i zmiany w moczu znaleziono tylko przypadkowo. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 15. do 21. XII. 1907 doniesiono o 26 nowych przypadkach duru plamistego w 11 gminach, a mianowicie: pow. Brzeżany (Horodyszcze 1), Czortków (Kossów 1), Gródek (Uherce niezabitowskie 4) Jarosław (Nienowice 1, Pruchnik wieś 1), Jaworów (Zawadów 1, Hruszowice 10), Lisko (Lisko 2), Przeworsk (Przeworsk 2), Rawa (Wulka mazowiecka 2), Skałat (Połupanówka 11) i o 3 przypadkach ospy w 1 gminie, a mianowicie: pow. Chrzanów (Gromiec 3, ospa zawleczona z Niwek w Królestwie). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 15. do 21. XII. 1907 urodziło się dzieci żywo 58, nieżywo —; zmarło osób 53 (w tem obcych 19), z nich z gruźlicy 15 (6), zapalenia płuc 2 (1), błonicy 1 (1), krztuśca 1, płonicy 3 (3), duru brzusznego 1. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 15. do 21. XII. 1907 było przypadków: odry 1, płonicy 3, duru brzusznego 7 † 1, krztuśca 3 † 1, błonicy 3. *W.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Prof. Dr Stanisław Ponikło usuwa się z początkiem roku 1908 ze stanowiska dyrektora krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie. Obejmując rządy szpitala przed laty czternastu, w listopadzie r. 1893, przynosił ze sobą Prof. Ponikło wszechstronną wiedzę i niezmierną pracowitość, a jego poprzednia wieloletnia działalność naukowa zjednały Mu już wtedy powszechne poważanie i uznanie. Pracę piśmienniczą zaczął jeszcze przed uzyskaniem dyplomu doktorskiego, który otrzymał w Krakowie w r. 1877, a pismo nasze przez lat kilkanaście zaliczało Go do swych najgorliwszych współpracowników. W pracach tych złożył owoc gruntownych i rozległych studyów, do jakich dawało mu pożądaną sposobność stanowisko asystenta zakładu anatomii patologicznej, a potem kliniki lekarskiej, a które pozwoliły Mu też wkrótce uzyskać »veniam legendi« w krakowskim Wydziale lekarskim. W publicznej służbie, którą od r. 1882 pełnić zaczął jako lekarz powiatowy, odznaczył się chlubnie energiczną i umiejętną działalnością, które w stanie sanitarnym powiatu krakowskiego pozostawiły trwałe ślady i zostały gorąco przez władze krajowe w r. 1893 podniesione. Nie uchylał się od pracy publicznej i na innych polach, jak w Radzie miejskiej, w której opracowywał jeden z najżmudniejszych działów i w wielu Towarzystwach, mających na celu dobro publiczne. W szpitalu zaprowadził w różnych działach gospodarki ład, starał się usilnie o poprawienie fatalnych warunków pomieszczenia szpitala; w tym to czasie stanął nowy pawilon dla chorób zakaźnych. Pracował wśród okoliczności trudnych i niepomyślnych, w czasach, kiedy system szczędzenia na szpitale doprowadzony został w budżecie krajowym do ostatecznych granic; to też to, co dla szpitala krakowskiego mimo to uzyskano, poczytać należy za tem większą zasługę. Szpital traci w ustępującym Dyrektorze oddanego sobie kierownika, którego prawy charakter i najlepsze chęci jednały Mu nawet u przeciwników szacunek.

Zanim zostanie na nowo obsadzone stanowisko Dyrektora, na które powinien być, podobnie jak w r. 1893, ogłoszony publiczny konkurs, powierzył Wydział krajowy Prym. Dr Borzęckiemu zastępczo kierownictwo szpitala

— Krajowa konferencya nauczycielska, odbyta w Krakowie w końcu grudnia b. r., uznała, iż należałoby założyć w Galicyi szkoły dla umysłowo upośledzonych dzieci, przynajmniej po jednej, w Krakowie i we Lwowie.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Henryk Wilczyński, rodem z Ukrainy.

Lwów. Rada miejska uchwaliła pomieścić w schronisku Tercyarzy (brata Alberta) przyrząd dezynfekcyjny systemu Henneberga w osobnym budynku, wystawionym kosztem 3,000 K. Sprawy weterynarskie mają być odjęte fizykatowi i skupione w osobnem biurze. Miejska służba zdrowia ma być gruntownie zreformowaną, a instrukcya jej zmienioną. Sekcya sanitarna Rady przyjęła sprawozdanie fizykatu za r. 1905/6 z uznaniem dla autorów sprawozdania, wytykając jednak, że dosłowne pomieszczenie w sprawozdaniu rozmaitych pouczeń i drobnych regulaminów niepotrzebnie zwiększa rozmiary i koszt »książki«. Z uwagi tej wnosić można, że sprawozdanie wyjdzie, jak i poprzednie, drukiem, przez co stanie się zadość słusznym wymaganiom. (Może wreszcie i miasto Kraków zdobędzie się za tym przykładem na ogłaszanie sprawozdań swego fizykatu drukiem w sposób dostępny szerszym kołom?)

Poznań. Dr Bolewski z Krotoszyna zamknięty został na 3 miesiące do więzienia »za popieranie strejku szkolnego«.

Warszawa. Dwa pisma lekarskie: tygodnik »Medycyna« i dwutygodnik »Kronika lekarska« zlewają się od Nowego Roku 1908 dobrowolnie w jedno p. t. »Medycyna i Kronika lekarska« celem »zespolenia sił do pracy intenzywniejszej przez silniejszy związek tych, którym rozwój naszej wiedzy nie jest obojętny«.

Doniosłe to postanowienie witamy z najgorętszem uznaniem. Już przed laty dziesięciu wskazywaliśmy w »Przeglądzie lekarskim« [1]) na konieczność reformy naszego czasopiśmiennictwa, a potem niejednokrotnie jeszcze różnymi sposobami poruszaliśmy potrzebę polepszenia jakości naszych pism o typie tygodnikowym przez łączenie się ich w większe, lepszymi środkami rozporządzające wydawnictwa. Myśl ta, powoli się przyjmując, skrystalizowała się w uchwale X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. b. i obecnie, rychlej nawet, niż można się było spodziewać, staje się czynem. Tej myśli i nadal wierni, przekonani, że to pierwsze jej wcielenie się wyjdzie na pożytek naszemu czasopiśmiennictwu i ogółowi naszych lekarzy, przesyłamy wydawnictwu »Medycyny i Kroniki lekarskiej« serdeczne życzenia pomyślnego rozwoju.

Z łączących się pism zamyka »Medycyna«, założona w r. 1873 przez Dr J. Rogowicza (po zamknięciu redagowanej przez niego wówczas »Kliniki«), swój tom XXXV., a »Kronika lekarska«, założona przez Dra W. Kosmowskiego, swój rocznik XXVIII. — Dobrowolne połączenie się dwóch pism nie po raz pierwszy u nas następuje: w r. 1868 złączył się warszawski »Tygodnik lekarski« z »Kliniką« pod wspólną redakcyą Dra Dobieszewskiego. (Przy sposobności nadmienimy, że jeden z lepszych tygodników wiedeńskich »Wiener medizinische Presse« zlewa się od N. Roku 1908 z berlińską »Medizinische Klinik«).

[1]) Por. »Przegląd lekarski« 1898, Nr 7, str. 87, list p. t.: »Sekcya prasowa na zjeździe poznańskim«.

— Donosząc o utworzeniu przez magistrat komisyi, która ma się zająć sprawą poprawienia żywności dla chorych szpitalnych, wytyka »Gazeta lek« (49), że do komisyi tej nie wezwano żadnego z lekarzy-ordynatorów szpitalnych, nawet z tych, którzy nad sprawą tą już pracowali.

— Delegowane przez prezydenta m. Warszawy komisye rozpoczęły 21. XII. faktyczne obejmowanie szpitali w zarząd miasta. — Nowy szpital, urządzany przy ul. Hożej na wypadek cholery, otwarty zostanie po Nowym Roku i będzie tymczasowo służyć na pomieszczenie nieuleczalnych i ozdrowieńców, aby w innych szpitalach przysporzyć miejsca. — W szpitalu Dz. Jezus ustąpił hr. Wielopolski ze stanowiska kuratora; do czasu nowego wyboru objął to stanowisko z polecenia magistratu lekarz naczelny szpitala, Dr Karwowski.

— Zarząd miejski wprowadza od N. Roku pomoc lekarską dla wszystkich swych pracowników i w tym celu mianował 6 stałych lekarzy i 4 felczerów, oraz ułożył się z 5 specyalistami-lekarzami.

— Ospa w Warszawie, wbrew rozchodzącym się pogłoskom, nietylko nie ustaje, lecz przeciwnie szerzy się coraz gwałtowniej i nabiera cech złośliwych. Wzmaga się również ospa w Łodzi, gdzie w zaprzeszłym tygodniu zmarło z niej 18 osób.

— Generał-gubernator wydał szereg przepisów o handlu mięsem, uwzględniających nowoczesne wymagania sanitarne.

— Zawiązało się w Warszawie za staraniem Dra Wł. Chodeckiego, Dra Wł. Dobrzańskiego i budown. G. Szmejkego »Towarzystwo reformy mieszkań«, działające w ścisłym związku z Wydziałem higieny miast i mieszkań warsz. Towarzystwa higienicznego.

— Dr Łazarewicz wybrany został sekretarzem Rady warszawskiego Towarzystwa higienicznego.

— W Warszawie powstać ma z początkiem r. 1908 pod nadzorem lekarza psychopatologa zakład wychowawczy dla umysłowo upośledzonych dzieci.

— Pismo »Unser Leben« donosi z Płocka, że tamtejsi lekarze postanowili nie udzielać porady za mniejsze honoraryum, niż rubla; pismo to twierdzi, że gdy chory tyle nie zapłaci, lekarz zobowiązany jest zawiadomić o tem przewodniczącego Związku lekarzy, i chorego tego więcej nie odwiedzać.

Z różnych stron. W petersburskim Instytucie lekarskim dla kobiet odbyła się w tych dniach pierwsza obrona rozprawy doktorskiej, pomimo, iż Instytut istnieje już 10 lat. Broniła rozprawy p. Pawłowskaja.

— W Kijowie odbył się 22. XII. urządzony przez tamtejszy Wydział lekarski uroczysty jubileusz 30-letniej działalności naukowej i dydaktycznej słynnego patologa, Prof. Włodzimierza Wysokowicza, z pochodzenia Polaka.

— Pierwszą kobietą, której w Austryi powierzono stanowisko sekundaryusza szpitala publicznego (im. ces. Franciszka Józefa w Wiedniu) jest Dr Matylda Lateiner, Lwowianka.

— W budżecie państwa niemieckiego przeznaczono na r. 1908 na higienę mieszkań 4 miliony marek, na zwalczanie duru 200,000 Mk., gruźlicy 120,000 Mk., na badanie kiły 50,000 Mk. i t. p.

Mianowani: Dr Emil Bursche ordynatorem oddz. chir., a Dr Wł. Filipowicz lekarzem miejscowym szpitala ewang. w Warszawie; Dr Wł. Brunner starszym lekarzem, Doktorzy: Maroński, Jarociński, A. Bernstein, Dehnel i Hagmajer lekarzami personalu miejskiego w Warszawie;

Doc. Schwenkenbecher z Heidelbergu profesorem medycyny wewn. w Marburgu; Prof. Hedinger zwyczajnym profesorem anatomii patol. w Bazylei.

Zmarli: Dr Antoni Drożyński w Pile w 50 r. ż.

Okulista Prof. Businelli w Rzymie.

Redakcya otrzymała: Prof. Richter: Przemiana materyi i jej choroby. Zbiorowe tłómaczenie z niemieckiego pod redakcyą K. Rzętkowskiego. Warszawa 1908. Nakładem tłómaczów. Skład główny w księgarni E. Wende i Sp. — Janowski Wł.: Dyagnostyka funkcyonalna serca i naczyń. »Nowiny lek.« 1907. — Bohdanowicz: Jak być na lazurowym brzegu. »Nowiny lek.« 1907.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w grudniu 1907: *Gazeta lekarska Nr 46—49:* Rzętkowski: W sprawie stosowania tuberkuliny w celach rozpoznawczych. Dębiński: W sprawie odczynu ocznego Calmettea u gruźliczych. Neugebauer (dok.). St. Kramsztyk: Maślanka jako pokarm dla niemowląt oraz jej wskazania. Heiman (c. d.). Sędziak: Obustronne porażenie rozwieraczy głośni. Brudziński: Prof. Dr M. L. Jakubowski. Otto: Gruźlica włóknista płuc, powikłana wylewem krwi do mózgu u 13-letniej dziewczynki. — *Medycyna Nr 48—51:* Flatau, Koelichen, Skłodowski (dok.). St. Kramsztyk (c. d.). Bieliński (c. d.). Świątecki: Nowa metoda ilościowego oznaczania cukru gronowego w moczu. Centnerszwer: Stosowanie przekrwienia zastoinowego w leczeniu ostrych spraw ropnych podług metody Biera i Klappa. — *Tygodnik lekarski Nr 48—51:* Ostrowski: Przyczynek do statystyki raka gruczołu sutkowego. Sędziak: Rozpoznawanie, oraz leczenie raka krtani. Pisek: Przypadek równoczesnego bezmoczu mechanicznego i zwrotnego. Czyżewicz Ad. (jun.): W sprawie miesiączkowania jajowodów. — *Kronika lekarska Nr 21—23:* Bregman: O całkowitej utracie czucia. Biehler R.: Przypadek trądu nerwowego. — *Nowiny lekarskie Nr 12:* Jakowski: W kwestyi paratyfusu i t. zw. zatrucia mięsem. Janowski (dok.). Eisenberg (dok.). — *Czasopismo lekarskie Nr 11:* Kopczyński: Symptomatologia wiądu rdzenia w świetle cyfr. Puławski: Dalsze przyczynki do leczenia płonicy surowicą swoistą. Rosenthal: O durze powrotnym. — *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych Nr 10—11:* Blumenfeld: O rzadszych postaciach tuberkulidów skórnych. Malinowski: O samoistnym zaniku skóry. Mahl: Sposób robienia odlewów chorób skórnych. Turzański: Kilka uwag w sprawie poprawy obecnych stosunków prostytucyi. — *Postęp okulistyczny Nr 11:* Bałłaban: O wartości zastrzykiwań podspojówkowych i ich teoryi. Noiszewski: Rogówkowycięcie (keratectomia) jako sposób ręcznego leczenia stożka rogówki. — *Kronika dentystyczna Nr 12:* Kohn: Przypadek nerwobolu w obwodzie nerwu trójdzielnego, powstałego z przyczyny zwapnienia miazgi w kilku zębach. — *Krytyka lekarska Nr 11—12:* Kramsztyk: Aktualność. Goldszmit: Wrażenia z Berlina. Eisenberg: Próba mianownictwa polskiego w nauce o odporności i w układzie bakteryi. Kramsztyk: Kasa chorych lekarzy. — *Przegląd higieniczny Nr 12:* Hornung: Sprawozdanie o stanie zdrowotnym w I szkole realnej we Lwowie w r. 1906/7. Popielski (dok.). Szpilman (c. d.). — *Głos lekarzy Nr 23—24:* Mikołajski: 1) Ministerstwo spraw sanitarnych. 2) Społeczne zadania medycyny na X. Zjeździe lek. i przyrod. pols. II. Walka z rakiem. 3) Ankieta esperancka. 4) Bojkot narodowy. 5) Lekarze lwowscy wobec wyborów do Rady miejskiej. — Program reformy sanitarnej.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

ogłasza następujące tematy do nagrody konkursowej z funduszu zapisanego przez Dra Walentego KACZOROWSKIEGO.

1. Stosunek tak zwanej arteriosklerozy doświadczalnej królików do miażdżycy tętnic u ludzi.
2. Azurofilowa ziarnistość lymfocytów w rozmaitych stanach patologicznych
3. Płytki Bizzozero, ich pochodzenie i udział w krzepnieniu krwi.
4. O wpływie ośrodków nerwowych na trofikę mięśni.
5. Stwierdzić doświadczalnie zależność tężyczki pooperacyjnej od wycięcia gruczołów przytarczycowych, oraz możliwość jej leczenia przez wszczepianie tych gruczołów.
6. Sprawdzić doświadczalnie na zwierzętach, jaka metoda połączenia dróg żółciowych z jelitem, najbardziej zabezpiecza te drogi od zakażenia.
7. Wpływ alkoholu na wydzielanie się ciała lloksurowych z moczem.
8. Zbadanie chemiczne i bakteryologiczne wód ściekowych z domów w Królestwie Polskiem, skanalizowanych systemem przelewnym.
9. Doświadczenia i obserwacye nad wpływem kosenów Warszawskich na pierwiastki morfologiczne krwi.
10. Zmiany krzepliwości krwi i krążków czerwonych (ich wielkość i odporność) w żółtaczkach przewlekłych.
11. Samooczyszczanie się Wisły pod Warszawą podczas przyboru, przy średniej i nizkiej wysokości wody.
12. Studja nad morfologią i bijologią spirochetów Obermayer'a.
13. Badanie trawienia żołądkowego u ssawców.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 Marca 1908 r. Za najlepsze dwie prace napisane na którykolwiek z tematów z liczby wyżej wymienionych, wyznaczone są dwie nagrody po 300 rb.

Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Tow. Lekarskiego każda w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autorów. Prace nadesłane być mają w rękopisach pod adresem Sekretarza stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Niecała Nr 7) z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownemi dewizami.

Podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna, w kwocie rs. 200, imienia Tytusa CHAŁUBIŃSKIEGO, przyznaną zostanie przez Towarzystwo w roku 1909 za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1-go stycznia 1905 r. do 31-go Grudnia 1908 r. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający, żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, pszesyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznacza. Prace da konkursu składane być mogą w ciągu lat 1905, 1906, 1907. 1908 i w ciągu Stycznia 1909 r. na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w Kancelaryi Towarzystwa (ulica Niecała Nr 7) przejrzeć może.

Podaje do wiadomości, że z funduszu imienia D-ra Med. i Chirurgii LEONA KONITZA, przyznaną zostanie przez Towarzystwo w dniu 15 Października 1908 roku, jako w rocznicę zgonu D-ra Konitza, nagroda pieniężna w kwocie Rub. 500, za najlepszą pracę oryginalną, poświęconą chorobom kobiecym lub akuszeryi, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 1 Kwietnia 1905 roku do dnia 31 Marca 1908 roku. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną, stosownie do uznania Komitetu konkursowego. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiankowanej specyalności, jak również i podręczniki obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31 Marca 1908 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopisach, z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie" (ulica Niecała Nr 7), lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków Towarzystwa z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje na konkurs imienia Konitza. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłomaczona na język polski, nie może być nagrodzoną. Rozprawa uwieńczona z liczby prac w rękopisach przedstawionych należy do Towarzy- Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora.

Podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. ROMUALDA PLĄSKOWSKIEGO, przyznaną zostaje przez Towarzystwo w roku 1908 za pracę z dziedziny psychiatryi, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim, w terminie od dnia 1 Kwietnia 1906 do dnia 31 marca 1908 roku, bądź też w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną. W braku prac odznaczających się w specyalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia rozwoju powstania chorób umysłowych.

Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 marca 1908 roku.

Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda około rub. 200. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie" (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem co do prac w rękopisach, zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce zamieszkania, mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami.

Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora

Zawiadamia, że w Październiku 1909 roku przyznaną zostanie nagroda imienia A. B. Helbicha w kwocie rub. 150 za najlepszą pracę naukowo-lekarską, ogłoszoną w języku polskim w latach 1907 i 1908 lub w tychże latach w rękopisie dla ubiegania się o nagrodę złożoną. Do nagrody kwalifikują się jedynie prace oparte na samodzielnych badaniach, które mogą się przyczynić do postępu wiedzy lekarskiej.

Komitet sądzący, własnem staraniem będzie usiłował zebrać prace odpowiadające warunkom konkursu; dla uniknienia jednak możliwych przeoczeń, prosi autorów o składanie ich, najpózniej do 1-go Marca 1909 roku, na imię sekretarza stałego Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Autorowie składający pracę w rękopisie, mogą albo odrazu ujawnić nazwisko, lub składać je w zamkniętej kopercie zaopatrzonej tem samem co i rękopis godłem. Koperta z nazwiskiem otworzoną będzie tylko w razie nagrody.

Od ubiegania o nagrodę wyłączone są prace, za które autorowie otrzymali już nagrodę pieniężną z któregobądź funduszu nagrodowego będącego w zawiadywaniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.